

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno XII - N. 3
Settembre 2014
TRIMESTRALE

3/2014

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




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

SOMMARIO

Organo ufficiale della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:Renzo Bagarolo, 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@gruppic.it

Area pubblicitàPatrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:Lungotevere Michelangelo, 9 - 00192 Roma
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688
E-mail: info@gruppic.it
Sito web: www.gruppic.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 indir-
izzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di ottobre 2014

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) in-
formiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i da-
ti 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 riservatez-
za. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai cedu-
ti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai pro-
pri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi con-
trattuali (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 can-
cellazione, 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'esper-
ienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagi-
ni 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 considera-
re eventuali richieste di aventi diritto.La massima cura possibile è stata prestata per la corretta in-
dicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel te-
sto, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli
schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate
dal Ministero della Salute.

© Copyright 2014



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

L'assistenza agli anziani nelle regioni italiane

Nicola Ferrara, 4

QUADRO DI RIFERIMENTOApprendere la medicina degli anziani: solo una questione di
tecniche?

Marco Trabucchi, 6

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

L'assistenza infermieristica notturna

Luisa Saiani, Alvisa Palese, Anna Brugnoli, 9

MATERIALI DI LAVORO

Sugli effetti del parlare e del fare degli operatori geriatrici

Pietro Vigorelli, 14

Le traiettorie dal lavoro alla pensione: mutamenti istituzionali
e conseguenze per il benessere individuale

Daniele Zaccaria, 17

ESPERIENZE

Il Centro Diurno Alzheimer "Le Civette" Firenze

Guido Gori, Patrizia Brandini, Maristella Piccininni, Paolo Pizzolo,
Francesca Rosati, Neri Zini, 22**SPUNTI DI DIBATTITO**

Il medico di guardia notturna nelle RSA: un'opportunità?

Antonino Frustaglia, Ginetto Carlo Zuccarelli, 27

L'assistenza agli anziani nelle regioni italiane

Nicola Ferrara

*Ordinario di Geriatria e Direttore della Scuola di Specializzazione in Geriatria Università degli Studi di Napoli "Federico II"
Presidente Eletto della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria*

Il tema che mi accingo ad approfondire in questo breve editoriale sicuramente meriterebbe una trattazione più ampia, a più voci, attesa la complessità dell'"assistenza agli anziani" che dalla Riforma Sanitaria del 1978 a oggi ha conosciuto approcci diversi, articolati regione per regione, spesso con soluzioni estremamente diversificate e contraddittorie che vanno dalla negazione della specificità del "pianeta" anziano allo sviluppo di reti assistenziali articolate che hanno individuato la necessità di un approccio specifico per l'assistenza agli anziani: dalle acuzie alle cure domiciliari passando per setting assistenziali riabilitativi e residenziali. La riforma del titolo V della Costituzione del 2001, riconoscendo autonomia e responsabilità (in effetti, più autonomia che responsabilità) agli Enti locali, ha dato alle Regioni sempre più competenze (la più importante era proprio la gestione della Sanità) accentuando il carattere regionale del Servizio Sanitario Nazionale appena attenuato dall'elaborazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea) che sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, definiti per la prima volta con il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001. Tale impostazione politica e culturale, pur rispondendo alla giusta richiesta di autonomia e federalismo dei territori, ha ulteriormente aggravato, per quanto attiene l'assistenza agli anziani, le diversità regionali. Tali diversità non sono comprese da molti cittadini che vivono questa ineguaglianza come una vera discriminazione e dagli stessi operatori che, partendo dall'osservazione che le prestazioni sanitarie appropriate sono fondate su evidenze scientifiche e approcci razionali, non capiscono come ci possano essere impostazioni e modelli organizzativi così differenziati. A mio parere, l'intesa sancita il 10 luglio 2014 tra il Governo,

le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 va letta non solo come uno strumento finalizzato a migliorare la qualità dei servizi e a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, ma anche come un mezzo per cercare di garantire l'unitarietà del sistema e un minimo di omogeneità. Molti colleghi hanno giustamente criticato l'assenza nel Patto per la salute di riferimenti all'assistenza agli anziani chiari e puntuali, tuttavia una lettura attenta ci permette di affermare che temi direttamente o indirettamente d'interesse geriatrico sono presenti e possono rappresentare lo spunto per un impegno delle Società Scientifiche come la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, l'Associazione Italiana di Psicogeriatrics, l'Associazione Geriatrici Extraospedalieri, ecc. affinché questi temi siano valorizzati nell'applicazione regionale. In particolare, i temi della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio (comma 2 art. 3), l'individuazione dei criteri di appropriatezza nell'utilizzo dei vari setting riabilitativi (comma 3 art. 3), l'umanizzazione delle cure (art. 4), l'organizzazione degli ospedali di comunità (comma 17 art. 5), la gestione della cronicità (comma 21 art. 5), l'assistenza e l'integrazione socio-sanitaria (art. 6) e le problematiche della ricerca sanitaria (art. 20), dell'assistenza farmaceutica (art. 23), dell'*Health Technology Assessment* (art. 27) devono vedere le società scientifiche, e la parte più attiva di tali società, protagoniste nella necessaria dialettica per l'applicazione del Patto. Il processo di regionalizzazione dell'assistenza, assieme alle differenze che esistono tra le regioni italiane in termini di sviluppo economico, tradizioni culturali e crescita dei servizi, ha sicuramente prodotto disuguaglianze nell'accesso ai servizi, in particolare per gli anziani non autosufficienti; ciò è abilmente sottolineato ed evidenziato dall'annuale rap-

