

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno X - N. 2
Giugno 2012
TRIMESTRALE

2/2012

Poste Italiane S.p.A.
In caso di mancato recapito, rinviare a Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente
previo addebito pagamento resi



ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

I luoghi della cura



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

*Un periodico scientifico-professionale,
che affronta gli argomenti più rilevanti riguardanti
l'assistenza alla persona anziana nelle diverse condizioni di vita,
in particolare quando il bisogno rende necessario
un supporto organizzato.*

DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

COMITATO EDITORIALE

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo,
Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia,
Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi,
Daniele Villani



ABBONATEVI

Abbonamento annuo (4 numeri) € 10.00

Ritagliare e spedire in busta chiusa ed affrancata o via fax a CIC Edizioni Internazionali - C.so Trieste 42 - 00198 Roma
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruppocic.it

Nome

Cognome

Indirizzo

Città CAP

E-mail

☐ Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura*

☐ Allego assegno bancario non trasferibile di € 10,00
Intestato a: CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

☐ Allego ricevuta del versamento sul c.c. postale n° 77628006

☐ Vi autorizzo ad addebitare l'importo di € 10,00
sulla mia Carta di Credito

☐ VISA ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ DINERS CLUB ☐ EUROCARD ☐ MASTER CARD

N° Carta | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di scadenza | | | | |

Dlgs n. 196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art. 13); saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantire la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

Data e firma

SOMMARIO

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Antonella Onori - onori@gruppocic.it

Area pubblicità

Patrizia Arcangeli, responsabile
arcangeli@gruppocic.it

Area marketing & sviluppo

Carlo Bianchini, bianchini@gruppocic.it
Adolfo Dassogno, dassogno@gruppocic.it
Antonietta Garzonio, garzonio@gruppocic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688
E-mail: info@gruppocic.it
Sito web: www.gruppocic.com

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003
R.O.C.: 6905/128611

Stampa: LITOGRAFTODI srl - Todi (Perugia)

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzato di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di giugno 2012

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2012



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

Una nuova sussidiarietà frugale in medicina?

Marco Trabucchi, 4

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Contro l'idea che il nostro sistema di sicurezza sociale sia un "parco-giochi" da utilizzare per i soli tagli della spesa pubblica

Fabio Cembrani, 6

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Il coordinamento nei Servizi residenziali per anziani

Adriano Benzoni, Valter Tarchini, 14

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Variabili che accompagnano il "life course" e prestazioni cognitive in anziani normali: riflessioni sui dati dello studio di popolazione "Invece.Ab"

Simona Abbondanza, Eleonora Valle, Roberta Vaccaro, Leonarda Fascia, Pietro Trimarchi, Antonio Guaita, 18

MATERIALI DI LAVORO

La città camminabile

Andrea Imeroni, Giulio Bizzaglia, 22

ESPERIENZE

Il proprio sé come luogo della cura

Licia Riva, 26

FAMIGLIA E VOLONTARIATO

Infermieri, anziani e tecnologia: un triangolo che rotola bene?

Mauro Colombo, 29

Una nuova sussidiarietà frugale in medicina?

Marco Trabucchi

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Ma cosa significa frugalità in medicina? E perché collocarla vicino alla sussidiarietà? La frugalità è molto di più che il risparmio in settori che non producono risultati; infatti è arrivato il tempo di decidere se il controllo della spesa sanitaria può essere fatto continuando per la strada incerta delle razionalizzazioni o se invece è necessario fare interventi che limitino i servizi disponibili sulla base di criteri clinici precisi, che in generale si ispirano ad una frugalità scelta dal cittadino e al rispetto di ambiti precisi per ciascun servizio, evitando sovrapposizioni e inutili sconfinamenti tra un servizio e l'altro, secondo il principio della sussidiarietà. Queste considerazioni sono centrali in particolare rispetto alla crisi che investe i servizi per le persone fragili, affette da malattie croniche; occorrono coraggio e determinazione per evitare che le difficoltà diventino sempre più gravi e irrisolvibili.

Purtroppo i tagli sugli eccessi e gli sprechi non hanno portato in questi anni a reali risultati; resistenze forti da parte del sistema hanno impedito di trasformare in risparmi anche interventi apparentemente forti come la chiusura di alcuni ospedali. Infatti il personale continua a svolgere mansioni simili a quelle precedenti, perché è difficile una reale riconversione, i muri vengono occupati da altri servizi con costi sempre elevati per la loro gestione, i fornitori fanno pressione per la conversione degli impegni in altri settori. Peraltro le corporazioni resistono alla semplificazione dei servizi; frequentemente ne convivono di assolutamente simili in spazi contigui, ciascuno con una propria organizzazione autonoma, inutile ma intoccabile, anche perché spesso gli operatori sono collegati con padrini politici che difendono interessi particolari.

Sulla base di queste considerazioni, appare ovvio che interventi più drastici sono l'unica soluzione praticabile in tempi non lunghissimi. Una di queste proposte prevede di far uscire dal sistema dei rimborsi pubblici una serie di costi attribuibili ad interventi di peso limitato,

perché si riferiscono a condizioni di malattia di breve durata, con un preciso inizio ed una fine altrettanto definita. Addossare ai cittadini i costi per interventi di breve durata non rappresenta una lesione dell'universalismo, ma solo una sua intelligente modulazione per poter rispondere a tutti di fronte ai bisogni più pesanti, che richiedono l'intervento della collettività.

Ma i cittadini sono disposti ad accettare un atteggiamento più frugale rispetto alla situazione attuale? Da più parti si è recentemente accennato ad alcuni inviti all'austerità che erano stati espressi qualche decennio fa da autorevoli esponenti della classe politica; non sembra però che gli anni più recenti siano stati ispirati a criteri di forte rigore etico. Ma a prescindere da prese di posizione ufficiali, i cittadini sarebbero disposti ad assumere la frugalità come modalità della vita individuale e collettiva? Chi scrive incontra persone bisognose di cure di tutti i ceti sociali; l'impressione -seppure empirica- è che una responsabilizzazione di fronte alla spesa potrebbe ottenere consenso rispetto a provvedimenti anche severi. Certamente la consapevolezza non si ottiene con operazioni come il comunicare i costi di un ricovero al momento della dimissione dall'ospedale; è infatti solo il modo per far sentire a disagio proprio chi ha maggior bisogno di assistenza e quindi costa di più e sarebbe la persona che più si gioverebbe della frugalità di altri.

Recentemente un editoriale del *New England Journal of Medicine* indicava la parola razionamento come un termine impronunciabile in ambito sanitario; infatti la frugalità ha un altro significato, e non solo sul piano estetico, perché presume un'accettazione da parte del cittadino, mentre il razionamento viene calato dall'alto, con o senza il consenso degli interessati. Qualcuno potrebbe ritenere che il termine ha una valenza etica, che poco si adatta ad una decisione economica; però in questo momento sarebbero in molti ad accettare piccoli-grandi sacrifici. Per ottenere questo risultato non è opportuno fare ricorso al terrorismo dei numeri, perché la pau-

ra paralizza e non è mai stata una consigliera per scelte intelligenti; molto di più vale l'indicazione che i bisogni del vicino, spesso pesanti e non risolvibili solamente con le sue forze, potrebbero domani diventare i nostri bisogni e che quindi se si accetta la regola della frugalità domani potrebbe diventare un vantaggio per noi. Una parola "sorella" della frugalità è la parsimonia, caratteristica di chi deve decidere se e come spendere; la parsimonia, in particolare, dovrebbe essere dote del medico, che di fronte a bisogni che sono teoricamente senza fine, è in grado di farne un elenco ragionato, indirizzando l'impegno clinico e quindi di spesa verso le aree realmente bisognose e non verso tutto quanto appartiene ad elenchi che rispondono alla realtà in termini formali, ma non rappresentano aree di sostanziale utilità per il benessere del cittadino. Ma la parsimonia è accettata oggi da una cultura clinica ancora incentrata su tecnologie che si autogiustificano?

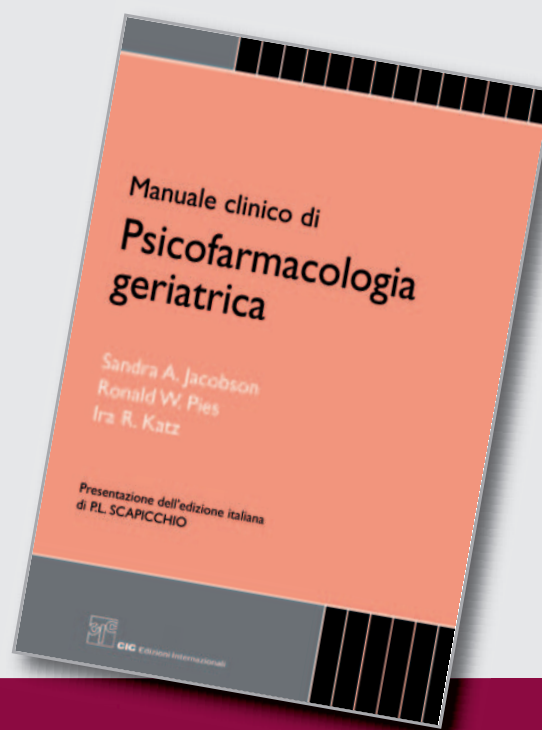
Come si può comprendere da queste poche righe, il tema del risparmio collegato alla frugalità e al rispetto della sussidiarietà nei servizi (caratteristica organizzativa che avrebbe anche ricadute importanti sulla

qualità dell'assistenza, perché il cittadino verrebbe in contatto con una rete senza sovrapposizioni, dove ogni attore svolge il proprio dovere e copre uno spazio preciso) si apre a mille sfaccettature; perché non avere il coraggio di porlo apertamente, evitando le consuete discussioni in politichese su una tipologia o l'altra di ticket? È necessario capire che i nostri concittadini non sono più disposti ad accettare alchimie che chiedono sacrifici senza essere responsabilizzati; invece utilizzare apertamente la parola solidarietà, corredata da impegni precisi a tutti i livelli, come quello di costruire reti razionali e in grado di rispondere davvero al bisogno, potrebbe costituire un approccio nuovo e probabilmente efficace. Perché non tentare con coraggio, andando contro corrente rispetto all'idea di una decadenza inarrestabile? Chi come il lettore di questa rivista ogni giorno incontra i problemi delle persone gravemente ammalate e non autosufficienti è più di altri sensibile a queste considerazioni; è quindi un attore di cambiamento più determinato. Sarà quindi in grado di esercitare un'influenza pesante e mirata, senza retorica, ma anche senza timori.

S.A. Jacobson, R.W. Pies, I.R. Katz

Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

Volume brossurato di 830 pagine
f.to cm 16x23
€ 70,00



CIC Edizioni Internazionali

Contro l'idea che il nostro sistema di sicurezza sociale sia un "parco-giochi" da utilizzare per i soli tagli della spesa pubblica

Fabio Cembrani

Direttore Unità Operativa di Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

PREMESSA

La pubblicazione del 3° Rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia (N.N.A., 2011) promossa dall'Agenzia nazionale per l'invecchiamento -con i molti indicatori statistici in tale Rapporto contenuti (N.N.A., 2011)- è l'occasione che ci impone di ritornare sul tema delle prestazioni monetarie di invalidità e dei servizi dedicati alle persone che richiedono un'assistenza di tipo continuativo (*long-term care*) abbandonando, per un momento, le molte questioni che da sempre esistono riguardo alla non facile ermeneutica dei requisiti medico-giuridici legittimanti la loro erogazione.

Il tempo di crisi impone di cimentarsi in questo difficile tentativo e richiede di farlo rifuggendo dalla tentazione di agire sul solo contenimento della spesa pubblica attraverso i piani straordinari di verifica e la lotta di quartiere (amplificata, in modo roboante, dalla irresponsabilità mediatica) condotta contro i "falsi invalidi" (Cembrani, 2012) per tracciare quelle coordinate capaci davvero di accompagnare il nostro Paese in questa delicatissima fase di transizione storica difendendo - responsabilmente- il nostro sistema di sanità-welfare che deve saper adeguarsi ai cambiamenti demografici intervenuti ed agli impegni finanziari che ci attendono per risanare l'incredibile debito pubblico stimato dalla Banca d'Italia in 1.901 miliardi di Euro nel giugno 2011 (il 122% del P.I.L.).

La necessità di cimentarci in quest'impresa è assolutamente prioritaria e la mia Disciplina non può ritenersi estranea a questo dibattito non solo perché esso coin-

volge aspetti pratici peculiari della tradizione medico-legale, ma anche perché negli aggiustamenti del sistema di sicurezza sociale realizzati, in questi mesi, dai "banchieri" della sanità italiana (Tognoni, 2011) e dal Governo Berlusconi nelle manovre anti-crisi dell'estate 2011 -che non hanno convinto né l'Europa, né la Banca centrale europea né, tanto meno, le Agenzie di rating internazionali- non vedo lucidità e colgo, anzi, la non-volontà di affrontare seriamente quelle riforme strutturali che appaiono oggi necessarie per fronteggiare il tempo di crisi senza, tuttavia, indebolire il sostegno dovuto alle persone non autosufficienti.

Occorre, dunque, intervenire nel confuso dibattito oggi in corso sulla riforma assistenziale ed occorre farlo, forti della nostra esperienza e della nostra maturità culturale, senza tentennamenti e senza quegli ammiccamenti di comodo che vedo quando guardo obiettivamente a ciò che sta accadendo (Cembrani, 2012; Cembrani, 2010a) per provare a dare nuovo slancio a quel sistema di sicurezza sociale che qualcuno ha provato a trasformare in un vero e proprio "parco-giochi" da utilizzare, senza pietà ed in modo discriminante, per i soli tagli della spesa pubblica.

IL CONTESTO DEMOGRAFICO

Alcuni indicatori demografici sono necessari per chiarire il quadro di contesto e per dare uno sguardo al futuro.

La situazione demografica italiana non è diversa da quel-

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

la degli altri Paesi europei e dell'OCSE: nel prossimo futuro non rallenterà il progressivo invecchiamento della popolazione per effetto dell'allungamento della vita media, per il crollo della mortalità e per la riduzione delle nascite.

Pur essendo la *long-term care* italiana caratterizzata da una elevata dispersione delle fonti informative, quelle dell'ISTAT (Cembrani, 1991; Cembrani, 2007) stimano i disabili in 2 milioni e 80 mila a cui si vanno ad aggiungere le oltre 161 mila persone non autosufficienti ricoverate in strutture residenziali. Con l'eccezione dell'Austria, dove il tasso di disabilità sembra diminuire nel tempo, in tutte le altre nazioni europee il numero degli ultra-65enni è in costante aumento, in particolare la popolazione ultra-80enne rappresenta, in termini sia assoluti sia relativi, il segmento di popolazione europea con il più elevato tasso di crescita (questa fascia di popolazione salirà, tra il 2005 ed il 2030, da 2,9 a 7,7 milioni). Ma non è solo sulle proiezioni della popolazione anziana disabile che il dibattito sul futuro della domanda di servizi deve concentrarsi perché questa risulta e sarà sempre più influenzata dalle caratteristiche dei nuclei familiari e delle altre reti di supporto. Occorre ricordare, a questo riguardo, che non solo crescono e cresceranno gli anziani perché diminuirà, al contempo, sempre più, la disponibilità di quell'assistenza "informale" (o "familista") che è sempre stata una specifica caratteristica -e punto di forza- del nostro sistema di *welfare* (si stima, a questo riguardo, che tra il 2005 ed il 2030 la popolazione in età lavorativa diminuirà dai 38,8 a 30 milioni) pur ricordando che un correttivo a ciò potrebbe essere rappresentato dal fenomeno migratorio (il 97,7% dei 4,2 milioni di stranieri regolari presenti in Italia ha meno di 65 anni e molti di essi sono impegnati nell'assistenza privata domestica).