porto Network Non Autosufficienza (NNA) promosso dall'INRCA di Ancona che suggerisce che in Italia sia più adeguato parlare di "sistemi" per la cura degli anziani, piuttosto che di "sistema". Il suddetto Rapporto NNA, grazie all'utilizzo dello strumento della *cluster analysis*, ha individuato diversi modelli, frutto di diverse scelte regionali, di intervento e di implementazione per l'assistenza agli anziani, facendo emergere l'assenza di un modello nazionale di sostegno alla non autosufficienza con importanti discrepanze tra le differenti aree del Paese. Ad esempio in Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta è presente un modello di residenzialità avanzata accompagnato da un'offerta comunale dei servizi di sostegno socio-assistenziale, mentre l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia Giulia e il Veneto hanno sviluppato un modello con elevata intensità assistenziale con la maggiore percentuale di anziani beneficiari di servizi di assistenza continuativa. Il modello del *cash-for-care* caratterizza, invece, regioni come l'Abruzzo, la Calabria, la Campania e la Sardegna con un elevato tasso di beneficiari dell'indennità di accompagnamento e una rete residenziale scarsamente sviluppata. Un modello a media intensità assistenziale, con un utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) lievemente inferiore rispetto alla media nazionale, si caratterizza per un maggiore orientamento *cash-for-care* in Basilicata, Lazio, Marche, Puglia e Toscana e per un maggiore uti-

lizzo della residenzialità in Liguria, Lombardia e Piemonte. Infine, un modello a bassa intensità assistenziale è caratteristico di Molise e Sicilia, con uno scarso utilizzo della residenzialità. Peculiare è il comportamento dell'Umbria, che si distingue per essere un caso speciale e solitario, dove è presente un'elevata diffusione delle indennità di accompagnamento (il 19.5% degli over 65enni), un recente e repentino incremento del numero di assistiti in ADI e una scarsa offerta dei servizi residenziali e di SAD.

L'analisi dei dati demografici di comune e diffusa conoscenza che indicano come l'Italia sia già oggi tra i Paesi più vecchi del mondo con oltre il 20% degli ultra-65enni con la previsione di superare il 32% nel 2043 (previsioni ISTAT) e la realtà clinico-epidemiologica dei Paesi industrializzati, e in particolare del nostro Paese, caratterizzata da un drammatico incremento della prevalenza di malattie ad andamento cronico, spesso associate e causa frequente di disabilità, rendono indispensabile sia specifiche capacità cliniche e gestionali, sia soluzioni organizzative innovative, in grado di coniugare appropriatezza, economicità e ampia diffusione territoriale. Partendo da queste considerazioni, un ruolo centrale lo devono giocare le Società scientifiche che, superando i particolarismi, debbono creare le condizioni culturali, scientifiche e politiche affinché tutte le Regioni affrontino i temi dell'assistenza all'anziano, della cronicità e della disabilità con una visione unitaria della problematica.

Apprendere la medicina degli anziani: solo una questione di tecniche?

Marco Trabucchi

Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Unità di Roma Tor Vergata e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

La domanda retorica posta a titolo di questo articolo indica l'importanza che la formazione dei medici dediti all'assistenza all'anziano sia aperta a valenze che comprendono l'insieme dei bisogni della persona. Si potrebbe dire che il metro di paragone deve essere la valutazione multidimensionale, una tecnica con precise regole, la quale indica al medico l'insieme dei suoi compiti di cura, che devono essere multidimensionali, in risposta a bisogni non segmentabili e complessi. L'assessment geriatrico deve essere considerato il quadro di riferimento per l'istruzione dei medici, perché raggruppa tutti gli ambiti di attenzione: da quello biologico, a quello clinico, psicologico, sociale. Peraltro il modello geriatrico – se ben praticato – dovrebbe improntare la formazione di tutti i medici, qualsiasi sia l'età dei pazienti che sono loro affidati, con ricadute utili per ogni intervento di cura. Si può affermare che non vi sono nella formazione barriere di età, ma che uno stesso metodo – derivato dalla cultura della complessità e del rispetto delle fragilità – se adattato alle specifiche condizioni cliniche, porta a risultati di rilievo per la salute dei cittadini.

La crescita molto veloce delle problematiche demografiche ed epidemiologiche, avvenuta negli ultimi decenni, ha lasciato troppo poco tempo alla cultura medica, ma anche in altri ambiti del sapere, come la sociologia, l'economia, la scienza dell'organizzazione, l'antropologia, ecc. – per elaborare risposte adeguate, che fungono da guida dell'agire sociale. Ovviamente questa situazione di crisi si è riflessa sui contenuti della formazione in ambito medico, ancora legata alle tradizionali visioni, incentrate esclusivamente sulle problematiche biologiche, sulla malattia di un solo organo, per patologie di breve durata che non incidono sull'essere nel mondo dell'individuo. Oggi la realtà clinica è completamente diversa, perché caratterizzata da polipatologia, da uno stretto rapporto tra malattie e disabilità,

dalla presenza di fragilità, dal coinvolgimento forte della famiglia e dell'ambiente di vita, dalle difficoltà organizzative dei sistemi sanitari, in particolare per quanto riguarda la possibilità di garantire una realistica continuità delle cure nel tempo. È quindi necessario un reale, profondo cambiamento, una progettualità radicalmente innovativa, alla quale sono chiamate le menti migliori delle nostre scuole di medicina, qualsiasi sia l'area di specifica competenza.

La formazione garantisce un'adeguata qualità delle cure in qualsiasi contesto. Vi sono però ambiti nei quali assume un ruolo più incisivo, in particolare nelle aree caratterizzate da forti innovazioni, spesso critiche rispetto ai contenuti del passato, come molte in ambito geriatrico. La formazione assume così anche un ruolo di "protezione" rispetto agli stress indotti dalla professione, perché permette di affrontarne gli aspetti più delicati, con autonomia culturale ed operativa. L'assistenza all'anziano richiede competenze specifiche, che sono in continua evoluzione, e che oggi si ispirano ad una visione del processo di invecchiamento e delle malattie croniche profondamente diversa da quella del passato anche recente, quando si riteneva che il fluire degli anni comportasse necessariamente eventi di perdita. Una formazione adeguata costituisce il punto di partenza perché il medico acquisisca certezze positive rispetto al proprio lavoro; l'esperienza conferma che è l'antidoto più efficace alle crisi che sempre compaiono nel corso di esperienze lavorative complesse e pesanti, come quelle che caratterizzano la clinica e l'assistenza del paziente anziano fragile. Certamente entrano in gioco anche altri fattori, quali la struttura psicologica, la formazione culturale generale, l'appartenenza a specifiche correnti culturali; però la formazione e lo studio continuo sono lo strumento che più di tutti garantisce uno "scudo protettivo".