Progressivamente crescerà, dunque, il numero di anziani ed il numero di anziani non autosufficienti (nel 2030, stime prudenziali del N.N.A. (N.N.A., 2011) stimano tra 2,3 e 3,5 milioni le persone italiane non autosufficienti) e diminuirà, contestualmente, l'assistenza "informale" che potrà essere loro prestata, con un'inevitabile ripercussione sulla rete dei servizi che si troverà, tra pochi anni, a far fronte ad una domanda in crescita esponenziale. Alla platea di persone over-65enni sono, oggi, rivolte più aree di intervento: il servizio domiciliare di tipo sanitario (ADI), il servizio domiciliare di tipo sociale (SAD), i servizi residenziali e semi-residenziali ed i trasferimenti monetari tra i quali l'indennità di accompagnamento che viene erogata a favore di persone non in grado di deam-

bulare in maniera autonoma e/o occorrenti di un'assistenza continua nell'espletamento degli atti quotidiani della vita.

Il 3° Rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia offre il quadro complessivo di tutte queste aree di intervento. La bussola complessiva sui servizi dedicati alla *long-term care* dimostra, più in particolare, come è leggermente aumentata, nel 2009, l'offerta di assistenza domiciliare integrata, pur in non tutte le Regioni (in media il 3,6% degli anziani ha ricevuto questo servizio contro il 3,3% registrato nel 2008 e l'1,9% del 2001), anche se all'allargamento della platea di chi fruisce del servizio si contrappone una diminuzione dell'intensità dello stesso (19 ore di assistenza contro le 22 del 2008); è diminuita, invece, l'offerta del Servizio di assistenza domiciliare (1,7%) pur essendo aumentata la spesa media per singolo utente (dai 1.646 Euro del 2006 ai 1.761 Euro pro capite del 2007).

I dati statistici sulle prestazioni monetarie evidenziano, a loro volta, un *trend* in crescita esponenziale: i tassi di erogazione dell'indennità di accompagnamento sono stati, infatti, una costante generalizzata in tutte le Regioni italiane con punte massime registrate in Umbria (19,9% degli ultra-65enni) e punte minime registrate nella Regione Trentino Alto-Adige (7,8% degli ultra-65enni). Pochi e scarni sono, invece, i dati relativi all'*assegno di cura* (oltre che ai *voucher* ed ai buoni socio-sanitari): risulta che solo lo 0,59% della popolazione anziana è titolare, in Italia, di questo intervento economico (anno 2007) per una spesa complessiva, nello stesso anno, di 78,32 milioni di Euro (media per utente di 1.125 Euro con punte massime registrate nella Provincia autonoma di Trento -6.491 Euro- e punte minime in Calabria -323 Euro-).

Il quadro complessivo che emerge dal Rapporto è, pertanto, quello di servizi deboli, di uno scarso investimento pubblico nei servizi residenziali, di una forte delega alla famiglia dell'assistenza prestata alle persone non autosufficienti, di un sistema di *welfare*, dunque, delegante oltre che di bassa qualità e di una non autosufficienza che è purtroppo fonte di forte disuguaglianza nell'accesso alle prestazioni (N.N.A., 2011).

I TRASFERIMENTI MONETARI DI INVALIDITÀ

È, come si diceva poc'anzi, l'*indennità di accompagnamento* (circa 500 Euro mensili) il volano con cui la famiglia reg-

ge, al momento, la funzione di delega per assistere le persone anziane non autosufficienti, utilizzandola per corrispondere (in parte) alla spesa prevista per la residenzialità e, più spesso, per ammortare parte della remunerazione richiesta dalle badanti (anche irregolari) senza il rispetto di regole predefinite in termini di qualità prestazionale: la spesa relativa a quest'area di intervento è cresciuta in maniera vertiginosa negli ultimi anni (dai 7,5 miliardi di Euro del 2002 ai 13,5 miliardi di Euro preventivati dall'INPS per il 2011 con un incremento stimato del 3,1% rispetto al 2010) al punto che essa assorbe una parte non trascurabile del prodotto interno lordo, come si dirà più avanti.

Chi fa il mio mestiere è consapevole degli insoliti problemi valutativi che legittimano il riconoscimento del diritto e su questi abbiamo speso una quota non trascurabile del nostro tempo in articolate riflessioni che si prefiggevano lo scopo di superare la genericità delle previsioni normative (soprattutto l'incertezza di identificare quali siano *"gli atti della vita quotidiana"* connessi non già all'impairment lavorativo ma, negli infra-18enni e negli ultra-65enni, alle *"difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età"*) anche nel tentativo di superare quell'ampia difformità valutativa registrata in ambito regionale che, pur ricorrendo alla standardizzazione statistica, oscilla negli over-65enni tra tassi di copertura compresi tra il 19,9% registrato in Umbria (tasso più alto con un + 4% registrato tra il 2004 ed il 2008) ed il 7,8% registrato in Trentino-Alto Adige (tasso più basso con un + 0,8% di crescita registrato nello stesso arco temporale).

Non è questa la sede per riproporre le molte questioni interpretative ancora aperte perché occorre, qui, soffermarsi su altre aree tematiche di natura più strutturale visto e considerato che la recente delega assistenziale ha inteso riordinare l'accesso a questa prestazione monetaria e che su quest'area il dibattito registrato dalla cronaca è ampio pur non avendo visto coinvolta -nemmeno marginalmente- la nostra componente professionale; ciò a testimonianza del fatto che il *"parco-giochi"* del pianeta sanità-welfare è, al momento, egemonizzato dai *"banchieri"* della sanità e da chi pretende di fare solo *"cassa"* approfittando, anche, della nostra pigrizia a cimentarsi con le reali istanze che provengono dal territorio e con i molti problemi di salute che le persone ci pongono nella nuda quotidianità.

Sinteticamente i contenuti della legge di delega assistenziale approvata nell'estate del 2011 riguardano la revisione dell'ISEE (=indicatore della situazione economica

equivalente), il rafforzamento del ruolo dell'INPS nel settore assistenziale, il riordino dei criteri di accesso alle prestazioni monetarie, l'armonizzazione dei diversi strumenti previdenziali, assistenziali e fiscali di sostegno alle situazioni di bisogno e la (annunciata) riforma dell'indennità di accompagnamento.

Cominciamo con l'ISEE, cioè con l'indicatore che serve a misurare la situazione economica di chi richiede/riceve prestazioni di tipo assistenziale determinata dal reddito, dal patrimonio (mobiliare e immobiliare) e dalle caratteristiche del nucleo familiare (numerosità e tipologia) sulle quali si focalizza la legge di delega: delega che, tuttavia, non definisce i principi ed i criteri direttivi che il Governo sarà tenuto a seguire al punto che qualcuno (N.N.A., 2011) ha giustamente parlato di una *"delega in bianco"*.

Sulla questione esistono posizioni diverse ed inconciliabili: c'è chi ritiene che la composizione del nucleo familiare sia da intendere in modo ristretto e chi, al contrario, la vorrebbe interpretare in modo allargato al punto da ritenere che la retta per il ricovero in strutture assistenziali sia da considerare tenuto conto non solo della condizione economica dell'anziano ma anche di quella dei suoi familiari (coniuge e figli). La questione non è certo di carattere speculativo e se è vero che oggi il punto da cui dobbiamo partire è l'equità sociale (quella vera, non quella invocata spesso con la sola forza della retorica) a me pare che la scelta vada fatta privilegiando la situazione reddituale complessiva dando ad essa un significato di partecipazione alla spesa in relazione alla reale possibilità patrimoniale della famiglia intesa nel suo significato ampio; a meno che non si voglia percorrere la strada del pregiudizio ideologico e cavalcare la famiglia quando serve a farlo e disconoscerla quando, invece, ragioni di opportunità politica vanno in direzione opposta. Ciò per dar davvero concretezza a quell'*"universalismo selettivo"* (enfaticizzato nel *"Libro bianco"* dell'ex Ministro del Welfare, On. M. Sacconi) di cui tanto si parla in modo generico ed astratto e che va, necessariamente, riempito di contenuti: contenuti che devono assicurare la copertura assistenziale a tutte le persone in situazioni di bisogno modulandola, tuttavia, non solo in relazione all'intensità del bisogno stesso ma anche alle capacità reddituali della persona (e della sua famiglia) per dar forma a quell'equità sociale cui la nostra società deve tendere non già a parole ma nei fatti.

Nella legge delega una menzione (generica) viene anche fatta al riordino dei criteri di accesso alle prestazioni economiche e ciò che, a tale proposito, deve suscitare

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

il nostro interesse è il riordino dei criteri di accesso alle prestazioni monetarie (lettera d), comma 1): la formulazione testuale è infelice nella sua vaghezza disarmante a parte qualche conferma (il termine "*indennità di accompagnamento*" resta confermato e ciò sembra esprimere, ancora una volta, il persistere di un'idea obsoleta di welfare incapace di rinnovarsi anche sul piano lessicale) e qualche innovazione terminologica (istituzione della *indennità sussidiaria* realizzata attraverso la costituzione di un apposito fondo ripartito tra le Regioni). Due sono gli aspetti fondamentali da sottolineare: l'istituzione del fondo e gli effetti (re)-distributivi fra le Regioni.

Il fondo è, tuttavia, istituito senza fare alcun riferimento ai livelli essenziali di assistenza (la cui definizione è di competenza esclusiva del livello centrale - lettera m, comma 2, articolo 117 della Costituzione) ed ai fabbisogni della popolazione cui fa riferimento la legge delega sul federalismo fiscale. La dimensione complessiva del fondo non è, infatti, legata ad alcuna nozione di fabbisogno né, tanto meno, alla spesa storica che, come ricordato, è del tutto difforme da Regione a Regione non già per la tanto enfatizzata compiacenza medica quanto, invero, perché la bussola italiana dei servizi dedicati alle persone non autosufficienti dimostra una profonda eterogeneità ed una fortissima diseguità sociale. Una volta istituito, il fondo sarà "... *ripartito tra le regioni in base a standard definiti considerando la popolazione residente e al tasso di invecchiamento della stessa, nonché a fattori ambientali specifici*" (lettera d).

Al di là della genericità della formulazione (chiara essendo la popolazione residente ed il suo indice di invecchiamento, mi chiedo quali siano i *fattori ambientali specifici* da considerare), la norma parte da un pregiudizio (che ci siano moltissimi "*falsi invalidi*" da smascherare) ed esprime la volontà di spostare risorse economiche dalle Regioni nelle quali è più diffuso il ricorso all'*indennità di accompagnamento* a quelle in cui è più elevato l'indice di invecchiamento della popolazione; cosa che comporterà, non da ultimo, lo spostamento di ingenti risorse economiche (stimate, approssimativamente, in quei 500 milioni di Euro che rappresentavano il Fondo per la non autosufficienza, già completamente azzerato per il 2011) dal Sud al Nord alimentando, ulteriormente, la frattura di diseguità che spezza il nostro Paese in due Italie in cui il diritto di cittadinanza si acquisisce con modalità e standard diversi (ricordo, a questo riguardo, che la quota del prodotto interno lordo destinata all'*indennità di accompagnamento* è (N.N.A., 2011) dello 0,62% quan-

do la quota dello stesso destinata ai servizi è dello 0,24%). Anche qui, però, la delega è lasciata in bianco perché si limita ad annunciare la riforma (quella dell'*indennità di accompagnamento*) per poi consegnarla ad un armadio a muro ben sigillato dal quale il Governo la potrà estrarre, a suo piacimento, probabilmente in un'altra manovra anti-crisi, per sole esigenze di "cassa" e senza essere costretto al rispetto di quelle condizioni (principi e criteri direttivi) imposti dalla Costituzione.

La delega, dunque, non affronta le molte questioni che esistono sul tappeto e di cui la Medicina legale (quella del territorio, non certo quella accademica) si è fatta ripetutamente portavoce.

La prima: l'*indennità di accompagnamento* è una misura non solo rigida ma anche, in molti casi, poco appropriata. Se l'inappropriatezza è da riferire a quelle situazioni in cui la prestazione economica viene concessa al solo titolo della menomazione (ciechi civili e sordomuti) indipendentemente da quell'*impairment* funzionale necessario da dimostrare per gli invalidi civili (=incapacità di deambulare in maniera autonoma e/o incapacità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita), la rigidità dell'intervento economico va ascritta alla circostanza che a chi ne ha il diritto viene fornito lo stesso importo economico (487 Euro mensili) senza modularlo, come avviene in quasi tutti i Paesi europei e dell'OCSE, in base al bisogno assistenziale e alle condizioni economiche della persona (in Francia, ad esempio, il valore della prestazione riflette il bisogno di *care* -determinato con la griglia multi-assiale AGGIR- e la capacità economica della persona che richiede assistenza). Il bisogno di assistenza dovrebbe essere, in questa direzione, il filo conduttore sul quale effettuare la valutazione multi-assiale graduandolo non già in maniera statica ma in relazione alla sua intensità quali/quantitativa: è l'intensità dell'assistenza -e non già la menomazione o il corteo menomativo- che dovrebbe, infatti, graduare la misura dell'intervento (sostegno) economico ed in questa direzione ci si deve davvero chiedere se non sia anacronistico riferirsi ancora a quell'incapacità di deambulare in maniera autonoma che legittima, ancor oggi, l'erogazione dell'*indennità di accompagnamento* visto e considerato che la capacità di movimento dovrebbe essere comunque valutata in chiave funzionale e -dunque- in relazione all'*impairment* da essa prodotto e non già al solo rilievo della sua esistenza vicariata dalle molte possibilità offerte oggi dalla tecnica (ausili, ortesi e protesi). Se così è, l'*impairment* prodotto dalle lesioni menomative dovrebbe essere riferito alla sola incapacità della per-

sona di svolgere autonomamente gli atti della vita nei quali, evidentemente, vanno comprese quelle funzioni che richiedono l'impegno assistenziale profuso da parte di terzi in maniera continuativa e globale, graduandolo appunto in base all'intensità dello stesso; cosa che richiede -evidentemente- un accordo preliminare (politico e sociale) su quali sono le funzioni che conferiscono dignità alla persona umana e l'individuazione parallela delle scale di valutazione multi-assiale da usare nella pratica clinica per graduare il bisogno.

La seconda: l'indennità di accompagnamento è una misura di sostegno economico che, di regola, viene utilizzata dalla famiglia per contribuire a parte della retta per la degenza in struttura residenziale (o semi-residenziale) o, in alternativa, per pagare (in modo per lo più irregolare) parte delle remunerazioni richieste dal personale di assistenza domiciliare (le badanti), spesso non formato (che si improvvisa, dunque, nel *care*), senza alcuna possibilità di controllo/verifica sulla qualità dell'assistenza fornita. Il sostegno economico è, in questa direzione, una "partita di giro" che serve a remunerare le prestazioni assistenziali residenziali e/o domiciliari però con una forte differenza: mentre le prime (le prestazioni residenziali) sono soggette non solo al rispetto di precisi standard erogativi ma anche a verifiche e controlli periodici effettuati dalle Aziende sanitarie locali, le seconde rappresentano un universo sommerso di cui, al momento, non si è in grado di misurare nessun indicatore e, tantomeno, nessun *outcome*. Per ovviare a ciò si impongono scelte davvero coraggiose come quella intrapresa, a partire dal 2007, dall'Austria: la riforma ha reso obbligatoria la formazione di questo personale di assistenza e la sua assunzione regolare.

La terza: l'indennità di accompagnamento non aiuta certo le persone (e le famiglie) a capire cosa fare ed a chi rivolgersi quando decidono di mantenere al domicilio la persona che richiede un'assistenza continuativa, spesso con sforzi elevatissimi che minacciano la coesistenza familiare e la tenuta di quell'intimità che rappresenta una forte necessità nella continua modulazione delle relazioni affettive tra i coniugi anche nel loro ruolo genitoriale. La persona e la famiglia sono lasciate da sole: sono sole nel decidere il luogo di cura (la nostra esperienza dimostra profondi dubbi sul rapporto costo/efficacia della domiciliarità per persone con alta complessità assistenziale), sole nella scelta del "a chi" rivolgersi (spesso dettata dal "passa parola" e dalla disponibilità trovata all'ultimo momento), sole nella valutazione della qualità dell'assistenza prestata, sole nella frustrazio-

ne di capire ciò che accadrà sviluppando la capacità di elaborare gradualmente le trasformazioni connesse allo stato di malattia (si pensi, ad esempio, a chi assiste domiciliarmene un proprio congiunto affetto da impairment cognitivo), sole quando di tratta di far fronte, come spesso accade nella cronicità, a situazioni improvvise in cui si rompe il delicato equilibrio ottenuto con tanta difficoltà. Di tutto ciò la delega al Governo nulla dice pur annunciando una riforma che, da quanto sembra, non affronta certo le molte questioni aperte che richiedono scelte di politica sanitaria chiare e coraggiose.

QUALI PROSPETTIVE FUTURE?

Rinviando il Lettore a quanto ho già avuto modo di scrivere (Cembrani, 2012; Cembrani, 2010a; Cembrani, 2010b; Cembrani e Cembrani, 2008) intendo qui sviluppare la mia riflessione non già in astratto ma provando a contestualizzarla rispetto al territorio nel quale vivo e lavoro (la Provincia autonoma di Trento) viste due fortunate coincidenze: la prima è quella che il nostro *assessment* organizzativo funzionalizzato all'accertamento degli stati di disabilità è in netta controtendenza rispetto a quanto osservato sul resto del territorio nazionale (Legge 3 agosto 2009, n. 102) considerato che l'INPS non esercita alcuna funzione di garanzia/controllo/vigilanza sull'operato degli organi tecnici del Servizio sanitario nazionale; la seconda è che la Provincia autonoma di Trento, con una propria autonoma legislazione, ha già dato avvio al difficile processo di integrazione tra le attività sanitarie e quelle sociali esercitate dai Comuni e dalle Comunità di valle (Legge provinciale n. 16/2010) ed ha posto le basi per una nuova forma di sostegno economico destinato alle persone non autosufficienti (Legge provinciale n. 18/2011 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2012 e pluriennale 2012-2014 della Provincia autonoma di Trento") chiamata "*assegno di cura*".

I punti di forza di quanto previsto dalla norma sono in particolare: la *presa in carico* del cittadino che non sarà lasciato da solo quando il suo stato di bisogno richiede un'elevata integrazione socio-sanitaria, l'affidamento alle unità valutative multidisciplinari (U.V.M.) dell'accertamento dello stato di bisogno (per definire, di conseguenza, quel progetto individualizzato d'intervento che rappresenta, in termini più consoni, il sostegno al progetto di vita della persona) e la formazione del perso-

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

nale non solo del comparto socio-sanitario ma anche di quello dedicato all'assistenza domiciliare.

Si tratta, a ben vedere, di punti di forza che richiedono, però, di essere declinati in contenuti concreti proposti dalla componente professionale, di una loro forte armonizzazione, di una condivisione riguardo ai criteri di valutazione della non autosufficienza e, soprattutto, di una forte capacità dialettica tra le unità valutative multidisciplinari che hanno fin qui maturato la loro esperienza nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata e la componente professionale (quella medico-legale) che si è, invece, dedicata al tema della disabilità. Questo dialogo, ad oggi, non c'è stato e sarebbe troppo pretenzioso, da parte mia, analizzarne le ragioni anche se le poche occasioni di confronto hanno messo a nudo la diversa impostazione culturale che anima il rigore sistematico del nostro procedimento ermeneutico rispetto ad altri modi di approccio che si confrontano, invece, con la peculiarità del singolo caso lasciando spesso spazio ad una forte discrezionalità professionale. Non è qui in discussione la tenuta dei diversi modi di approccio: essi, sicuramente, sono condizionati, oltre che da una diversa impostazione culturale (quella del medico igienista è profondamente diversa da quella del medico-legale), anche dalla natura e dalla diversità dei problemi affrontati (da una parte i riconoscimenti monetari, dall'altra il supporto assistenziale) che hanno condizionato, tra l'altro, approcci valutativi completamente diversi (l'uso della S.V.A.M.A. per le unità valutative multidisciplinari, un approccio multi-assiale più strutturato in ambito medico-legale che esplora non solo le ADL ma anche le funzioni cognitive, i disturbi del comportamento e le IADL) che rischiano, davvero, di aprire la forbice non solo alla "babele" semantica ma anche alla diseguità sociale, a causa dell'utilizzo di sistemi linguistici (e concettuali) profondamente diversi.

Cosa, quest'ultima, che non ci possiamo più permettere in un momento in cui dobbiamo fare ricorso alla nostra esperienza ed alla nostra sensibilità di professionisti impegnati nella difesa di un bene comune (la salute) consapevoli, tuttavia, che i tempi di crisi impongono scelte non solo coraggiose ma anche sostenibili garantendo, comunque, l'equità di accesso alle prestazioni e la semplificazione degli iter procedurali per ridurre i costi della macchina organizzativa.

C'è bisogno, in questa situazione, di un serio e leale confronto tra la componente istituzionale e quella professionale per incidere, davvero, sulle scelte organizzative che dovremmo fare nei prossimi mesi, per compattare

gli sforzi e, soprattutto, per renderli coerenti con quanto di buono ha previsto il Legislatore provinciale. L'idea di fondo che non deve abbandonarci è quella che la persona in situazione di bisogno (tale da richiedere un supporto sanitario e sociale ad elevata integrazione) non vada abbandonata al suo destino ma sia davvero presa in carico: non solo per definirne i bisogni ma anche per attivare, di conseguenza, quei servizi (assistenziali, economici, fiscali, ecc.) di aiuto con una modalità condivisa ed appropriata facendo ad essi fronte in maniera trasparente e sinergica (declinando, esplicitamente, il piano di vita della persona e gli obiettivi che esso intende perseguire) e con la voglia e la capacità di misurare, nel tempo, le ricadute in termini di salute che ben altra cosa sono rispetto al gradimento al servizio espresso dalla persona (ci sono servizi ad elevatissimo gradimento che sono di bassa qualità e che non modificano la salute e, per converso, servizi di aiuto di basso gradimento che sanno, invece, incidere positivamente sul benessere fisico, psichico e sociale).

In questa direzione è pacifico che l'intervento dell'unità valutativa multidisciplinare e della componente medico-legale dovrà avvenire non in momenti distinti e separati ma congiuntamente se siamo davvero disponibili a misurarci non già in una logica corporativa ma al servizio della persona e al sostegno del suo progetto di vita con la dignità che la persona umana richiede: la valutazione dovrà essere, pertanto, unica, proponendosi l'obiettivo di pesare (quantificare) i bisogni della persona per poter dare ad essi una risposta strutturata, superando quella becera logica dell'organizzazione burocratica fin qui dominante che costringeva la persona stessa a sottoporsi ad una valutazione U.V.M. quando venivano richiesti alcuni percorsi assistenziali (ieri ADI, oggi ADI + SAD) e ad un'altra valutazione quando, invece, venivano attivati i percorsi di assistenza economica, la fornitura protesica ed i congedi parentali. Se così non sarà, sarà nostra (e solo nostra) la responsabilità del proseguo agonico del nostro sistema di welfare.

In questa direzione deve, però, essere chiara una cosa: la valutazione dello stato di bisogno deve risultare ben salda rispetto a parametri che devono essere il più oggettivi possibili (l'algoritmo che abbiamo nel tempo testato per la legge sulla non autosufficienza può essere una buona base di partenza) e che devono, evidentemente, essere conformi a quelli oggi in essere per l'indennità di accompagnamento se l'assegno di cura si propone di cogliere, all'interno della platea degli aventi diritto, le persone che hanno un bisogno di assistenza dav-

vero elevato graduandolo in almeno 4 fasce di gravità come da tempo avviene in Francia.

Provo, di seguito, a formulare una proposta operativa per la valutazione graduante dell'assegno di cura che, evidentemente, non può non considerare una regola generale: la necessità di standardizzare o, per dirla in termini più chiari, di rendere davvero esigibili i diritti delle persone in termini di giustizia e di equità sociale.

Recuperando la nostra personale esperienza, la valutazione dell'impairment negli over-65enni può essere proposta con l'utilizzo delle seguenti scale multi-assiali:

1. ADL-Barthel
2. ADL-Mobilità
3. MMSE
4. C.D.R. (o G.D.S.)

Le prime due scale misurano l'impairment nelle funzioni quotidiane della vita e l'impairment riguardo la mobilità; il MMSE esplora alcune tra le più rilevanti funzioni corticali superiori e la C.D.R. il funzionamento multi-assiale della persona con impairment cognitivo.

Con le prime due scale di valutazione multi-dimensionale l'impairment può essere gradualmente qualificato in tre livelli di compromissione funzionale, l'ultimo dei quali (punteggio tra 0 e 10 qualifica il diritto all'indennità di accompagnamento) (Tab. 1).

Il MMSE consente di misurare più appropriatamente il decadimento cognitivo che è lieve nello score 18-23/30 e grave nello score 0-17/30 (è questo lo score che giustifica, al momento, il diritto alla indennità di accompagnamento).

La C.D.R. (Clinical dementia rating) è uno strumento di valutazione globale della gravità della demenza che ne consente la sua stadiazione clinica attraverso l'indagine di 6 domini cognitivi e funzionali: memoria, orientamento, giudizio e soluzione di problemi, attività sociali, casa e tempo libero, la cura personale; con questa stadiazione si definiscono 6 classi di gravità delle demenze (le ultime due individuano la demenza molto grave e la demenza terminale).

Incrociando le 4 scale di valutazione oggi usate per l'indennità di accompagnamento si può pensare ai seguenti livelli di gravità progressiva della compromissione funzionale per graduare l'entità economica dell'assegno di cura in relazione al carico assistenziale necessario:

1° livello: compromissione mobilità (0-5) + compromissione ADL-Barthel (0-10)

2° livello: compromissione ADL-Barthel (0-10) + compromissione cognitiva (MMSE tra 0-17)

3° livello: compromissione ADL-Barthel (0-10) + compromissione cognitiva (MMSE tra 0-17) associata a disturbi del comportamento (CDR superiore a 2)

4° livello: compromissione ADL-mobilità (0-5) + compromissione ADL-Barthel (0-5) + compromissione testistica (MMSE tra 0-10 e/o C.D.R. superiore a 4).

Per le persone infra-18enni, infine, potrebbero essere utilizzate alcune tra le attività/partecipazioni previste dal sistema di codifica internazionale ICF-CY, adattandole al nostro scopo:

- problemi nelle funzioni corporee
- problemi a carico di arti, organi e altre strutture corporee
- problemi nell'esecuzione di compiti/azioni
- problemi partecipativi nelle situazioni di vita dell'età

per poi caratterizzarle con il primo qualificatore in tre fasce di *impairment* progressivo:

- grado 2 (menomazione media che interferisce con la vita quotidiana della persona);
- grado 3 (menomazione grave presente per più del 50% del tempo);
- grado 4 (menomazione completa presente in più del 95% del tempo).

Questa classificazione descrittiva può essere poi utilizzata per la graduazione dell'assegno di cura con questi livelli di gravità:

- 1° livello: menomazione completa in almeno due delle quattro attività/partecipazioni con un qualificatore di 2.
- 2° livello: menomazione completa in tre delle quattro

Tabella 1

Impairment funzionale	ADL-Barthel	ADL-mobilità
over-65enne autonomo	30-50	30-40
over-65enne parzialmente dipendente	15-45	15-25
over-65enni non autosufficiente per il diritto all'indennità di accompagnamento	0-10	0-10

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

aree di attività/partecipazione con un qualificatore compreso tra 2 e 3.

3°: menomazione completa in tre delle quattro aree di attività/partecipazione con un qualificatore compreso tra 2 e 3.

4° livello: menomazione completa nelle quattro attività/partecipazioni con un qualificatore di 4.

In quest'area è da fare, prudenzialmente, qualche simulazione prima di procedere in questa direzione e condividere la proposta con i Colleghi pediatri e neuropsichiatri infantili.

Per le persone in età lavorativa (da 18 a 65 anni non compiuti) le ADL-mobilità, l'ADL-Barthel e le prove testistiche sono gli strumenti multiassiali che possono essere utilizzati per la graduazione dell'assegno di cura; l'uso, in questa fascia di età, delle IADL (attività strumentali della vita quotidiana) potrebbe essere opportuno ma va valutato in relazione all'impatto economico.

1° livello: compromissione ADL-mobilità (0-5) + compromissione ADL-Barthel (0-5)

2° livello: compromissione ADL-mobilità (0) + compromissione ADL-Barthel (0-5)

3° livello: compromissione ADL-mobilità (0) + compromissione ADL-Barthel (0-5) + compromissione cognitiva (MMSE tra 0-17 o CDR superiore a 2)

4° livello: compromissione ADL-mobilità (0) + compromissione ADL-Barthel (0-5) + compromissione cognitiva (MMSE tra 0-10 o C.D.R. 4 o 5).

Anche per quest'area è da fare qualche simulazione prima di procedere in questa direzione anche per valutare l'impatto sulla spesa economica della eventuale valutazione delle IADL valutando anche un'ulteriore strada: quella di abbandonare le ADL e le IADL per utilizzare il sistema di codifica ICF per definire la gravità dell'impairment partecipativo.

Un'ipotesi di lavoro, su cui lavorare, è comunque quella di utilizzare questi strumenti multi-assiali in un'ottica scientificamente corretta: raccogliendo, rigorosamente, l'obiettività anamnestica e clinica per poi provare a tradurla in un progressivo impairment funzionale.

CONCLUSIONI

Mi sono proposto, con questa riflessione, di ritornare sul tema delle prestazioni monetarie di invalidità e dei servizi dedicati alle persone che richiedono un'assistenza di tipo continuativo (*long-term care*) e di provare a far-

lo con un duplice obiettivo: quello di stimolare la mia Disciplina a prendere una posizione che lasci per il momento in disparte i molti problemi ermeneutici sui quali abbiamo speso fiumi di parole e, al contempo, di suggerire qualche coordinata utile a fornire indicazioni per rivitalizzare il nostro sistema di welfare e per sostenere il processo di sostegno alla non autosufficienza attualmente in corso nella Provincia autonoma di Trento.

Ho una sola speranza: che la mia testimonianza riaccenda gli animi professionali che percepisco stanchi sul versante accademico e che le esperienze positive maturate sul campo da alcuni di noi siano valorizzate per rendere il nostro sistema di welfare non solo funzionale ma anche coerente con l'attenzione che le persone richiedono e che quei professionisti impegnati nella difesa del "bene comune" pretendono!

BIBLIOGRAFIA

Cembrani F, Cembrani V. Welfare e demenza: una proposta di lavoro per una assunzione (forte) di responsabilità, *I Luoghi della cura* 2008;2:19-24.

Cembrani F. Il ruolo della medicina legale nella tutela assistenziale degli invalidi civili. Temi Editore, Trento 1991.