QUADRO DI RIFERIMENTO

Nell'ambito delle problematiche formative trovano uno spazio centrale quelle rivolte allo sviluppo della relazione tra medico e paziente. È strutturale all'atto di cura; non si tratta di un aspetto facoltativo, che può essere o meno messo in atto, a seconda della "disponibilità" della persona. Non esiste cura, per quanto moderna e raffinata, che diventi efficace al di fuori di un intenso rapporto di vicinanza e comunicazione. La capacità relazionale è parte integrante della prestazione sanitaria, che è fatta di atti tecnici, il cui veicolo è la relazione. Per questa ragione è importante che l'educazione alla relazione non venga collocata tra gli insegnamenti di rilevanza etica, quasi vi fosse una separazione metodologica rispetto al resto delle nozioni trasmesse. La formazione geriatrica – oltre che quelli di metodo – deve avere precisi aspetti di contenuto, perché le condizioni di sofferenza con le quali ogni operatore sanitario farà i conti sono molte e diverse. Alla base deve esservi il concetto – evidente, ma non per tutti – di separare l'invecchiamento "normale" dalle malattie che si sviluppano in tarda età. In questo modo si formano idee più chiare sulle possibilità concrete di agire sul piano terapeutico, senza trascuratezze motivate dall'apparente ineluttabilità della condizione di malattia. È importante dare al giovane studente informazioni precise e approfondite sull'ambito biologico, clinico, psicologico, relazionale, sociale, evitando che confonda i diversi piani; deve essere formato all'autonomia delle scienze, ma, allo stesso tempo, alla costruzione di punti di contatto, di interazioni positive e negative, di possibilità di intervento a più facce. Quando il tema è la qualità della vita della persona anziana affetta da malattie croniche il messaggio chiaro deve insistere sull'autonomia clinica delle patologie dei vari organi e apparati, per poi costruire un modello che ne analizzi le ricadute singole o interagenti sulle dinamiche vitali.

Talvolta le sedi formali della formazione dei medici e degli altri operatori della salute non dispongono di informazioni tecniche e culturali adeguate e lasciano al singolo il compito di auto formarsi. Il fatto che il risultato sia spesso positivo non giustifica la mancanza di attenzione alle potenzialità di una più adeguata struttura dell'insegnamento; molto, infatti, potrebbe essere ottenuto da medici e operatori intelligenti e disponibili se fossero più adeguatamente preparati alla cura delle persone fragili, affette da malattie croniche. Si deve anche ricordare che nel prossimo futuro l'attuale numero di specializzati e specializzandi in geriatria sarà insufficiente. Come diffondere ad un

maggior numero di professionisti modelli di cura efficaci resta ancora un ambito da approfondire, soprattutto per quanto riguarda settori in rapido cambiamento, che richiedono continui aggiornamenti sul piano nosografico, diagnostico e terapeutico.

Una particolare attenzione deve essere dedicata alla formazione postlaurea dei giovani specialisti, area delicata per la costruzione delle cure del prossimo futuro. In particolare si è sottolineata la necessità della formazione interdisciplinare fin dall'inizio della specializzazione, insieme all'inserimento in gruppi di lavoro nei quali cultura scientifica ed esperienza si coniugano con l'entusiasmo per la specificità del metodo e dei risultati. Inoltre, si deve trasmettere ai giovani in formazione che il compito del medico assume anche valenze più ampie di quelle strettamente legate alla modificazione di parametri fisiopatologici: dalla *leadership* dell'*équipe* curante, all'organizzazione delle attività cliniche nei vari luoghi delle cure, all'attenzione ai familiari, alla deframmentazione della presa in carico, ecc. Non è sempre un compito educativo facile; preconditione necessaria per il successo è la costruzione di basi culturali e scientifiche non banali, che dimostrino l'importanza di questi atteggiamenti, non come interventi di integrazione "umanitaria" o "sociale", ma come fondamenti strutturali per modificare la condizione di malattia dell'anziano fragile. Tra queste un ruolo particolare hanno l'apertura mentale all'innovazione (si ricordi la frase di Robert Kane: "Noi geriatri dobbiamo adottare uno spirito collettivo di intolleranza creativa verso lo *status quo* dell'assistenza alle malattie croniche dell'anziano"); il fondamento della prassi su interventi di bassa e alta tecnologia, senza classifiche di importanza teorica, ma solo di efficacia; l'impegno a definire i risultati di qualsiasi atto di cura, indipendentemente dalla sua dimensione; il rispetto del progresso scientifico come motore della cura; la responsabilità verso l'insieme del sistema delle cure, senza ridurre i problemi clinico-assistenziali ai loro aspetti economici. Infine l'orgoglio per un impegno difficile, ma di altissimo significato clinico, umano, civile.

Recentemente alcune facoltà di medicina hanno annunciato di voler impostare il corso di laurea su insegnamenti condotti in lingua inglese. Apparentemente l'innovazione ha grande significato, perché sembra collocare il nostro Paese nella logica delle grandi istituzioni formative e culturali a livello internazionale. Però è necessario mettere in luce alcuni aspetti critici, per evitare che la dimensione "estetica" o "politica" di que-

ste scelte prevalga su una lettura realistica dei vantaggi che tale impostazione del corso di medicina può raggiungere.

Infatti, da un lato non vi è dubbio che lo studiare in lingua inglese la parte del corso di medicina dedicata alle basi biologiche del sapere (dalla genetica, alla biologia molecolare, alla fisiologia, ecc.) ottiene un duplice risultato: allena lo studente ad apprendere le informazioni necessarie alla sua formazione, andando direttamente alla fonte delle informazioni stesse, nella lingua inglese che è il linguaggio *standard* della scienza medico-biologica contemporanea. In questo modo il giovane impara a confrontarsi con i problemi, sviluppando il proprio spirito critico e quindi abbandonando ogni tentazione di provincialismo culturale. D'altra parte lo studio apre al giovane un mondo senza frontiere, perché lo espone ai dibattiti culturali e scientifici di livello planetario, utilissimi anche per la formazione clinica (nonché per l'eventuale mobilità professionale).