Cembrani F. L'esercito dei "falsi invalidi" sfida la "Fortezza Bastiani" (... ovvero sul come i "cicli" ed i "ricicli" della storia interessano anche il nostro sistema di welfare rischiando di trasformarlo nel "Deserto dei Tartari"), *ASPP Notizie* 2012;1:12-4.

Cembrani F. La perdita di status della Medicina legale del Servizio sanitario nazionale nelle politiche del welfare (... ovvero sulla necessità di (ri)tarare la Disciplina per renderla davvero coerente con le esigenze della persona e del territorio. *Rivista italiana di Medicina legale*, 2010a;32(6):1075-95.

Cembrani F. Le prestazioni monetarie di invalidità. In: N.N.A. (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 2° Rapporto*, Maggioli Editore, Bologna 2010b.

Cembrani F. Proposta di (ri)-vitalizzazione in invalidità civile, *Atti del 5° Congresso Nazionale del Coordinamento dei medici legali delle Aziende Sanitarie*, Genova 8-11 novembre 2006, Edizioni Essebiemme, Noceto (Parma) 2007.

N.N.A. Network Non autosufficienza. *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° rapporto*, Maggioli Editore, Bologna 2011.

Tognoni G. Appunti per vivere-ragionevolmente? Tempi irragionevoli. *Informazione sui farmaci* 2011;4:61 e seguenti.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Cembrani F. La valutazione medico-legale delle disabilità in psichiatria (la frammentazione e le diseguità del welfare). *Psichiatria* 2009;1:33 e seguenti.

Il coordinamento nei Servizi residenziali per anziani

Adriano Benzoni*, Valter Tarchini°

*Istituto Geriatrico "C. Golgi" di Abbiategrasso (MI)

°Formatore e consulente organizzativo, Studio APS di Milano

Stimolati da quanto emerso in un recente e intenso lavoro di ricerca e formazione¹, proponiamo degli spunti sulle caratteristiche e sulla qualità dei ruoli di coordinamento nei Servizi residenziali rivolti alle persone anziane e alle loro famiglie.

L'OGGETTO DI LAVORO COMPLESSO DEI SERVIZI RESIDENZIALI

Quelli residenziali per anziani sono servizi peculiari, forme di convivenza organizzata, chiamati a coniugare nella quotidianità dimensioni di soggettività con dimensioni di comunità, ritmi e caratteristiche soggettive con ritmi e caratteristiche dell'organizzazione. Questi servizi devono essere in grado di dare continuità alla gestione delle problematiche di salute, legate ad acuzie, cronicità, non autosufficienza, ma contemporaneamente anche continuità, per ognuna delle persone ospiti, a forme di relazione con la propria storia, con il proprio patrimonio di esperienze e di identità, con i legami e gli affetti familiari e relazionali. Sono servizi che dovrebbero quindi occuparsi di assicurare una continuità nel tempo non solo delle condizioni psicofisiche ma anche di quelle identitarie e relazionali delle persone e delle loro famiglie, al fine di costruire un benessere possibile nella nuova condizione di vita e di residenza. Un benessere possibile che è collegato anche al poter riconoscere nella nuova condizione nuove dimensioni di "senso", e nuovi e possibili equilibri e riconoscimenti (Dalponte e Olivetti Manoukian, 2005; Galimberti, 2009; Lizzola, 2002).

Nelle residenze per anziani le competenze e le professionalità sanitarie e assistenziali devono coniugarsi con la capacità di dare attenzione alle dimensioni organizzative del servizio (Orsenigo, 2011), cioè con la qualità dei processi di lavoro e delle modalità di interazione e di riconoscimento di chi vi opera, di chi vi entra in contatto, di chi vi si affida e di chi affida.

In questa prospettiva ci sembra fondamentale che l'organizzazione investa per la costruzione dell'"oggetto di lavoro", che significa riuscire a rappresentare che servizio si vuole realizzare, ovvero quali sono i riferimenti che si devono tenere nella relazione con gli ospiti e con le loro famiglie, i valori e le ipotesi scientifiche che lo orientano, ma anche come questo si traduce in modalità e qualità dei processi di lavoro. Nell'agire degli operatori sono infatti centrali le loro rappresentazioni "interne", mentali ed emotive, le sensibilità e i valori.

Se l'oggetto di lavoro non è sufficientemente definito, rappresentato e riportato a processi di lavoro entro i quali i singoli si possano "vedere", è facile che gli apporti lavorativi di ciascuno tendano verso logiche ed obiettivi frammentati, con il rischio che si giustappongano l'un l'altro, che i riferimenti diventino prevalentemente, e più in astratto, quelli della mansione e della prestazione in sé (Olivetti Manoukian, 1998). In mancanza di un oggetto di lavoro visibile e condiviso tendono inoltre a riemergere modelli culturali interiorizzati, impliciti e spesso inconsapevoli, sicuramente rassicuranti anche perché dotati di forza e persistenza. In questo modo succede che ogni professione segue i propri codici e i propri riferimenti con il determinarsi di una logica di lavoro più

¹ Promosso dalla Provincia di Milano e accompagnato metodologicamente dallo Studio APS di Milano, vi hanno partecipato coordinatori e responsabili di struttura di RSA Don Cumi - Asp di Magenta, Fondazione La Pelucca, RSA Saccardo e Santa Lucia del Gruppo Segesta, Istituto Golgi Redaelli di Abbiategrasso, e operatori sociali di Cesano Boscone, Trezzano sul Naviglio e Locate di Triulzi degli ambiti territoriali di Corsico e Rozzano (Primerano e Tarchini, 2011).

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

“istituzionalizzante” e “meccanicistica” ancorata al rispetto del proprio mansionario.

Un'organizzazione di questo tipo tende inevitabilmente a ridurre gli ospiti e i loro familiari ad oggetto degli interventi e delle azioni assistenziali, che magari sono anche qualificate, non riuscendo però a riconoscere una loro soggettività. In questo schema aumentano anche le microconflittualità quotidiane tra operatori, con gli ospiti e con le famiglie.

LA RISORSA COORDINAMENTO

Il coordinamento è una funzione organizzativa vitale per il funzionamento di ogni organizzazione, ma è anche una attribuzione specifica assegnata ad alcuni ruoli.

La funzione di coordinamento, in relazione alla complessità, alla cultura e alla filosofia gestionale delle strutture residenziali, viene svolta da figure professionali differenti, con contenuti molto diversificati. Si hanno strutture con ruoli di coordinamento prevalentemente “centrale” e altre con ruoli di coordinamento più “decentrati” al livello del reparto e dotati di significative risorse decisionali; situazioni dove si sono introdotte delle “collaborazioni” al coordinamento e altre dove sono state previste delle “referenze” di nucleo o di turno; si hanno situazioni con coordinamenti “differenziati” tra ruoli infermieristici e ruoli socio-assistenziali, e altre dove i coordinamenti sono invece unificati, cioè non differenziati per professione; si hanno coordinatori di struttura e coordinatori di aree di servizio.

Alle figure di coordinamento viene richiesto l'esercizio di funzioni diverse, sia di carattere generale, per assicurare il funzionamento complessivo della struttura, sia micro organizzative: di programmazione e, contemporaneamente, di gestione quotidiana di eventi e imprevisti; di controllo sugli aspetti generali dell'andamento del servizio, ma anche dei comportamenti operativi specifici e quotidiani degli operatori; di gestione dei rapporti con le famiglie nelle fasi iniziali dell'ingresso in struttura, ma anche di intervento quotidiano su microconflittualità tra operatori o con le famiglie. Sono figure al centro di molte dinamiche.

Garantire il contesto generale del lavoro

Uno dei loro compiti è sicuramente quello di garantire il contesto generale del lavoro, cioè la tenuta e il raccordo delle condizioni generali che fanno da cornice al lavoro degli operatori e al funzionamento quotidiano:

compito questo molto importante in organizzazioni con molte variabili in gioco come sono le residenze per anziani. Più nello specifico, si tratta di un investimento sull'armonizzazione dei tempi dei diversi servizi interni, sulla garanzia degli approvvigionamenti, sulla tenuta generale della programmazione del lavoro, sulla gestione degli spostamenti degli operatori tra i diversi servizi, sulla garanzia del rispetto degli standard di minuti di assistenza, sul mantenimento delle coperture del personale in relazione ad assenze, permessi, ferie o ad esigenze impreviste nei carichi assistenziali degli ospiti.

Sostenere il lavoro degli operatori

Tra le funzioni dei coordinatori c'è il sostegno e il controllo del lavoro degli operatori, un compito importante e non semplice. Proprio per questo è utile analizzare schematicamente alcune modalità di esercizio di questa funzione. Nella nostra riflessione associamo il controllo al sostegno, nel senso che con controllo non intendiamo qualcosa di prevalentemente esterno e normativo, ma qualcosa che interagisce con i processi di lavoro per mantenerli in relazione a orientamenti, oggetti di lavoro, risultati attesi (Mintzberg, 1996; Thompson, 1991; Perrow, 1977).

Si tratta di:

- Controllo e sostegno attraverso supervisione diretta.
- Controllo e sostegno attraverso procedure.
- Controllo e sostegno attraverso la definizione e la cura delle premesse.

Controllo e sostegno attraverso la supervisione diretta

Avviene intervenendo direttamente in rapporto agli operatori e alle loro operazioni, correggendo, integrando, sostenendo. Questa modalità è utilizzata solitamente nelle organizzazioni semplici, con contesti ravvicinati di relazione operativa (a livello di reparto o di nucleo), oppure quando ci si trova di fronte a compiti complessi in cui vengono richieste vicinanza di sguardi, particolari competenze tecniche, maggiori risorse professionali rispetto all'insieme di problemi trattati oppure laddove viene percepita una fragilità delle competenze degli operatori. Si tratta di una modalità che in situazioni di gruppo ampio rischia di diventare dispendiosa se viene utilizzata per affrontare comportamenti che si ripetono; finisce per dissipare risorse organizzative e non è detto che permetta di sedimentare un apprendimento organizzativo che ne determini poi una minore necessità.

Controllo e sostegno attraverso procedure

Si esplica costruendo procedure, check-list, note di riferimento, fogli firma che hanno l'obiettivo di agevolare il lavoro, evitare disattenzioni, dimenticanza di atti, non controllo di alcuni snodi nell'esecuzione di compiti. Spingono ad avere attenzione a questioni che rischierebbero altrimenti di essere lasciate da parte (ad esempio passaggi da fare verso l'ospite, verso i familiari ecc.). Parliamo qui di procedure appositamente costruite dal coordinatore, per la sua situazione specifica di coordinamento, talvolta attraverso il coinvolgimento di gruppi di lavoratori. Fanno dunque parte di uno sforzo contestuale, legato al lavoro specifico di quel nucleo-reparto o per quella tipologia di ospiti e di problemi affrontati (Gawade, 2011)². Sono quindi di grado diverso rispetto alle procedure organizzative più generali quali, ad esempio, quelle legate alla certificazione di qualità o ad indicazioni e normative organizzative più generali. Le procedure, se da una parte indirizzano e sostengono i comportamenti lavorativi, evitando dimenticanze e permettendo di risalire a chi ha compiuto o tralasciato determinate operazioni, comportano il potenziale rischio di far prendere le distanze dai bisogni personali espressi dagli ospiti e possono deresponsabilizzare rispetto ad investimenti più soggettivi e personalizzati. Quando possibile, la costruzione delle procedure con il coinvolgimento degli operatori aiuta a farli sentire partecipi nella determinazione delle modalità di lavoro.

Controllo e sostegno attraverso le premesse

Viene esercitato favorendo il riconoscimento e la condivisione di "criteri" e "riferimenti" tecnici e culturali che possono sostenere comportamenti più orientati, responsabili e professionali da parte dei collaboratori. Con questa modalità per l'operatore il controllo tende a passare da qualcosa che è "esterno", come quando è esercitato attraverso la supervisione diretta o la definizione di procedure, a qualcosa di più "interno", che appartiene anche a lui, perché viene stimolata la sua diretta e proattiva condivisione. In questa situazione gli operatori sono stimolati ad un maggiore investimento cognitivo ed emotivo, si riconosce la loro competenza e conoscenza

professionale e si favorisce la fiducia e l'"auto-controllo". Il suo esercizio e sviluppo si basa su investimenti relazionali con gli operatori che hanno come tema il riconoscimento e la rielaborazione di aspetti del lavoro, di errori, problemi, incidenti, di nuovi compiti da affrontare³. Richiede investimenti di tempo e spazi di confronto definiti, ma produce ritorni in termini di consapevolezza degli operatori e azioni più orientate ai valori e agli obiettivi; favorisce inoltre una maggiore soddisfazione nel lavoro. È particolarmente importante sviluppare questa modalità nelle situazioni dove si chiede agli operatori di valutare le diverse variabili in gioco al fine di mettere in campo comportamenti lavorativi flessibili e personalizzati, orientati da criteri guida e non da regole predefinite e comportamenti standard.

Cosa succede nelle quotidianità operative

Molto frequentemente, presi dalle molteplici quotidianità organizzative, i coordinatori tendono a concentrare il loro esercizio di ruolo sugli aspetti di tenuta generale delle condizioni del lavoro e sugli interventi di sostegno e controllo attraverso la supervisione diretta. In questo modo il loro ruolo risulta depotenziato rispetto alla possibilità di ottenere un più elevato livello di integrazione del personale e una più qualificata assistenza all'ospite e al familiare. Inoltre rischiano di restare ancorati su un livello operativo che è sì necessario, ma per certi versi distante rispetto alla tutela della qualità specifica dei processi di cura, e si ritrovano a lasciare sullo sfondo la possibilità e la potenzialità di un lavoro di sostegno e consolidamento dei processi che faccia leva su apprendimenti professionali e organizzativi più profondi, più interiorizzati da parte degli operatori, e quindi, più affidabili nei loro esiti. Un'altra delle conseguenze è che in questo modo i coordinatori si trovano ad essere sempre sovraccarichi di lavoro e alla rincorsa di continue emergenze.

Costruire e rappresentare l'oggetto di lavoro

Proprio perché l'oggetto di lavoro dei servizi residenziali è complesso, non ne va data per scontata la sua rappresentazione presso gli operatori. Il presidiare questo

² In esempi riportati dai coordinatori si va dalla costruzione di appositi fogli firma per verificare la regolare pulizia delle carrozzine a schemi e indicazioni-guida per la corretta esecuzione di atti assistenziali o infermieristici.

³ In esempi riportati da coordinatori si va da riunioni regolari su temi, anche se brevi, a riunioni ad hoc su incidenti, conflitti agiti, lamentele pervenute, report e resoconti mirati.

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

aspetto è uno dei contenuti importanti del lavoro delle figure di coordinamento. Nei servizi sono già presenti degli strumenti che aiutano alla formazione della rappresentazione dell'oggetto di lavoro. Tra questi abbiamo i Piani Assistenziali Individuali (PAI). La bontà dello strumento è però collegata alla qualità del suo processo di utilizzo. È importante cioè che la sua elaborazione e la sua compilazione avvengano in modo da favorire le ricomposizioni tra i diversi sguardi e le diverse conoscenze che ci sono attorno alle situazioni, e che aiuti a prefigurare interventi professionali orientati al processo di cura evitando una loro riduzione all'elenco delle prestazioni.

È importante che le diverse figure professionali siano agevolate a considerare il proprio ruolo in rapporto a dei processi di cura, a degli obiettivi e al senso da dare all'intervento. Rappresentare i processi e il senso, e non le singole prestazioni, è anche una risorsa per favorire la cooperazione e i mutui aggiustamenti tra gli operatori e le professioni in rapporto alle situazioni specifiche che si presentano nel processo di assistenza e cura. Confini mobili tra le diverse professioni e reciproci aggiustamenti consentono di affrontare meglio le variabilità che le persone ospiti pongono, i "minutaggi" possono magari riarticolarsi, i tempi soggettivi e i tempi organizzativi frizionano meno.

È per questo che l'attenzione del coordinatore deve saper andare alla riconsiderazione dei processi di lavoro ma anche delle rappresentazioni mentali degli operatori, perché queste concorrono a definirne i comportamenti lavorativi nonché la capacità di interagire positivamente con gli altri colleghi, con le persone ospiti e con le loro famiglie.

È importante allora riconoscere la necessità di non dare per scontati i significati e i contenuti del coordinamento, anche per mettere in campo delle azioni di accompagnamento alla costruzione di un ruolo che sia più articolato nei suoi riferimenti, e più adeguato rispetto alla domanda di qualità che viene rivolta alle residenze per anziani. Vi è dunque una qualità e una strategicità nei contenuti di ruolo dei coordinatori che è importante sostenere e qualificare.

BIBLIOGRAFIA

Dalponte A, Olivetti Manoukian F. *Lavorare con la cronicità*, Carocci Faber, Roma 2004.

Galimberti U. *I miti del nostro tempo*, Feltrinelli, Milano 2009.

Gawade A. *Check list*, Einaudi, Torino 2011.

Lizzola I. *Aver cura della vita. L'educazione nella prova: la sofferenza, il congedo, il nuovo inizio*, Città Aperta, Troina (EN) 2002.

Mintzberg E. *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna 1996.

Olivetti Manoukian F. *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna 1998.

Orsenigo A. *Organizzare organizzazioni che curano*. Rivista Animazione Sociale, maggio 2011.

Perrow C. *Le organizzazioni complesse*, Franco Angeli, Milano 1977.

Primerano C, Tarchini V. (a cura di) *Costellazione RSA. Coinvolgimento delle famiglie e integrazione delle funzioni nelle strutture residenziali per anziani: gli elementi chiave di un lavoro di ricerca/formazione*, Maggioli Editore, 2011.

Thompson JD. *L'azione organizzativa*, ISEDI, Torino 1991.

Variabili che accompagnano il “life course” e prestazioni cognitive in anziani normali: riflessioni sui dati dello studio di popolazione “Invece.Ab”

*Simona Abbondanza, Eleonora Valle, Roberta Vaccaro,
Leonarda Fascia, Pietro Trimarchi, Antonio Guaita*

Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)

Nel corso dell'attività clinica è usuale ascoltare e raccogliere i racconti, gli interrogativi e i timori delle persone sulla percezione dei cambiamenti di natura cognitiva e sulle differenze, nelle prestazioni quotidiane, colte dal confronto tra sé e gli altri. Questi timori degli individui, che riscontri hanno nei dati di popolazione? La ricerca ha il compito di inquadrare epidemiologicamente i fattori connessi con le modifiche e con le differenze nell'efficienza cognitiva degli individui (Gangulia et al., 2010). Vi sono, infatti, diversi studi atti all'identificazione delle variabili che influenzano, in modo significativo, le abilità cognitive come l'attenzione e la memoria; tuttavia alcuni quesiti di base restano non del tutto risolti.

Quali, ad esempio: ci sono differenze tra le capacità cognitive e il fatto di essere uomo o donna? Esiste un collegamento tra gli anni di scuola frequentati e le modifiche delle abilità cognitive? La professione svolta ha un peso nel condizionare le prestazioni cognitive in età post lavorativa?

Dalle ricerche effettuate in questo campo, si evince che l'età e gli anni di scolarità influenzano la velocità di elaborazione delle informazioni, la memoria di lavoro, alcune componenti delle abilità linguistiche (fluenza lessicale) e la capacità di ricordare, per cui i risultati della maggior parte dei test cognitivi sono interpretati alla luce di una correzione per età e scolarità.

Per poter comprendere, al di là delle impressioni e dei luoghi comuni, il legame esistente tra le variabili sociali e la qualità delle prestazioni cognitive occorrono indagini con prove standardizzate, meglio se in popolazioni

interne, anche se specifiche, rispetto a campioni la cui rappresentatività è soggetta a molti errori.

A tal proposito lo studio di popolazioni di classi di età “critiche” che rappresentano una fase di transizione tra l'età adulta avanzata e la vecchiaia (il quintile 70-75 come “transitional age”) (Fratiglioni et al., 2011) può consentire di valutare le interazioni fra aspetti demografico-sociali e le prestazioni cognitive. Inoltre esso, in successive rivalutazioni nell'ambito di studi longitudinali, consente di rilevare i cambiamenti nel tempo e ad associarli a potenziali fattori di protezione o di rischio.

Questo è quanto si è fatto ad Abbiategrasso, con lo studio Invece.Ab, che si è rivolto a tutta la popolazione residente nata tra il 1935 e il 1939.

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di analizzare, in questa popolazione, l'influenza del genere, della scolarità e della professione in prove neuropsicologiche quali: Clock Drawing Test, Matrici Attenzionali, Matrici Progressive Colorate di Raven e Racconto di Babcock che valutano rispettivamente le abilità visuo-percettive, di pianificazione esecutiva, attentive, logico-inferenziali e mnestiche.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

È stata completata la prima fase dello studio longitudinale condotto sui 70-75enni residenti ad Abbiategrasso (iniziato a novembre 2009 e terminato a gennaio 2011). Tale studio è descritto nei suoi elementi meto-

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

dologici essenziali nel registro dei trial clinici del National Institute of Health, USA (<http://clinicaltrials.gov/>; numero: NCT01345110).

Popolazione

La popolazione analizzata è costituita da tutti i residenti ad Abbiategrosso appartenenti alle coorti anagrafiche dal 1935 al 1939. Non sono stati previsti altri criteri di esclusione e di inclusione. Hanno partecipato allo studio 1321 persone delle 1644 eleggibili, che rappresentano l'80,3% della popolazione. Per il presente studio si sono analizzati i soggetti che non presentavano diagnosi di demenza né di deterioramento cognitivo (1226 soggetti).

Strumenti e variabili

Lo studio prevede una valutazione multidimensionale della persona che permette di osservare le condizioni mediche, psicosociali e cognitive in due incontri con gli specialisti di riferimento per area, accompagnata da un prelievo ematico per l'esecuzione di esami ematochimici e, in parte, intero o centrifugato, conservato a - 80°.

Il profilo cognitivo è stato valutato attraverso la somministrazione di una batteria neuropsicologica estesa e divisa per aree quali: la funzionalità attentivo-esecutiva, le abilità mnestiche a lungo termine verbali e visuospatiali, la funzionalità linguistica, le abilità prasso-costruttive e i processi di ragionamento logico-inferenziale non verbale e il tono dell'umore; fra questi il Clock Drawing Test, le Matrici Attenzionali, le Matrici Progressive Colorate di Raven e il Racconto di Babcock sono oggetto della presente analisi (i test sono tarati per età e scolarità per la popolazione italiana). Sono stati considerati patologici i soggetti con deficit cognitivo nell'area specifica, cioè con una prestazione inferiore al valore normale (18 per il Clock Drawing Test e Punteggio Equivalente = 0 per gli altri Test). Un questionario suddiviso per aree di interesse era somministrato per raccogliere i dati anagrafici comprensivi di scolarità e professione, insieme a quelli relativi alle abitudini di vita. Le variabili di natura socio-anagrafica adottate sono: il genere (maschile e femminile), gli anni di scolarità (inteso come numero di anni di scuola completati, ricodificato in due classi: ≤5 anni versus >5 anni), professione (in relazione alla principale occupazione svolta nel corso della vita lavorativa). In particolare, le professioni sono state raggruppate in due categorie: "Colletti Blu" (coloro che hanno fatto lavori di tipo manuale: operaio, artigiano e agricoltore), "Colletti Bianchi" (coloro che hanno fatto lavori di tipo intellettuale: impiegato, assistente, tecnico, in-

fermiere, commerciante, segretaria, medico, avvocato, commercialista e insegnante).

Analisi statistiche

Per tutte le variabili analizzate è stata verificata la significatività della differente distribuzione delle prestazioni cognitive (patologiche vs normali) in relazione ai fattori sociali sopra elencati (sesso, anni di scolarità e professione) mediante test del χ^2 di Pearson. Il livello di significatività alfa è stato fissato al 5%. Le analisi sono state condotte utilizzando il software statistico SPSS release 11.

RISULTATI E COMMENTI

La popolazione rispondente ha una età media di 72,2 ($\pm 1,29$ anni), di cui 54% donne. Il 93,9% è autonomo in tutte le attività della vita quotidiana di base, e lo è il 90,8% nel maneggiare denaro, usare il telefono e gestire i farmaci. Mini Mental State Examination: 27,27, deviazione standard $\pm 2,087$.

Il genere e le prestazioni cognitive

La letteratura dice che: vi è tutt'ora discussione sul fatto che le donne abbiano o no una maggior presenza di patologie dementigene con l'età. I dati europei infatti sembrano confermare in modo chiaro tale dato (Andersen et al., 1999), mentre quelli USA, al contrario, non hanno trovato differenze (Edland et al., 2002).

Non si osservano, invece, differenze tra uomini e donne nelle competenze di ragionamento nel corso dell'invecchiamento (Maitland et al., 2000). Si sa, invece, che il genere ha un effetto sul ricordo delle informazioni verbali a lungo termine (abilità più spiccate nelle donne) e sulle prestazioni di natura visuospatiale (capacità migliori negli uomini) (Zahodne et al., 2011).

Noi abbiamo rilevato che:

Clock Drawing test: per quanto concerne le prestazioni inerenti le abilità visuoperceptive ed esecutive, la percentuale più alta di prestazioni patologiche è raggiunta dalle donne (19,5% vs 13,5% dei maschi; $p < 0,005$), cosa che conferma quindi i dati di letteratura citati.

Test delle Matrici Attenzionali: vi è una percentuale più alta di prestazioni patologiche tra gli uomini (2,4% vs 1,4% delle donne) che però non appare assumere valore significativo nella differenza dei due generi.

Test delle Matrici progressive di Raven: all'interno della nostra popolazione la percentuale dei soggetti con una prestazione patologica è esigua; inoltre, non vi è diffe-

renza tra la quota di donne e di uomini con una performance deficitaria (1,5 % degli uomini vs 1,4 % delle donne).

Test del Raccontino di Babcock: nella memoria verbale la percentuale di risposte patologiche non è significativamente diversa nei due sessi (2,8 % donne vs 2,6 % degli uomini).

La scolarità e le prestazioni cognitive

La letteratura dice che: il peso della scolarità nel destino cognitivo di chi invecchia è certamente più accertato e meno soggetto a discussione di quello del genere. Come l'età, la scolarità è considerata un fattore di correzione per costruire i dati normativi nella popolazione di riferimento. Tuttavia, la correzione non è disponibile per tutti i test, ad esempio non per il Clock test, dove per alcuni non sarebbe comunque necessario (Caffarra et al., 2011). Inoltre, possiamo ipotizzare che questi dati invecchino con le generazioni: il 70enne con 5 anni di scolarità nel 1987 in Italia, epoca dello studio normativo di Spinnler e Tognoni (Spinnler e Tognoni, 1987), è certamente diverso rispetto al 70enne con pari scolarità nel 2012. La scolarità rappresenta un fattore di protezione verso la Demenza e il Mild Cognitive Impairment in ogni classe di età, sia nella popolazione italiana in studi su popolazioni selezionate per status (De Ronchi et al., 1998), sia in quelli condotti su una popolazione generale (Ravaglia et al., 2002). D'altra parte non esiste praticamente nessun aspetto della salute che la scolarità non influenzi positivamente, dalla longevità alla autonomia funzionale, e ciò è in armonia con la teoria della "riserva cognitiva" (Scarmeas e Stern, 2003).

Noi abbiamo rilevato che: certamente, quando le differenze di scolarità sono ridotte e sono all'interno di un range che vede due "picchi", a 5 e a 8 anni di scolarità conclusa, le diversità osservate sono più sfumate.

Clock Drawing Test: le prestazioni cognitive di tipo patologico sono significativamente più presenti in coloro che hanno un numero di anni di scuola completati inferiore a 5, rispetto a coloro che hanno ricevuto più anni di istruzione (21,5 % vs 10,7%, $p < 0,001$), in contrasto con quanto riportato dalla letteratura recente. Il rischio stimato di ottenere una prestazione patologica al Clock Test in presenza di una bassa scolarità è 1,357, con un intervallo di confidenza 95%: 1,226 - 1,503.

Test delle Matrici Attenzionali: la presenza di risultati patologici è più alta in chi ha scolarità più bassa ma in modo non significativo (2,4 % vs 1,1%).

Matrici Colorate di Raven: vi è una migliore prestazio-

ne di chi ha scolarità più alta, con una minor presenza percentuale di risultati patologici, ai limiti della significatività (2,0 % vs 0,8 %, $p = 0,076$).

Raccontino di Babcock: vi è una significativa minor presenza di risultati negativi nel gruppo a più alta scolarità (1,4 % vs 3,7%, $p < 0,02$). Il rischio relativo della bassa scolarità è 1,384 (intervallo di confidenza 95%: 1,137 - 1,684).

Professione e prestazioni cognitive

La letteratura dice che: i dati sul ruolo della professione non sono conclusivi. La maggior parte degli studi è orientata a riconoscere un ruolo alla professione svolta, specie se in associazione con la scolarità (Garibotto et al., 2008), mentre il ruolo indipendente della professione non è sempre risultato evidente (Fritsch et al., 2007), o addirittura inesistente come nello studio "Conselice", (Ravaglia et al., 2002).

Noi abbiamo rilevato che: per tutte le aree cognitive indagate la quota di prestazioni patologiche è risultata superiore tra i "Colletti Blu" (*blue collar*) rispetto ai "Colletti Bianchi" (*white collar*), ma tale differenza non è sempre risultata statisticamente significativa.

Clock Drawing Test: in base alla professione il 19,5% dei *blue collar* ha un risultato patologico, mentre il 12,6% appartiene alla categoria dei *white collar*. La differenza è significativa ($p < 0,005$) e il rischio stimato di essere un *blue collar* e avere un clock patologico è del 1,217 (intervallo di confidenza 95%: 1,083 - 1,368).

Matrici Attenzionali: vi è una differenza statisticamente significativa ($p < 0,02$) tra i due gruppi (il 2,7% dei *blue collar* ha una prestazione patologica rispetto allo 0,7% dei *white collar*).

Matrici Colorate di Raven: la presenza di prestazioni patologiche è risultata non diversa nei due gruppi professionali (1,9% vs 1,4%).

Raccontino di Babcock: anche per questo test di memoria non vi sono differenze significative (2,7% vs 1,8%).

COMMENTO E CONCLUSIONE

I dati presentati confermano l'interesse a rivalutare, in popolazioni abbastanza numerose e non patologiche, l'influenza dei parametri "di base" sulle prestazioni cognitive. Per quanto riguarda il genere, si può dire che vi è una sostanziale conferma dei dati e anche un po' del giudizio diffuso: le donne hanno minori abilità di rappresentazione ed esecuzione spaziale, mentre ragionamento

astratto e memoria non mostrano differenze di genere. Invece, la variabile relativa all'occupazione appare assumere un ruolo importante nella nostra popolazione nel distinguere le prestazioni nei diversi compiti cognitivi considerati, con una maggiore probabilità per chi ha fatto un lavoro manuale, di presentare performance non adeguate. Nella popolazione senza demenza, le funzioni cognitive sono certamente influenzate dalla scolarità. Questo è vero in tutte le culture, anche in quelle lontane da noi (Fung et al., 2012), mentre nel genere femminile la più alta scolarità è sicuramente protettiva solo per le donne anziane (Tuomisto et al., 2012). Il possibile fattore di confondimento rappresentato dalla scolarità nella professione è in realtà meno rilevante in questa nostra popolazione. Questo anche perché, adottando i punteggi corretti, il peso che ha la scolarità nel definire le differenze di prestazione appare meno rilevante del previsto. Infatti la differenza di scolarità appare realmente di peso solo per il test dell'orologio (Clock Drawing Test) che non ha questo tipo di correzione, cosa che per altro è oggi, come abbiamo visto, in discussione (Caffarra et al., 2011).