Anche lo studio della parte tecnologica della medicina può (deve) essere fatto in lingua inglese, perché la dimensione del rapporto con il paziente è limitata, mentre prevalgono gli aspetti legati all'utilizzazione delle tecnologie, che sono per definizione prodotti di un'industria internazionale che si organizza ed esprime nella lingua appunto dell'internazionalizzazione. Quindi per quanto riguarda le materie chirurgiche e quelle legate alle tecnologie di *imaging* e interventistiche l'insegnamento in lingua inglese è di grande utilità al fine di permettere scambi a tutti i livelli tra gli utilizzatori e tra questi e le aziende produttrici. In questo modo si formano medici moderni, che agiscono senza problemi a livello internazionale, scambiando informazioni in molte direzioni, che offrono la possibilità di un continuo miglioramento dell'attività clinica.

Un atteggiamento del tutto diverso deve essere assunto, invece, per quanto riguarda gli insegnamenti dell'area clinica medica. Lo statuto culturale di questi insegnamenti è caratterizzato da una forte innovazione sul piano scientifico, che in questi anni è stata vorticoso, anche se forse meno accentuata rispetto a quella delle aree della diagnosi e della chirurgia. Questa, però, deve essere accompagnata dall'esigenza di un'elevata capacità di comprensione della vita del paziente in senso complessivo (il cosiddetto "mondo reale", sempre caratterizzato da una multidimensionalità del bisogno). Pensare quindi di strutturare in lingua inglese anche questa parte del curriculum degli studi medici potrebbe indurre ad una disattenzio-

ne (prima culturale, e poi anche pratica) verso i problemi della persona ammalata, che – soprattutto se colpita da una malattia cronica – è immersa nei problemi della sua malattia, fino ad arrivare ad un'identificazione di fatto tra i ritmi vitali personali e le esigenze imposte dalla patologia. In questi casi l'apprendere le problematiche cliniche in una lingua della realtà permette al futuro medico di essere fin dall'inizio legato alle dinamiche di ogni giorno del suo paziente. Inoltre, in questo modo traduce il linguaggio della scienza medica in un insieme di dati che vengono trasmessi alla persona bisognosa di cure per diventare atti concreti nei diversi ambiti dove si esercita la medicina, con uno sguardo sempre aperto anche alla famiglia e agli altri luoghi di vita. L'insieme di queste osservazioni permette di affermare che un'impostazione radicalmente innovativa rispetto al passato del curriculum degli studi dovrebbe prevedere l'uso contemporaneo dell'italiano e dell'inglese, in momenti diversi e specifici. Si arriverebbe così a creare medici realmente del nostro tempo, che è caratterizzato da enormi progressi tecnologici, ma anche da grandi bisogni, che si esprimono in una sofferenza spesso di lunga durata, che si deve saper comprendere e interpretare utilizzando gli strumenti anche linguistici per una vicinanza fattiva ed intensa.

Le considerazioni di questo breve scritto permettono di affermare che la formazione alla cura delle persone anziane è certamente una questione di tecniche, ma che queste devono essere utilizzate in un quadro di attenzione alle diverse e complesse dinamiche di una vita lunga. Senza dicotomie, ma con la coscienza che la salute a tutte le età, ed in particolare in quelle avanzate, è il prodotto di molti fattori, che vanno appresi – dai medici di tutte le età, ma in particolare dai giovani in formazione – con la stessa cura e attenzione che si riservano agli aspetti tecnologici.

Per concludere, nulla rappresenta meglio la posizione di chi scrive queste note nei riguardi dei pazienti che la fotografia pubblicata sul *British Medical Journal* del 2 agosto '14, nella quale un gruppo di chirurghi cinesi si inchina reverente in sala operatoria di fronte alla salma di una giovane che aveva deciso di donare fegato e reni. I cittadini ammalati, tanto più sono fragili, tanta maggiore reverenza meritano da parte dei medici che di loro si curano: riassumono infatti la nobiltà di un impegno che ha richiesto fatica e sacrificio per difenderne la dignità, qualsiasi siano le condizioni di salute e di vita.

L'assistenza infermieristica notturna

Luisa Saiani¹, Alvisa Palese², Anna Brugnolli¹

¹Docenti di Scienze Infermieristiche, Università di Verona

²Docente di Scienze Infermieristiche, Università di Udine

L'assistenza infermieristica notturna differisce da quella diurna per la finalità primaria di creare un ambiente, ospedaliero o di residenza sanitaria che favorisca il sonno, il comfort, la tranquillità e il riposo dell'assistito; dal punto di vista assistenziale ha anche lo scopo di garantire la continuità delle cure necessarie, la vigilanza e la sicurezza.

La notte in ospedale e nelle strutture residenziali non è stata molto studiata, né dal punto di vista dei pazienti né da quello degli infermieri: è un tema poco esplorato, anche in Italia, forse perché è diffusa la convinzione che la notte implichi per lo più un lavoro blando di sorveglianza dei pazienti e non impegni particolarmente il personale infermieristico.

Le tematiche più dibattute sull'assistenza notturna riguardano le attività assistenziali ed organizzative, i giri di sorveglianza, il vissuto degli infermieri, l'intensità delle chiamate dei pazienti e la loro percezione dell'assistenza durante la notte.

Questo contributo propone una riflessione su queste tematiche, evidenziandone aspetti problematici e opportunità.

LE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE NOTTURNE

Le attività notturne sono distinte in attività assistenziali programmate e non programmate, a cui si aggiungono attività a valenza soprattutto organizzativa non sempre di pertinenza infermieristica.

Di notte le attività programmate garantite spesso in tutte le strutture, si svolgono prevalentemente a inizio e fine turno e prevedono la somministrazione delle terapie, il posizionamento e la soddisfazione dei bisogni di comfort dei pazienti, la rilevazione dei parametri tra cui il dolore. Queste attività sono di norma definite da protocolli operativi e possono essere integrate da altre attività in relazione alle ne-

cessità del contesto: ad esempio, nei reparti chirurgici il controllo dei pazienti operati, nelle terapie intensive, dove non ci sono differenze tra giorno e notte, il controllo dei parametri del ventilatore (1). Le attività non programmate sono svolte prevalentemente nella parte centrale del turno notturno, su chiamata o in risposta ai bisogni specifici dei pazienti non sempre prevedibili. Le attività più frequenti riguardano: la gestione di un'urgenza, come ad esempio una crisi dispnoica, un'emorragia o un'ipoglicemia; la gestione del dolore, dell'agitazione, dell'insonnia, una caduta; il controllo di una pompa di infusione; l'interazione con i pazienti che esprimono paura, sconforto, o un bisogno di relazione e vicinanza. Accompagnare l'assistito in bagno appare dai dati di letteratura come l'attività più frequente: in particolare, gli anziani di notte possono avere difficoltà perché la luce è soffusa, si sentono incerti o disorientati per effetto dei sedativi o dell'affaticamento, fattori che possono esporre a rischio di caduta (2, 3).

Oltre alle attività di assistenza diretta, sono svolte attività di carattere organizzativo come il controllo della documentazione clinica del paziente, il controllo periodico dei farmaci, il riordino, la predisposizione di materiali e dell'ambiente. Queste ultime attività sono oggetto di dibattito negli ultimi anni: quando gli infermieri sono sovraccaricati di attività organizzative notturne, rischiano di compromettere la qualità assistenziale richiesta da pazienti a crescente complessità clinica. La tendenza ad appesantire il lavoro notturno con attività organizzative, comprese quelle che di norma non riescono a essere svolte durante il giorno, nasce da una credenza del passato, che a volte oggi tuttora persiste: il mito delle notti inattive, o a basso carico di lavoro, è basato sui dati raccolti (4), in cui si documentava che l'inattività degli infermieri poteva raggiungere il 40% durante il turno notturno. Studi più recenti (5) condotti in ospedali per acuti, hanno evidenziato, invece, che la

notte sta diventando sempre più simile al giorno: ad esempio, la tendenza a estendere le sedute chirurgiche fino a tarda serata per ottimizzare le risorse, richiede durante la notte un'assistenza post-operatoria intensiva. Per questi motivi gli intervalli di inattività stanno scomparendo e la tradizionale concezione di attività assistenziale notturna come prevalentemente 'inattiva' e a bassa intensità deve essere rivista. L'intensità dell'assistenza erogata di notte è determinata dalle condizioni cliniche dei pazienti e dal loro bisogno di assistenza, e può variare molto da una notte all'altra, anche nello stesso reparto (6).

LA SORVEGLIANZA DURANTE L'ASSISTENZA NOTTURNA

Durante il giorno gli operatori sono frequentemente presenti nelle stanze e quindi possono garantire una sorveglianza continua; inoltre, gli assistiti si sostengono gli uni con gli altri, ricevono visite e quindi sono parte attiva della sorveglianza. Durante la notte, questo reciproco sostegno viene meno e la sorveglianza infermieristica deve essere più organizzata, regolare e intensa.

La sorveglianza è uno stato di vigile attenzione, di massima prontezza di azione, sia fisica sia psicologica, di abilità nell'individuare e reagire al pericolo.

Meyer e Lavin (7) considerano la sorveglianza infermieristica l'essenza del prendersi cura, un'attività intellettuale, scientifica ed esperienziale che si fonda sull'attenzione verso l'altro e l'identificazione di osservazioni/segnali/indizi clinicamente rilevanti. Una sorveglianza di qualità elevata gioca un ruolo determinante nel garantire la sicurezza dei pazienti, ma spesso se ne riconosce l'importanza da parte di pazienti e operatori, solo quando non è garantita o è carente.

La capacità di osservare i pazienti, cogliere e interpretare segnali di cambiamento o aggravamento, stimare in anticipo il rischio, monitorare e vigilare, è considerata una delle competenze più sofisticate degli infermieri esperti: per raggiungere questo livello sono necessari molta esperienza e intuito.

La sorveglianza può essere proattiva o reattiva; proattiva, quando ad esempio il paziente è spostato in una stanza vicino alla consolle infermieristica per poterlo osservare con continuità; reattiva, quando si risponde a una chiamata del paziente o del suo caregiver.

Pur essendo un'attività fondamentalmente cognitiva, la sorveglianza si concretizza nei cosiddetti "giri" infermieristici, che appartengono alla tradizione del turno notturno. Il giro infermieristico è un'attività strutturata, intenzionale e pianificata che ha l'obiettivo di anticipare e valutare i bisogni assistenziali dei pazienti. Solitamente, il primo "giro", chiamato anche "giro notte", si effettua dopo la consegna, quando i pazienti sono ancora svegli: gli infermieri conoscono i nuovi ricoverati, valutano la loro complessità e criticità; programmano l'intensità della sorveglianza notturna e la frequenza dei controlli; scambiano informazioni con il paziente e/o i familiari; rispondono a bisogni di comfort, posizionano i pazienti, controllano i segni vitali, i device e le terapie. Assicurano inoltre l'ambiente e la sicurezza, mettendo a disposizione il campanello. I successivi giri assicurano una valutazione e la frequenza viene via via modulata sulla base delle specifiche esigenze cliniche dei pazienti e della percezione di rischio che di essi hanno gli infermieri.

Rispetto alla frequenza dei giri Meade et al. (5) hanno sperimentato in più ospedali un giro dei pazienti ogni una o due ore, dimostrandone l'efficacia nella riduzione del numero di chiamate, nell'aumento della soddisfazione del paziente e della sicurezza misurata con il numero di cadute.

IL LAVORO NOTTURNO: IL VISSUTO DEGLI INFERMIERI

Il lavoro notturno mette alla prova la maggior parte degli infermieri: esso ha un impatto sulla dimensione professionale, sulla vita sociale e di relazione, sulla salute.

Lavorare di notte può essere difficile: affrontare pazienti instabili, critici o particolarmente complessi, espone a un'elevata tensione emotiva; la valutazione di quando una situazione può essere considerata "normale", o indizio di aggravamento clinico e quindi richiede l'intervento del medico, è vissuta dagli infermieri come una decisione impegnativa e di grande responsabilità.

Durante la notte assume particolare rilevanza l'ascolto dei rumori, ad esempio un rumore respiratorio, e i lamenti che durante il giorno sono meno evidenti tra i tanti rumori legati alle attività e alla maggiore presenza di personale, familiari, visitatori: senza luce, nella penombra, anche i problemi possono as-

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

sumere una dimensione più drammatica e rendere più difficili le decisioni. Mentre di giorno tutto è più accessibile come ad esempio eseguire un elettrocardiogramma e ottenere un'immediata lettura, durante la notte tutto appare più complesso. Se si è chiamati dallo stesso paziente più volte durante una stessa notte, il rischio di sottovalutare il problema è più elevato per la stanchezza, e la fisiologica riduzione dell'attenzione, soprattutto nelle prime ore dell'alba.