Per quanto riguarda le differenze di genere, gli uomini della nostra popolazione hanno maggiore competenza nel pianificare le azioni necessarie a svolgere un compito visivo, gestire le relazioni spaziali tra gli elementi di un oggetto e recuperarne il significato semantico. Nella coorte di età studiata non si riscontrano, allo stato attuale delle analisi, differenze sensibili nelle prove di memoria, di ragionamento e di attenzione selettiva in base al genere.

Chi ha scolarità più elevata svolge meglio i compiti che indagano abilità cognitive globali (Mini Mental State Examination e Clock Drawing Test) e di memoria verbale. Coloro che hanno svolto una professione non manuale hanno migliori risultati di tipo esecutivo e attenzionale (Clock Drawing Test e Matrici Attenzionali), mentre non si riscontrano differenze per la memoria.

In conclusione, vi è una influenza di genere, scolarità e professione per un test globale come il "Clock Drawing" e per le funzioni di tipo attentivo-esecutivo e di memoria di lavoro, mentre scarso è l'effetto sui processi inferenziali e di memoria episodica.

BIBLIOGRAFIA

- Andersen K, Launer LJ, Dewy ME, Letenneur L, Ott A, Copeland J R M et al. Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia. The EURODEM Studies. *Neurology* 1999;53:1992-97.
- Caffarra P, Gardini S, Zonato F, Concarì L, Dieci F, Copelli S, Freedman M, Stracciari A, Venneri A. Italian norms for the Freedman version of the Clock Drawing Test. *J Clin Exp Neuropsychol* 2011;33:982-8.
- De Ronchi D, Fratiglioni L, Rucci P, Paternicò A, Graziani S, Dalmonte E. The effect of education on dementia occurrence in an Italian population with middle to high socioeconomic status. *Neurology* 1998;50:1231-8.
- Edland SD, Rocca WA, Petersen RC, Cha RH, Kokmen E. Dementia and Alzheimer do not vary by sex in Rochester. *Minn Arch Neurol* 2002;59:1589-93.
- Fratiglioni L, Wang R, Xu W, Qiu C. Life course epidemiology in dementia – state of art. In: Andrieu S, Aboderin I, Baeyens JP, Beard J, Benetos A, Berrut G et al. IAGG workshop: health promotion program on prevention of late onset dementia. *J Nutr Health Aging* 2011;15:562-75.
- Fritsch T, McClendon MJ, Smyth KA, Lerner AJ, Friedland RP, Larsen JD. Cognitive functioning in healthy aging: the role of reserve and lifestyle factors early in life. *Gerontologist* 2007;47:307-22.
- Fung AW, Leung GT, Lam LC. Modulating factors that preserve cognitive function in healthy ageing. *East Asian Arch Psychiatry* 2012;1:152-6.
- Gangulia M, Snitz BE, Leea CW, Vanderbilt J, Saxtonb JA, Changc CCH. Age and education effects and norms on a cognitive test battery from a population-based cohort: The Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team (MYHAT). *Aging Ment Health* 2010;14:100-7.
- Garibotto V, Borroni B, Kalbe E, Herholz K, Salmon E, Holtoff V, Sorbi S, Cappa SF, Padovani A, Fazio F, Perani D. Education and occupation as proxies for reserve in aMCI converters and AD FDG-PET evidence. *Neurology* 2008;71:1342-9.
- Maitland SB, Intrieri RC, Schaie WK, Willis SL. Gender Differences and Changes in Cognitive Abilities Across the Adult Life Span. *Aging, Neuropsychology, and Cognition* 2000;7:32-53.
- Ravaglia G, Forti P, Maioli F, Sacchetti L, Mariani E, Nativio V, Talerico T, Vettori C, Macini PL. Education, occupation, and prevalence of dementia: findings from the Conselice study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2002;14:90-100.
- Scarmeas N, Stern Y. Cognitive reserve and lifestyle. *J Clin Exp Neuropsychol* 2003;25:625-33.
- Spinnler H, Tognoni G. Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici. *Italian Journal of Neurological Sciences* 1987;suppl. 8 to n° 6: 44-6.
- Tuomisto H, Salo P, Saarinen R, Kalleinen N, Polo-Kantola P. The association of serum oestradiol level, age, and education with cognitive performance in periand late postmenopausal women. *Maturitas* 2012;71:173-9.
- Zahodne LB, Glymour MM, Sparks C, Bontempo D, Dixon RA, MacDonald SWS, Jennifer J. Education Does Not Slow Cognitive Decline with Aging: 12-Year Evidence from the Victoria Longitudinal Study. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2011;17:1-8.

La città camminabile

Andrea Imeroni*, Giulio Bizzaglia°

*Pedagogista, insegnante di Educazione Fisica in pensione

°Sociologo, insegnante di Educazione Fisica

Le proteste sull'eccessiva velocità con la quale alcuni semafori passano dal rosso al verde non vengono di certo dagli automobilisti, ma dalle persone anziane che rischiano letteralmente la vita sugli attraversamenti pedonali.

A queste proteste le amministrazioni più attente ai bisogni della popolazione rispondono incrementando il tempo del rosso, tarandolo sulle esigenze della persona anziana che, grazie a quella semplice correzione, non si sente più a rischio.

Chi trae vantaggio da questa sacrosanta richiesta? Non solo il vecchio, ma anche il bambino, la mamma o il papà con un figlio per mano, il disabile, chi torna dal mercato con due sacchi della spesa, la persona in sovrappeso, chi è convalescente ed è costretto temporaneamente ad utilizzare un ausilio o a ridurre i propri tempi di cammino ed anche chi non vuol farsi prendere dalla fretta.

La protesta per l'altezza eccessiva dei gradini degli autobus prefigurerà soluzioni che indussero a rivedere i livelli del predellino o a rialzare il suolo in corrispondenza delle fermate.

E che dire della richiesta di incrementare il numero delle panchine su determinati tragitti o di prevedere toilettes nei parchi o lungo le passeggiate?

Dalle soluzioni adottate per rispondere alle esigenze delle persone in età anziana ha sempre tratto vantaggio tutta la popolazione.

UNA CITTÀ A MISURA D'ANZIANO E DI BAMBINO RENDE LA VITA PIÙ SANA E PIÙ FELICE PER TUTTI

Porci a questo punto la domanda se esista una città a misura d'anziano è lo stesso che chiedere se ne esista una a misura d'uomo... e la risposta è nota: no, almeno non ancora.

Quando una città può dirsi a misura di ognuno, nessuno escluso? Innanzitutto quando ciascuno sente il desiderio di muoversi in essa, sicuro che potranno accadergli solo cose piacevoli. Alcune di queste "cose" sono tangibili, lo è attraversare una strada in tutta sicurezza, altre sono meno evidenti (anche se rilevabili dalla sensibilità comune) come l'agibilità dei luoghi frequentati o l'aria che si respira. Quanto più una persona invecchia tanto più deve constatare il carico delle inadeguatezze del suo "interno" e del suo "intorno". Sente il progressivo scemare delle sue competenze corporee, così come avverte in modo amplificato le incongruenze di ciò che lo circonda. Il suo intero tanto più soffre, quanto più il suo intorno si allontana. La rinuncia progressiva al proprio corpo in movimento sancisce questo allontanamento; la persona che riduce i propri spazi vitali vorrebbe che la vita attiva venisse da lei, anche se il più delle volte la sente come una minaccia.

La prima immagine di rinuncia che viene alla mente è richiamata dalla persona "seduta".

Non a caso la frase "ad un certo punto ti sei seduto" ha un ampio significato rivelatore, ma sottintende in particolare ad una rinuncia. Chi si siede non cammina e sappiamo bene che solo camminando si può vivere pienamente il mondo! Infatti si deve dare gambe ai progetti e si viene stimolati a "darsi da fare con le proprie gambe". La persona che invecchiando perde o rinuncia progressivamente alle proprie gambe non ha scelta, può solo sedersi o sdraiarsi. Quanta importanza hanno dunque le gambe per la persona e soprattutto per chi invecchia!

Le gambe devono mantenersi forti e salde nel tempo, dato che sono la chiave di lettura dell'intorno di ognuno.

Abbiamo bisogno non tanto di vivere in una città, bensì in un luogo che non ci faccia saltare i nervi e che favorisca il nostro movimento.

Il grande vecchio che nonostante tutto continua a "far

MATERIALI DI LAVORO

da sé" con pochi aiuti, sa benissimo ciò che lo aspetta uscendo di casa. D'altro canto, se è invecchiato bene, intuisce benissimo ciò che può capitargli a stare troppo rintanato in casa sua.

Una città a misura d'uomo non ricava spazi dedicati per la persona che diventa "pedone", ma si trasforma per favorirne il cammino ovunque: diventa insomma **"CITTÀ CAMMINABILE"**.

La città che si adegua e recupera in un disegno sistemico le esigenze delle persone imposta il suo cambiamento partendo dalla persona che cammina, non dall'automobilista e dal conseguente "pedone".

È fin troppo ovvio che i semafori "più lenti" rallentano il traffico facendo crescere l'ansia degli automobilisti! Dovendo scegliere fra l'impazienza degli automobilisti e la tranquillità degli stessi quando si trasformano in camminatori, non ci sono dubbi, bisogna scegliere la seconda e gli anziani anche su questo insegnano qualcosa essendo di gran lunga la categoria che utilizza di più le proprie gambe per spostarsi.

"Camminare è il primo desiderio di un bambino e l'ultima cosa che vorrebbe perdere un anziano. Camminare è un'attività che non richiede sforzi fisici. È la cura senza farmaci, il controllo del proprio peso senza dieta, ed è il cosmetico che non si trova in farmacia. È un rilassante senza pillole, una terapia senza psicanalista, ed è la vacanza che non costa nulla. Camminare è conveniente, non richiede particolari attrezzature, è adattabile ad ogni esigenza ed è un'attività intrinsecamente sicura. Camminare è naturale come respirare" (John Butcher, fondatore di "Walk21", 1999).

È dunque la strada a (ri)assumere in sé la centralità dell'individuo che cammina e quindi non deve rappresentare un problema, ma diventare luogo sociale indispensabile per conoscersi, spostarsi, comunicare, riposarsi, fare festa, giocare.

La strada e gli spazi pubblici sono la trama strutturale che incrocia l'ordito sociale e fissa il livello della qualità della vita, della vivibilità, dello stare bene conseguente al corpo agito quotidianamente. Un corpo che usa anche l'auto, ma che non viene da questa "agito", perché se ne serve in modo attento, critico e non succube.

È, evidentemente, qualcosa di più e di diverso dalla strada come la conosciamo oggi: inquinante, rumorosa, pericolosa, intasata.

Pensando le strade secondo questa antica-nuova prospettiva, dobbiamo fatalmente ripensarne la struttura, in modo dinamico, moderno, creativo. E quindi considerarne la funzione: strada di transito, di collegamen-

to, di prossimità, di quartiere. Per farla diventare una via che consenta, a chi la percorre a piedi, una fruizione appagante. Considerarla nella sua relazione con gli esercizi pubblici e commerciali, con le scuole, con i luoghi di lavoro e di svago. Insomma una strada come risorsa per la città, per le persone, al posto di tragitti ad uso esclusivo delle automobili. Un sistema dei trasporti, della mobilità che si trasforma in un socio-sistema improntato alla sostenibilità.

UN PERCORSO DA INTRAPRENDERE PER AVERE, ALFINE, UNA CITTÀ CAMMINABILE!

In tema di mobilità urbana le esperienze più avanzate suggeriscono tutte un dato di fatto: i problemi relativi agli spostamenti in città troveranno soluzione solo nel trasporto pubblico intermodale e nella mobilità dolce, cioè negli spostamenti a piedi e in bicicletta (si consideri che la metà degli spostamenti cittadini in automobile avviene per coprire percorrenze non superiori ai 2 km).

Il camminare è, come esercizio del senso che ci ha accompagnato nella nostra evoluzione di specie, un senso naturale, un regolatore fisiologico dei ritmi individuali e delle dimensioni collettive, comune a tutti fino a pochi decenni or sono. Oggi invece la possibilità di camminare è spesso negata culturalmente e materialmente a causa dell'ipertrofia degli agglomerati urbani nei quali viviamo e da carenze urbanistico-progettuali e culturali, con conseguenze gravi sul piano della qualità della vita e della salute.

Non meno grave è la caduta della relazionalità storicamente connessa al camminare per strada. Perché camminare significa mettersi in rapporto con gli altri, interloquire mediante il corpo in movimento, sfuggire all'assillo del tempo dato dall'imponderabile traffico.

Chiusi in auto nel traffico perdiamo tempo; ma quello stesso tempo, se impiegato per camminare, è guadagnato. Camminare è una riappropriazione della città, un argine al degrado, uno strumento politico, un sicuro recupero esistenziale, un modo di curare costantemente sé stessi e di mantenere il proprio benessere. Lavorare sulla camminabilità è realizzare passi sostanziali ed economici per il recupero ambientale delle nostre città nella direzione della mobilità sostenibile ed indurre risparmi sostanziali nelle spese per la salute. Significa avere aria più pulita ed occasioni per l'esperienza del corpo ed è un valore in sé. È un promotore di capitale sociale.

In questa prospettiva "l'ascolto" dell'anziano diventa **perno del rinnovamento**, dalle sue esigenze esce rafforzato il concetto del vivere lentamente, così come si evidenziano le tante opportunità che un mondo slow crea. Favorire e sostenere questa "naturalità" non significa negare la velocità del mondo che avanza, ma vuole indurre alla riflessione sulla sostenibilità di un sistema nel quale si vorrebbe essere ovunque e contemporaneamente, sacrificando la propria vita alla chimera della velocità. Il vecchio sa molto bene che il rispetto del ritmo di ognuno è la chiave di lettura di una città che lavora per rinnovarsi, e che riscoprire la lentezza propria di un corpo che invecchia non significa sminuire l'importanza della ricerca del progresso, ma avere e darsi il tempo per riflettere sulle scelte.

Se in città si potesse camminare ed utilizzare mezzi intermodali per gli spostamenti più lunghi, avrebbe ancora senso l'organizzazione di gruppi di cammino? Soprattutto avrebbe ancora senso insistere sull'intensità o sulla misurabilità dello sforzo fatto per camminare (contapassi) o si riscoprirebbe l'importanza di camminare per scoprire il luogo dove si cammina e dividerlo con altri?

I GRUPPI DI CAMMINO

La nostra società pare scegliere sempre più soluzioni parziali che non intaccano minimamente i limiti posti al nostro vivere. La scelta di proposte parziali non risolve infatti i problemi, ma ne rimanda la soluzione ad un dopo che si allontana sempre più. Che senso ha infatti pensare che i "gruppi di cammino" (GDC) corrispondano al consiglio aggiornato del famoso "cammini almeno una mezz'ora al giorno" proposto dal proprio medico curante, senza chiedersi perché, come e con chi camminare e soprattutto senza considerare che la pioggia, il freddo e, spesso, gli stessi luoghi proposti per camminare, risentono dei limiti appena descritti? I GDC sono appannaggio delle ASL, che organizzano i gruppi, o delle associazioni che li promuovono o di questo o quell'esperto o insegnante che li dirige. Pensiamo però che dovrebbero essere una scelta coinvolgente per camminare nella propria città. In una città a misura di vecchio e di bambino, una città che acquisisce nuovi ritmi, nuovi spazi e si libera progressivamente delle auto, il cammino verrebbe liberato e ritornerebbe ad essere la prima opzione nei propri spostamenti.

La Città Camminabile farebbe allora da sfondo integratore

alle esperienze del corpo, dalla ginnastica al gioco, dalla fruibilità per diletto a quella finalizzata, esaltando l'esperienza individuale in una concreta dimensione di gruppo. Le "palestre" assumerebbero un vero significato di *loisir* e non di compensazione di una carenza motoria indotta dalla sedentarietà, sarebbero scelte, non prescrizioni sanitarie.

Tutto ciò che viene proposto oggi alla persona in età pecca di superficialità perché non si considera il vero problema: le città non stanno diventando invivibili, in molti casi lo sono già!

La salute di chi invecchia, e quindi della popolazione in toto, trae vantaggi parziali da proposte univoche (gruppi di cammino, Attività Fisica Adattata (AFA, ginnastiche dolci, ecc.), solo un grande progetto che coinvolga la città ed il suo assetto e che favorisca proposte integrate di movimento a misura di ognuno può predisporre la prevenzione che avvii all'assunzione di nuovi stili di vita.

IL RUOLO DELLE AMMINISTRAZIONI

È necessario che le amministrazioni attuino politiche di *governance* dei problemi della città affinché il cittadino recuperi il luogo dove vive in termini di sostenibilità: distanze da poter percorrere con le proprie gambe, deciso incremento del trasporto collettivo e parallelo decremento del trasporto automobilistico privato. Le conseguenze dell'attività motoria così sollecitata sono immaginabili: meno inquinamento, salutare riattivazione delle persone, occasioni di socialità, riappropriazione e maggiore attenzione agli spazi pubblici (strade, piazze, parchi, giardini, cortili, mercati, scuole). È in questi spazi che si declina il tema della vivibilità delle città; è in questi luoghi che si può realizzare il *corpo ritrovato*, sullo sfondo della città che ne rispetti i ritmi e li favorisca.

Camminare, andare in bicicletta, giocare e riposarsi, fare esperienze "dolci" di gruppo legate al corpo, così come approfittare di una Ginnastica a Domicilio che stimoli come primo obiettivo il recupero del rapporto con il territorio, così come l'Attività Fisica Adattata per risolvere i problemi di algie o i Gruppi di Cammino, come pretesto per rimettersi in moto, ed anche attività per chi è obeso o ha malattie specifiche che traggono vantaggio dalla pratica per gruppi omogenei (Imeroni, 2009), sono la cartina di tornasole della vivibilità delle città.

La Città Camminabile è lo sfondo di ogni intervento che punti al recupero del corpo o al suo potenziamento spe-

MATERIALI DI LAVORO

cie per la persona che invecchia, che può così scegliere un nuovo stile di vita.

Cosa intendiamo dunque per "Città Camminabile" è presto detto: è una condizione generale, una prospettiva di vivibilità e di socialità, un modo di essere del territorio. Un'inedita apertura al corpo, alla sua centralità, ai suoi bisogni di espressione e di relazione. Un obiettivo verso il quale lavorare predisponendo accuratamente azioni e politiche, programmando studio e sperimentazione. Sapendo bene che si tratta di un percorso particolare, di un impegno di lavoro con e per la cittadinanza che esula dal solco tradizionale dell'appartenenza all'insieme delle attività sportive per collocarsi nell'alveo dei costruttori di *policies*, di promotori di capitale sociale, oggi quanto mai necessario per dare nuovi, più avanzati contenuti al *welfare*.

BIBLIOGRAFIA

Imeroni A. Il movimento come stile di vita per gli anziani: un progetto integrato di prevenzione e promozione della salute. *I Luoghi della cura* 2009;1:29-33.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Brundtland GH. Il nostro comune futuro, Rapporto della Commissione dell'ONU per le questioni ambientali e dello sviluppo, United Nations Press, 1987.

Labbucci A. Camminare, una rivoluzione, Donzelli, Roma 2011.

Le Breton D. Il mondo a piedi. Elogio della marcia, Feltrinelli, Milano 2003.

Solnit R. *Wanderlust, a History of Walking*, University of Chicago Press, Chicago 2000 (trad. it. *Storia del camminare*, Bruno Mondadori, Milano 2002).

D.G. Blazer, D.C. Steffens, E.W. Busse (eds.)

MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

I edizione italiana della III edizione inglese

Sotto l'egida dell'Associazione Italiana
di Psicogeriatrica

Volume cartonato di 624 pagine
f.to cm 21x28
€ 120,00



CIC Edizioni Internazionali

Il proprio sé come luogo della cura

Licia Riva

Formatrice e Counsellor sistemica, collabora con il Centro Panta Rei di Milano

Nel senso comune la vecchiaia è vista con timore e con disagio, sia da coloro che la stanno vivendo, sia da coloro che assistono al processo di invecchiamento altrui.

Le ragioni di ciò sono nell'evidenza delle progressive limitazioni che essa comporta, ma anche nella convinzione, a mio parere erronea, che la vecchiaia consista in una stagione bloccata in una fissità che non consente autonomia di cambiamento e di scoperta.

Troppo spesso si concepisce e si rappresenta la vecchiaia come una situazione vessata dalle patologie e dall'impotenza.

Prevale la visione di un ciclo di vita lineare, rappresentato da una curva cuspidale, nel quale la nascita e la morte costituiscono l'inizio e la fine. La crescita è possibile solo durante il raggiungimento della fase apicale: la maturità, che costituisce la pienezza dell'esperienza vitale. Prima c'è la preparazione, ed oltre c'è solo il declino.

In tempi più recenti si è venuta affermando un'altra concezione che rappresenta la vita come una spirale contrassegnata da fasi sempre dinamiche e ricorsive. Nel corso di ognuna di queste fasi si è costantemente coinvolti in processi di adattamento e apprendimento. Vivere perciò significa evolvere e cambiare continuamente.

Assumere questo punto di vista è considerare la vecchiaia come una delle stagioni della vita, non solo alla pari delle altre, ma anche 'contaminata' e arricchita da esse.

Ad esempio, possiamo riconoscere nelle insicurezze o nei turbamenti vissuti in epoche della vita considerate "adulte" o addirittura "anziane" i tratti tipici dell'adolescenza, con il vantaggio di averne già fatto esperienza e con la consapevolezza di averli superati.

In questa prospettiva dobbiamo riconoscere che cominciamo a invecchiare dal momento del nostro primo pianto, ma è con l'avanzare dell'età che ci si interroga maggiormente sul miglior modo di invecchiare ed è possibile farlo divenire un'arte.

Invecchiare è un'arte di cui si sono perse le coordinate. Tra le altre cose che la modernità ci ha regalato vi è anche un senso di eccessiva onnipotenza.

La civiltà delle macchine ci ha abituato ad un sentire ri-

gido e meccanico, entro il quale basta governare la causa perché l'effetto si manifesti secondo la nostra previsione, o il nostro volere. Lo scostamento non è contemplato. L'imprevisto e l'imprevedibile, qualora si manifestino, suscitano fastidio e ostilità.

Gli studi più recenti ci raccontano invece dell'importanza che ha per la nostra specie la capacità di adattarsi, intendendo con ciò anche *la possibilità di modificare radicalmente il nostro modo di stare nel mondo*. Vale la pena di ricordare un termine apparso di recente: "exaptation" (Pievani, 2008).

Studiosi legati al neo-darwinismo hanno constatato che per spiegare la varietà biologica è necessario ricorrere a paradigmi di lettura che rendono il modello evolutivo più flessibile e creativo; questi sono: la trasformazione del possibile, l'asimmetria tra utilità attuale e origine storica, la sopravvivenza del più flessibile e gli effetti collaterali della struttura (Pievani, 2008).

L'exaptation è l'insieme di questi paradigmi e, in sintesi, si può considerare come una sorta di "bricolage evolutivo". È certamente grazie a ciò che nel corso del tempo la nostra specie nel suo complesso, e i singoli individui, hanno saputo usare al meglio le risorse ambientali e quelle proprie, con modalità e forme non ripetitive, ma elaborate in relazione alle specifiche situazioni offerte dal contesto. L'adattamento è quindi legato anche alla capacità di inventare, non solo a quella di adeguarsi.

Se proviamo a leggere il processo di invecchiamento alla luce di queste nuove ipotesi interpretative emerge chiaramente la parzialità e la scarsa adeguatezza della visione contemporanea che tenta di rappresentare una sola fase di vita: la giovinezza; una sola dimensione: la pienezza dell'esperienza (come se questa potesse esistere senza il vuoto). Entrambe dilatate per tutto il corso di vita. Sembra quasi che tutti i dispositivi di adattamento inventati dalla specie umana nel corso della sua lunga storia sul pianeta siano diventati obsoleti. Le doti evolutive e le capacità di *exaptation* che da sempre sono state l'impulso della nostra trasformazione sembrano essere state compresse in una sorta di irrigidimento che ne limita la varietà e la molteplicità¹.

ESPERIENZE

Il desiderio di mantenere a lungo, se non per sempre, la vigoria e la freschezza della gioventù è sempre stato presente; pensiamo, ad esempio, al mito della fontana della eterna giovinezza. Esistono, infatti, autorevoli testimonianze del passato, talune anche del presente, che ci raccontano di come vivere, e quindi anche invecchiare, sia sempre il risultato di un'attitudine a scegliere e a comprendere ciò che siamo e come collocarci nell'universo².

La curiosità, lo stupore, la fragilità, la duttilità, la capacità di meravigliarsi, la contraddittorietà, l'ambiguità (e l'elenco potrebbe essere ancora lungo) sono considerati spesso modi di sentire poco consoni; sono, in realtà, le chiavi stesse della sopravvivenza, in qualunque età della vita.

LA VECCHIAIA

È indubitabile che negli ultimi anni, nell'ambito del nostro contesto sociale, molte cose che hanno a che fare con la vecchiaia siano cambiate: in particolare l'allungamento dell'attesa di vita e la permanenza di una certa prestanza in persone di età avanzata che in altri contesti e in altre epoche erano impensabili.

La vecchiaia stessa si presenta come un fenomeno variegato e multiforme che muta in relazione ai contesti sociali, al sesso, alle storie di vita e ad altri numerosi fattori. Nel tentativo di rappresentare questa variabilità è stata costruita una classificazione per fasce di età. Sono state individuate quattro fasce: dai 65 ai 74 anni, gli *young old*, i "giovani vecchi"; dai 75 agli 84 anni gli *old old*, i "vecchi vecchi"; dagli 85 ai 100 anni gli *oldest old*, i "vecchi più vecchi"; oltre i cento anni, gli *over century*, gli "ultracentenari" (Cesa Bianchi e Cristini, 2009).

È evidente che se all'elemento "fascia di età" si collega il fattore "salute", le caratteristiche della vecchiaia mutano. Senza quindi negare la rilevanza dell'elemento biologi-

co/fisiologico e la sua influenza sul processo di invecchiamento, si può affermare che è possibile affrontare la vecchiaia in modo creativo, a patto di rompere con i pregiudizi.

"Le ricerche condotte negli ultimi decenni in psicogerontologia e le recenti scoperte neuro-scientifiche hanno consentito di superare il preconceito che definiva il processo di invecchiamento caratterizzato unicamente da irreversibile declino, perdite, deprivazioni e rinunce... I pregiudizi connotano persone e situazioni e rischiano di condizionare, di inibire le capacità dell'anziano che diventa inconsapevolmente come il contesto lo vuole" (Cesa Bianchi e Cristini, 2009). Partendo dall'assunto che il problema principale della vecchiaia sia l'idea che ne abbiamo, per affrontarla in modo nuovo è necessario trasformarla traendo ispirazione dalle parole di James Hillman: *"Alla mente piacciono le idee. Ne chiede di fresche (...) La mente si tiene occupata rigirando le idee (...) Le nostre idee sulla vecchiaia hanno bisogno di essere sostituite"* (Hillman, 2000).

Partendo da questa convinzione è nata un'attività, rivolta a persone fra i 50 e i 70 anni, per consentire loro di affrontare il disagio che l'invecchiamento genera, legittimarla ed avviare una sorta di "lifting" delle idee.³

Le domande attorno a cui ruota la realizzazione di questo 'lifting' sono:

- a) che cosa può rendere la vecchiaia o, per meglio dire, il processo di invecchiamento, un'esperienza vitale, creativa e originale?
- b) in che modo l'aspetto creativo coesiste e convive con la consapevolezza della perdita?

L'essere anziani, l'invecchiare, può diventare una scelta, per quanto riguarda il modo.

Prova ne è che la nostra epoca cerca addirittura di annullare la vecchiaia con una serie nutrita di pratiche e comportamenti. Alcuni di questi ultimi sono: la negazione (sono ancora giovane); il mascheramento (mi difendo meglio dei

¹ Siamo, in qualche misura, diventati macchine, come paventava un antico saggio cinese. "Mentre Chuang-Tzu stava viaggiando attraverso le regioni a nord del fiume Han, vide un vecchio che stava lavorando al suo orto. Il vecchio aveva scavato un canaletto per l'irrigazione. L'uomo scendeva nel pozzo, prendeva con le sue braccia un vaso pieno d'acqua e poi lo versava nel canaletto; a fronte di una fatica notevolissima, il vecchio otteneva risultati molto miseri. Allora Chuang disse: "Esiste un modo che vi permetterebbe di irrigare un centinaio di canaletti in un solo giorno, mettendovi in condizione di ottenere molto con poco sforzo. Non vi piacerebbe conoscerlo?" Al che il vecchio ortolano lo guardò e disse: "E quale sarebbe questo modo?" Il saggio replicò: "Prendete una leva di legno, leggera sul davanti e appesantita sulla parte posteriore. In questo modo potrà portare su tanta di quell'acqua che finirà con l'andare fuori. Questo marchingegno si chiama pompa da pozzo". Al che il vecchio ortolano, rabbuiato, disse: "Ho sentito dire da molti saggi che chiunque usi le macchine fa tutto il suo lavoro come una macchina (...) Non è che io non conosca questi aggeggi; il fatto è che mi vergogno ad usarli".

² Per tutti basti ricordare due grandi dell'antichità: Cicerone e Seneca, mentre nel presente riteniamo James Hillman un punto di riferimento ineludibile.

³ Dal volantino di proposta de L'età sterza: "... È un gruppo che si rivolge a tutti coloro che, in particolare fra i 50 e i 70 anni, cominciano a percepire di essere avviati verso l'invecchiamento, con lo scopo di intervenire sulla mente anziché sul corpo, favorendo una sorta di "lifting delle idee...". L'esperienza condotta nella prima edizione, svoltasi nell'autunno del 2011, ha confermato l'utilità e l'efficacia della proposta. ... L'obiettivo del gruppo, condotto da Licia Riva, formatrice e counsellor, e da Gualtiero Castelli, counsellor, è quello di supportare i partecipanti ad individuare strategie individuali per vivere al meglio la fase di vita che si colloca al termine della capacità riproduttiva, alla fine del lavoro, al crescere della percezione della decadenza fisica, in una parola: la vecchiaia prossima ventura. La metodologia proposta si avvale del gruppo come strumento e tramite per il lavoro di confronto e di riflessione sulle esperienze individuali dei partecipanti".

giovani); la distrazione (finché posso sono quello di sempre). Essi danno vita a scelte quali il ricorso alla chirurgia plastica, la ricerca esasperata di un'apparenza che aiuti a non mostrare l'età che avanza, il perseguimento o il mantenimento ad oltranza di stili di vita "giovanili" e così via. Questi sono alcuni dei modi per tentare di evitare di affrontare il processo d'invecchiamento, ma ce ne sono di alternativi per cercare di attraversarlo positivamente.