Gli infermieri, tuttavia, riconoscono che lavorare di notte ha anche aspetti positivi: la possibilità di lavorare senza troppe interruzioni, imparare a decidere da soli, avere il tempo per parlare e conoscere i pazienti. Inoltre, ritengono che il lavoro notturno offra maggiori opportunità di esperienza e di sviluppo della propria competenza. Di notte, gli infermieri gestiscono esigenze e imprevisti del paziente in modo autonomo; devono riflettere e reagire a situazioni critiche e decidere come gestire i problemi. Questi aspetti sono importanti per accrescere l'autostima e compensano gli effetti negativi del turno notturno (8, 9).

La responsabilità che ne deriva è vissuta come stimolante e motivante, ma anche come fonte di preoccupazione, soprattutto quando sono in turno con medici inesperti o non collaborativi, o con colleghi novizi.

Le paure riferite più frequentemente dagli infermieri durante il turno notturno sono il verificarsi di eventi gravi e di non essere in grado di gestirli: trovare un paziente deceduto o che uno o più pazienti cadano. Riferiscono inoltre un vissuto di solitudine e di fatica fisica e la difficoltà a integrare i turni notturni con le attività extra-lavorative. Numerosi studi hanno rilevato implicazioni socio-culturali negative del lavoro notturno sugli stessi infermieri, sulle loro famiglie e sulla rete sociale (1, 10).

Anche le condizioni ambientali si modificano durante la notte: luci abbassate e silenzio favoriscono il riposo dei pazienti, ma nello stesso tempo creano condizioni di lavoro più disagiate per gli infermieri. La medicina del lavoro da anni si occupa dell'impatto sulla salute del lavoro notturno: può determinare mal di testa, perdita di peso, affaticamento, alterazioni e disturbi del sonno, alterazione del ciclo mestruale, problemi gastrointestinali, ipertensione, iperglicemia, aumento dei livelli di colesterolo LDL e riduzione del colesterolo HDL. Gli effetti psicologici

negativi sono lo stress, l'agitazione, la svogliatezza, la necessità di assumere farmaci sedativi, la perdita di attenzione, l'irritabilità, gli squilibri nutrizionali e la depressione (11).

La responsabilità che ne deriva è vissuta come stimolante e motivante, ma anche come fonte di preoccupazione, soprattutto quando gli infermieri sono in turno con medici inesperti o non collaborativi o con colleghi giovani e inesperti (12).

L'ASSISTENZA NOTTURNA: LA PERCEZIONE DEI PAZIENTI

Vari studi sulla qualità del sonno in ospedale evidenziano che i pazienti che a casa riferivano di dormire bene manifestano disturbi del sonno quando sono ricoverati in ospedale e, una buona parte di loro è insoddisfatta del riposo notturno. I pazienti in ospedale riferiscono soprattutto "la frammentazione del sonno" dovuta a problemi relativi al proprio stato di salute, al rumore generato dalle attività assistenziali, al disturbo arrecato da altri pazienti, alle interruzioni del sonno per le attività assistenziali e ad altri fattori ambientali come luce, temperatura, odori (13). La privazione di sonno ha effetti sul sistema immunitario, sulla guarigione delle ferite, sulla funzione cognitiva, sui livelli di stress e sull'affaticamento (14).

I disturbi del sonno nella popolazione anziana meritano una particolare attenzione per la loro alta prevalenza, complessità e implicazioni sulla salute sia nei contesti ospedalieri sia residenziali. Gli anziani hanno un sonno più leggero: sono più sensibili all'ambiente esterno, sono più legati alle proprie abitudini e percepiscono il cambiamento prodotto dall'ospedalizzazione o istituzionalizzazione più dirompente (15, 16). I problemi clinici che frequentemente contribuiscono a tali disturbi nell'anziano sono il dolore, le parestesie, la tosse e la dispnea notturna, il reflusso gastroesofageo e la nicturia. Alcune malattie come ad esempio il Morbo di Parkinson e la demenza sono associate ai problemi del sonno. Alcuni farmaci assunti frequentemente dagli anziani, ad esempio i diuretici, se somministrati in orari serali possono disturbare la regolarità del sonno (14).

Chi soffre d'insonnia per un problema fisico o una preoccupazione, conosce bene quali e quante emozioni attiva la notte. Tuttavia, a casa propria, la possibilità di muoversi, di impegnare il tempo leggendo,

scrivendo o pensando, riduce l'impatto o la percezione della durata della notte. In ospedale o nelle strutture residenziali, la libertà di gestire la "propria notte" è limitata: la lettura notturna non è consentita ai pazienti in camere doppie o triple; la possibilità di guardare la televisione altrettanto, come pure quella di muoversi. Provare dolore, avere paura, essere preoccupati per l'intervento chirurgico; provare disperazione o solitudine perché la famiglia è lontana, o perché è stata appena comunicata una diagnosi con una prognosi incerta o infausta, sono problemi che di notte tendono a ingigantirsi e ad assumere toni drammatici, mentre, durante il giorno le continue attività tengono impegnati e distraggono (12).

PROPOSTE PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA NOTTURNA

L'assistenza notturna ha una sua specificità e rilevanza: di notte è crescente l'intensità del lavoro e il carico di responsabilità assunto dagli infermieri. Per queste ragioni, va concentrata l'attenzione del *management* e della ricerca, per assicurare maggior qualità e sicurezza alle persone assistite, ma anche condizioni di lavoro favorevoli per gli infermieri.

Gli infermieri di notte sono sempre più affiancati da operatori di supporto, prevalentemente in sostituzione più che ad integrazione del *team*. Certamente sono numerose le attività di assistenza di base che possono essere loro affidate, ma altrettanto numerose sono quelle che richiedono competenze professionali e di giudizio clinico che non possono essere loro demandate.