Il modo da prediligere e da proporre, a mio parere, è: vivere la vecchiaia come *una* delle variegata e multiformi stagioni della vita, prendendola, come le altre, con serietà e allegria.

L'attività di gruppo *L'età sterza* ha confermato che è possibile scegliere il modo di invecchiare.

Questa prima esperienza di gruppo ha coinvolto otto persone in un lavoro comune, condotto da due counsellor, che si è sviluppato nel corso di dieci incontri, di un paio d'ore ciascuno⁴.

La metodologia, tipicamente di un counselling con approccio sistemico, ha teso ad accompagnare ciascuno alla scoperta delle proprie risorse, in modo da arricchire la propria visione della vecchiaia confrontandola con quella degli altri partecipanti al gruppo di sviluppo personale. Questo processo ha reso il gruppo una sorta di "incubatore" di nuove ipotesi progettuali, dando spazio alla creatività e alla contaminazione. La dimensione dell'imprevedibilità, che poteva alimentare il timore di un futuro in declino, si è aperta su nuove prospettive.

L'INCONTRO FRA LA CURA DI SÉ E L'ESSERE OGGETTO DI CURA

Quell'attitudine, tipicamente vitale, ad adattarsi, inventando modalità originali al mutare dei contesti e/o delle risorse possedute, rischia di essere messa in scacco da un "senso comune" che semplicemente rifiuta l'evoluzione delle forme di vita, riconoscendone solo due aspetti che sono speculari: la pienezza della maturità e il vuoto della vecchiaia. In questo quadro la vecchiaia, deprivata e segnata dall'inabilità, al culmine della perdita, diventa un "oggetto" di cura.

Se il soggetto non si è "allenato" ad invecchiare, si porrà più facilmente nella posizione reificata che il bisogno di accudimento sembra richiederli.

Se nei confronti dell'età che avanza abbiamo girato il capo verso un passato, reso ancora più desiderabile e positi-

vo proprio per il fatto di essere "passato", sarà molto difficile che progrediamo insieme al tempo.

Senza dubbio, in ogni fase della vita ciascuno di noi è anche il risultato di ciò che è stato in precedenza; la capacità di prendersi cura di sé, in relazione all'invecchiamento, passa dalla consapevolezza dell'esperienza che si sta vivendo, dalla capacità di assumersi la responsabilità di contenere i propri sentimenti negativi per fare spazio anche a quelli positivi. L'aver intrapreso un simile percorso di consapevolezza è probabile che possa generare una differente modalità di affrontare non solo le situazioni più aspre di deprivazione, quando queste si manifestano, ma anche la loro prospettiva.

Tenere insieme il sentimento di disagio legato alla perdita e quello gioioso legato alle scoperte possibili è un esercizio di crescita non facile ma entusiasmante che ha bisogno d'aiuto, innanzitutto da se stessi, in secondo luogo dalla creazione di un contesto (il gruppo) che legittimi questa visione, ancora poco condivisa.

È possibile che coloro che hanno intrapreso questo cammino di consapevolezza e di scoperta domani possano essere interlocutori differenti per il lavoro di cura.

Fra gli operatori e i geriatri, ove si sia venuto affermando l'approccio delle "capacità residue", questa proposta potrà suscitare qualche interesse.

È opportuno sottolineare che essa può essere utile non solo per auspicare un differente atteggiamento da parte dei propri utenti e pazienti, ma anche per sollecitare gli stessi operatori a farsi carico del proprio processo di invecchiamento.

L'ipotesi di lavoro che desidero proporre con questo articolo nasce dalla convinzione che tutti noi abbiamo bisogno di imparare ad invecchiare: questa è una "competenza" che ciascuno di noi deve impegnarsi ad acquisire perché è ben diverso occuparsi dell'invecchiamento altrui piuttosto che affrontare il proprio.⁵

BIBLIOGRAFIA

Cesa Bianchi M, Cristini C. Vecchio sarà lei! Muoversi, pensare, comunicare. Alfredo Guida Editore Napoli 2009.

Hillman J. La forza del carattere, Adelphi Editore, 2000.

Pievani T. Exaptation: la biologia dell'imprevedibile. In: Barbetta P, Capraro M, Pievani T. (a cura di) Sotto il velo della normalità, Meltemi Editore, 2008.

⁴ L'attività, realizzata a Milano presso il Centro Panta Rei, era ed è aperta a tutti coloro che sono interessati.

⁵ Questo articolo è nato dall'esperienza condotta, ma anche dal costante confronto con il collega con il quale è stata ideata e gestita: Gualtiero Castelli che ringrazio.

Infermieri, anziani e tecnologia: un triangolo che rotola bene?

Mauro Colombo

Istituto Geriatrico "Camillo Golgi" e "Fondazione Golgi Cenci", Abbiategrasso (MI)

"Stile... è leggerezza nello sforzo"

Questa definizione di Erri De Luca – presa da "I pesci non chiudono gli occhi" (2011) – potrebbe sintetizzare bene le aspettative degli infermieri nei confronti della tecnologia dedicata alla loro professione. In particolare, l'articolo che qui cercherò di condensare si intitola "L'invecchiamento nella forza-lavoro infermieristica e la tecnologia", scritto da Diane Mahoney, docente alla facoltà di scienze infermieristiche a Charlestown, nel Maryland e pubblicato su "Gerontechnology" (2011;10(1):13-25). Il contenuto è, data la provenienza, "targato" USA, ma sarebbe interessante un confronto con la situazione italiana.

La sintesi dell'articolo può venire strutturata in alcune sezioni, sia pure non coincidenti con la sequenza originale.

IL PARADOSSO DELLO SQUILIBRIO DOMANDA/OFFERTA

A livello mondiale, gli infermieri costituiscono la risorsa sanitaria più diffusa, contando circa 13 milioni di professionisti. Negli Stati Uniti d'America, gli infermieri sono i più importanti prestatori di aiuto per gli anziani: dotati di ampia autonomia ed investiti di compiti assai vasti e delicati – compresi ambiti prescrittivi – rappresentano una garanzia per la crescente popolazione geriatrica e per i soggetti più fragili, anche socialmente. Dal 1975, gli infermieri statunitensi possono acquisire una specializzazione in geriatria: un simile ruolo è fonte di reciproca soddisfazione, per assistiti ed assistenti. Attualmente il rapporto numerico specifico tra utenti (di qualunque età) ed operatori è di poco superiore a 100:1, ma il "baby boom" rischia di destabilizzare la situazione. L'età media

degli infermieri negli Stati Uniti è di 47 anni (come in Svezia): se all'inizio degli anni '80 metà di costoro aveva meno di 34 anni, nel 2008 altrettanti avevano compiuto i 50 anni. Ciò comporta che metà della "forza lavoro" infermieristica nell'arco di 5 anni avrà raggiunto i 56 anni, che negli USA individuano l'inizio della età pensionabile per tale categoria.

IL PARADOSSO DIDATTICO

Il paradosso demografico/assistenziale va di pari passo con un paradosso formativo. Negli USA, per gli studenti infermieri è in atto un calo nella offerta universitaria a più livelli. Gli infermieri docenti invecchiano; a fronte dell'aumento delle aspettative da parte degli allievi, vi è la consapevolezza di una distanza crescente tra didattica e pratica clinica anche riguardo alle nuove opportunità offerte dalle tecnologie; non crescono invece gli stipendi dei docenti.

Lo squilibrio tra invecchiamento della generazione dei "baby boomers" e contrazione dell'offerta infermieristica rischia di creare la "tempesta perfetta" di uno "tsunami geriatrico", anche per la scarsa visibilità della figura dell'infermiere nelle offerte di servizi, che pure vedono proprio tale professione al centro di progetti assistenziali. La tecnologia può venire potentemente in soccorso alla formazione, sia facilitando il compito per gli insegnanti più anziani, per esempio mediante la formazione a distanza, che stimolando i discenti più giovani, consueti alle sempre crescenti opportunità offerte dalla realtà virtuale. L'impiego della tecnologia nella didattica può soddisfare anche le richieste sempre crescenti degli studenti, che si aspettano risposte in tempo reale senza soluzione di continuità.

LE DIFFICOLTÀ DI UNA PROFESSIONE

Vanno poi presi in considerazione i problemi intrinseci alla professione, che si trova collocata al 3° posto tra i 10 lavori più usuranti/rischiosi. In particolare, l'incidenza della lombalgia (15%) risulta più alta del 3% rispetto ad altri lavori, e cresce con l'età. Pertanto circa 1 infermiere su 7 abbandona la professione proprio a causa della lombalgia. Da qua, la elaborazione di linee guida sulla movimentazione manuale dei carichi, a partire dal 1981, ove viene anche individuata in 16 kg la soglia tollerabile. Da allora, le iniziative formative si sono moltiplicate, anche grazie alla rete telematica, ove alcune pubblicazioni sono liberamente accessibili. Parallelamente, molte organizzazioni stanno cercando, anche se spesso in modo poco organizzato, di trattenere le infermiere più esperte, modificandone gli adempimenti lavorativi, anche come figure di appoggio per le colleghe più giovani neo-assunte. Cresce tra gli amministratori la consapevolezza della varietà nei motivi di insoddisfazione professionale tra gli infermieri infra65enni. Viceversa, proprio la crisi economica sembra costituire uno dei fattori che trattengono molte persone dall'abbandonare il lavoro, quando non addirittura a riprenderlo: 3 infermieri su 5 proseguono il lavoro almeno fino ai 62 anni, età corrispondente a quella di pensionamento "precoce", nel sistema di sicurezza sociale statunitense.

ASPETTATIVE E REMORE NEI CONFRONTI DELLA TECNOLOGIA; LE PROSPETTIVE DELLA RICERCA

L'Accademia Infermieristica Americana ha condotto una indagine su oltre 1000 persone operative presso 200 unità ospedaliere per acuti. Ne sono emerse 8 aree in cui la tecnologia può venire in supporto alle attività infermieristiche quotidiane, in ambito medico-chirurgico: ammissione, dimissione, trasferimenti; coordinamento dell'assistenza; somministrazione delle cure; comunicazione; documentazione; medicazioni; movimentazione dei pazienti; forniture. Per esempio, una "camera intelligente" potrebbe presentare le informazioni salienti sul paziente che vi si trova degente, facilitando il passaggio delle consegne, con la conseguenza anche di aumentare la sicurezza; i codici a barre, adottati in 1/4 dei no-

socomi, possono ridurre gli errori nella somministrazione delle terapie (come fu suggerito proprio da un infermiere). Una recente indagine sulle opinioni circa il sistema dei codici a barre per la gestione delle terapie testimonia l'attenzione degli infermieri per migliorare gli strumenti tecnologici disponibili per loro. La gestione del paziente dimesso dall'ospedale è un settore particolarmente critico, posto che quasi 1 beneficiario di Medicare su 5 viene ri-ospedalizzato entro 1 mese, che il 90% di tali ri-ammissioni non è prevista, e che manca un programma di controlli in metà dei casi: ne risulta un costo annuo di 17,4 miliardi di \$ USA (stime del 2004). Viceversa, un programma di controlli infermieristici post-dimissione si è dimostrato capace di ridurre i costi umani ed economici, in anziani ospedalizzati per insufficienza emodinamica, migliorandone a breve termine qualità di vita e soddisfazione, abbattendo sensibilmente le nuove ospedalizzazioni, in una ricerca clinica controllata condotta a Philadelphia nell'arco di 1 anno. Un programma, sostenuto da infermieri appositamente formati, di coinvolgimento attivo del paziente si è dimostrato capace di ridurre le ri-ospedalizzazioni a 6 mesi in circa 750 ultra75enni coinvolti in una ricerca clinica controllata, nel Colorado, portando anche a risparmi di quasi 500 \$ USA pro-capite. La tecnologia per l'assistenza a distanza può ridurre il tempo usato nei trasferimenti, aumentando il numero degli assistibili, ed offrendo valide opportunità di lavoro per infermieri esperti ma non più in grado di affrontare le fatiche ed i ritmi dei turni consueti. Recentemente sono state emanate linee-guida per la tele-assistenza, favorita dalla riforma sanitaria statunitense, anche con il contributo di importanti aziende informatiche. Un obiettivo esplicito della riforma sanitaria consiste nel passare da un sistema "a silos" ad uno dove le cure per acuti, a lungo termine e riabilitative operino "in rete", anche col concorso della tecnologia. In prospettiva, la ricerca, coinvolgendo attivamente figure infermieristiche, punta a sistemi robotizzati capaci di "leggere" e supportare l'ambiente anche in termini emotivi, interagendo vocalmente, anche mediante infermieri "in linea". Per essere davvero utile, però, quest'ultima deve essere realmente "intelligente", evitando sprechi di tempo e frustrazioni. Il caso di una banale chiamata su di un sistema di allerta è esemplificativo: la tecnologia deve risolvere problemi di "semantica" per assegnare una priorità tra una reale situazione di allarme in atto, ed una indicazione di batteria scarica. Parimenti, le segnalazioni di interferenza farmaco-terapeutica hanno imposto una revisione, in modo che venissero se-

segnalate solo interazioni realmente pericolose, pena lo spegnimento del sistema di allarme. La taratura dei sistemi di monitoraggio in ambito residenziale e/o domiciliare deve venire effettuata in modo accurato, se si vuole evitare un innesco ripetuto di allarmi, magari interrompendo altre importanti pratiche assistenziali, in caso di una levata notturna per una fisiologica minzione, conclusasi felicemente col rientro della persona sorvegliata nel proprio letto. La "intelligenza" dei sistemi di teleassistenza deve trasformare una *congerie* di singoli dati sparsi sui parametri vitali in forme aggregate, rapidamente ed utilmente interpretabili: un grafico di tendenza condensa informazioni fisiologiche in un quadro sintetico immediatamente intellegibile, laddove una mera sequenza di risultati di tele-monitoraggio può trascendere in un impegno di tempo soverchiante, col rischio di non cogliere un passaggio-chiave.

Il superamento di problemi e limiti come quelli prima segnalati potrà tornare vantaggioso anche per un settore in rapidissima espansione negli USA: quello delle con-

sulenze "al dettaglio", arrivato ai 50 milioni di visite annue, a supporto di una utenza sottoservita dal sistema delle cure primarie, con sollievo della pressione sui dipartimenti di emergenza. Non va trascurato il fatto che tale modalità di assistenza, logisticamente marginale rispetto ai "luoghi della cura" più tradizionali, sta raccogliendo l'attenzione anche di grandi agenzie assicurative statunitensi, come Medicare e Medicaid.

In sintesi, gli infermieri sono ben disposti verso la tecnologia, a patto che quest'ultima serva a curare meglio i pazienti, e non sia fine a se stessa, o peggio, che sia quest'ultima ad abbisognare delle loro cure. Gli infermieri si sentono frustrati dalle incombenze burocratiche: vorrebbero che la tecnologia non si limitasse ad archiviare dati (da introdurre magari ripetutamente), ma integrasse e restituisse informazioni in modo da far risaltare elementi rilevanti, gerarchicamente disposti in modo da facilitare i processi decisionali. In sostanza, gli infermieri chiedono più tempo e risorse per curare i pazienti, non le dotazioni tecnologiche.