Ciò che accomuna tutte le notti, indipendentemente dal tipo di struttura, è la loro complessità che suggerisce estrema prudenza nell'eccessiva riduzione del personale di assistenza. Inoltre, è necessario proteggere la notte da attività improprie perché già faticosa, ma anche per aiutare gli infermieri a concentrare la loro attenzione sulla sorveglianza dei pazienti e, in particolare, sui pazienti confusi o disorientati.

In accordo a quanto già documentato (11), si propongono di seguito alcune raccomandazioni per garantire la qualità dell'assistenza notturna:

- Pianificare il lavoro notturno evitando di concentrare a fine turno attività assistenziali che richiedo-

no maggior attenzione e precisione (come i prelievi, o preparazione di farmaci) e ridurre le attività che comportano rischi (ad es. prelievi, fleboclisi), ma anche quelle faticose e senza alcun impatto clinico (come ad es. le attività organizzative).

- Ridurre le attività non assistenziali e di riordino (ad es. controllo della terapia, trascrizioni provette, registrazione esami), soprattutto se rumorose o se richiedono molta attenzione.
- Concordare nell'ambito del *team* la frequenza dei giri notturni, e su quali pazienti devono essere intensificati.
- Garantire a pazienti confusi, agitati o con declino cognitivo, quando possibile, la presenza del *care-giver*, al quale dovrebbe essere garantito il comfort necessario (sdraio, accesso alla cucina,...) durante la notte.
- In accordo con il personale medico, ridurre le terapie notturne e distribuirle in orari che non interrompano il sonno dei pazienti.
- Attivare strategie di integrazione con i medici per facilitare la migliore presa di decisione anche durante la notte.
- Garantire sempre la presenza di un infermiere esperto nel *team* di operatori del turno notturno.
- Valorizzare il lavoro notturno e definire un rapporto di operatori adeguato alla complessità clinica dei pazienti.
- Promuovere l'esperienza notturna nei percorsi di formazione, individuando nella capacità di sorveglianza obiettivi specifici di apprendimento.
- Tenere presente nella progettazione degli ospedali la necessità di:
 - a) concentrare gli spazi per facilitare la vigilanza attiva;
 - b) ridurre i rumori evitabili (tecnologie e calzature del personale più silenziose) e l'illuminazione quando non necessaria;
 - c) ridurre la fatica degli infermieri: ad esempio, disponendo di monitor collegati con la console infermieristica per la sorveglianza dei pazienti critici.

BIBLIOGRAFIA

1. Oléni M, Johansson P, Fridlund B. Nursing care at night: an evaluation using the Night Nursing Care Instrument. *J Adv Nurs*. 2004;47:25-32.

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

- Nilsson K, Campbell AM, Andersson EP. Night nursing, Staff working experiences. *Bio Med Central Nursing* 2008;7(13).
- Tamburri LM, Di Brienza R, Zozula R, Redeker NS. Nocturnal care interactions with patients in critical care units. *Am J Crit Care*. 2004;13:102-13.
- Kemp J. Nursing at night. *J Adv Nurs*. 1984;9:217-23.
- Meade CM, Bursell AL, Ketelsen L. Effects of nursing rounds on patients. Call Light Use, Satisfaction, and Safety. *Am J Nurs*. 2006;106:58-70.
- Galli E, Ermolli S, Lepore C, Minerdi G, Viaretti S, Dalponte A. L'intensità dell'assistenza durante la notte tra attività pianificate e non pianificate: studio descrittivo. *Assist Inferm Ric*. 2013;32:5-12.
- Meyer G, Lavin MA. Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2005;10 (3).
- Palese A, Petean M, Ceme D. Unexpected deaths in medical wards during night shifts: a narrative analysis of nursing experiences. *J Clin Nurs*. 2014 Sep;23(17-18):2599-608.
- Nasrabadi AN, Seif H, Latifi M, Rasoolzadeh N, Emami A. Night shift work experiences among Iranian nurses: a qualitative study. *Int Nurs Rev*. 2009;56:498-503.
- Berman-Brown R, Brooks L. The temporal landscape of night nursing. *J Adv Nurs*. 2002;39: 384-90.
- Saiari L, Brugnolli A, Ghitti MG, Martin S, Rinaldi N, Zanini L. L'assistenza infermieristica durante la notte: revisione narrativa della letteratura. *Assist Inferm Ric*. 2010;29:132-139.
- Palese A, Saiari L. Quanto lunga e difficile è la notte in ospedale. *Assist Inferm Ric*. 2010;29: 2-4.
- Tranmer JE, Minard J, Fox LA, Rebelo L. The sleep experience of medical and surgical patients. *Clin Nurs Res*. 2003;12:159-73.
- Brugnolli A. Riposo, sonno e assistenza notturna. Cap 13 in Saiari L, Brugnolli A. *Trattato di cure infermieristiche*. Napoli: Idelson Gnocchi 2013.
- Upenieks VV, Kotlerman J, Akhavan J, Esser J, Ngo MJ. Assessing nursing staffing ratios: variability in workload intensity. *Policy Polit Nurs Pract*. 2007;7:237-39.
- Bernstam EV, Panchen KK, Johnson CM, Johnson TR, Thomas E, Turley JP. Reason for after-hours calls by hospital floor nurses to on-call physicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33:342-49.

Sugli effetti del parlare e del fare degli operatori geriatrici

Pietro Vigorelli

Gruppo Anchise, Milano

Misuro la pressione, cambio un pannolone, estraggo un numero della tombola: sono gesti tanto quotidiani che l'operatore compie in modo automatico. Il medico, l'operatore socio-sanitario, l'animatore, sono abituati a guardare immediatamente al risultato. Al medico interessa conoscere i valori della pressione arteriosa del suo paziente, all'operatore interessa che l'anziano sia pulito e asciutto, all'animatore interessa che ci sia un clima lieto e giocoso. Questi gesti non producono solo risultati immediatamente evidenti, ma producono anche effetti meno evidenti ma che sono altrettanto importanti. Lo stesso fenomeno succede con il parlare: l'operatore è abituato a svolgere le proprie mansioni accompagnando i gesti con le parole in modo spontaneo, senza rendersi conto che non solo i gesti, ma anche le parole producono effetti che vanno oltre l'esecuzione del compito programmato.

In questo articolo metto a fuoco proprio questi effetti, che potremmo definire, nascosti, per rendere l'operatore più consapevole e per evitare che le conseguenze dei gesti di cura siano lasciate al caso o si ritorcano contro l'operatore stesso.

A scopo didattico suddivido questi effetti in varie categorie, pur sapendo che nella pratica non sono così nettamente distinguibili fra di loro e che talvolta si sovrappongono: effetti comportamentali, conversazionali, comunicativi, relazionali, emotivi e terapeutici o "dementigeni".

EFFETTI COMPORTAMENTALI

Marco è un anziano con emiparesi destra, lo sto aiutando a vestirsi.

Si possono presentare diversi scenari.

Nel primo scenario comincio a infilargli la manica destra poi la manica sinistra.

Nel secondo scenario mi fermo davanti a lui mostrando la camicia e aspetto una sua reazione.

La differenza tra i due scenari è piccola ma rilevante. Nel primo caso io sono attivo e l'anziano resta passivo; nel secondo caso io mi pongo in un atteggiamento di disponibilità e di attesa che favorisce la comparsa di un comportamento attivo dell'anziano. Anche di fronte ai disturbi psicologici e comportamentali associati alla demenza (BPSD) ho imparato a rendermi conto che i comportamenti patologici non nascono casualmente, ma sono la risposta (effetto) di quello che succede nell'ambiente, spesso sono una conseguenza di quello che io ho detto o fatto. Tornando all'esempio di Marco, l'Approccio Capacitante® vede nel primo scenario il disconoscimento della competenza a contrattare e a decidere, nel secondo scenario invece questa competenza viene riconosciuta (1): Marco sceglie di porgere il braccio sano, il sinistro, poi l'operatore gli spiega la situazione e contratta con lui di infilare prima l'arto pararetico, il destro.

EFFETTI CONVERSAZIONALI

Buongiorno signora Giovanna.

Queste semplici parole non sono solo un saluto, ma producono anche un effetto conversazionale, sono cioè in grado di favorire la produzione di altre parole da parte della signora Giovanna. Se dopo averla salutata io resto in silenzio e in attesa, lei prenderà spontaneamente la parola. Si tratta di una legge generale della conversazione, l'alternanza dei turni di parola, per la quale il silenzio di un parlante al termine del suo parlare favorisce l'emergere della parola da parte dell'altro interlocutore. Un aspetto interessante di questa legge generale è che essa mantiene la sua validità anche con le persone affette da demenza. In effetti, il mo-

MATERIALI DI LAVORO

do più semplice per favorire l'emergere della parola da parte delle persone affette da demenza non consiste nella stimolazione e nel fare domande, atteggiamenti che spesso provocano chiusura e opposizione, ma nel pronunciare poche parole con tono pacato, poi tacere e restare in attesa. Per chi non ha ancora provato a farlo sarà una piacevole sorpresa scoprire che persone affette da demenza abitualmente mutaciche riprendono a parlare. L'approccio capacitante ha mutuato dal Conversazionalismo di Giampaolo Lai (2) alcune tecniche conversazionali che sono risultate adatte per tenere viva la competenza a parlare anche nelle persone con disturbi di linguaggio e di memoria, in particolare la tecnica di *Non fare domande* e quella di *Restituire il motivo narrativo* (3).

EFFETTI COMUNICATIVI

Entro frettolosamente nella camera di Paola e ritiro la tazza della colazione senza dire nulla, convinto di avere svolto il compito dovuto (ritirare la tazza) in modo neutro ed efficiente, senza comunicare nulla. Non è vero. Come ci ha insegnato la pragmatica della comunicazione (4) *Non si può non comunicare*. Nel caso descritto l'operatore che entra e esce dalla stanza senza dire nulla a Paola, in realtà ha comunicato, ha lanciato dei messaggi importanti: *per me è come se tu non esistessi, tu mi sei indifferente*. Si potrebbe dire che l'operatore ha effettuato un disriconoscimento, esattamente l'opposto di quanto propone l'approccio capacitante, cioè offrire alla persona, momento per momento, il riconoscimento che lui esiste, che per noi è importante e che gli siamo accanto.

L'approccio capacitante, inoltre, propone di offrire alla persona con deficit cognitivi anche il riconoscimento della sua competenza a comunicare, così come la persona effettivamente fa, nel momento in cui lo fa. Il problema non consiste tanto nel fatto che la persona affetta da demenza non sia capace di comunicare quanto nel fatto che noi operatori non siamo capaci di riconoscere ciò che ci vuole comunicare e la sua competenza a comunicare.

EFFETTI RELAZIONALI

Gaetano è una persona affetta da demenza che partecipa ad un colloquio terapeutico con cadenza quindi-

cinale (terapia del riconoscimento). Ogni volta si dimentica quello che ha detto nella seduta precedente e tende a ripetersi. Il suo decadimento mnemonico ha cancellato tutto? No. Gaetano dimentica i contenuti di quanto è stato detto, ma ricorda la situazione e torna volentieri al colloquio perché ricorda il piacere di essere stato accolto così com'è e di essersi sentito riconosciuto come interlocutore valido e come persona dotata di competenze. Questo tipo di approccio contrasta quella che Tom Kitwood chiama Psicologia Sociale Maligna (5, 6). Incontro dopo incontro, si stabilisce un clima di fiducia e si costruisce una relazione, nel caso di Gaetano una relazione capacitante. Dobbiamo sempre ricordare che quando parliamo e interagiamo con un'altra persona, oltre che parlare e agire noi stiamo costruendo una relazione. Quando sono vicino a un anziano con deficit cognitivo mi rendo conto che in ogni momento sto costruendo una relazione e che le mie parole, i miei gesti non hanno solo effetti che si esauriscono nel momento presente, ma producono anche effetti che durano nel tempo, proprio perché modellano il tipo di relazione. Qualche volta si ha l'impressione che fermarsi un minuto a parlare con un anziano sia tempo perso, invece è un investimento importante che darà risultati nel tempo, positivi o negativi a seconda di come gli incontri, le parole e i gesti hanno influito nel costruire la relazione. Gli interventi basati sul riconoscimento lasciano una traccia positiva ed è per questo motivo che l'approccio capacitante propone di restituire all'anziano con deficit cognitivo il riconoscimento delle sue competenze elementari (competenza a parlare, a comunicare, competenza emotiva, a contrattare, a decidere), così come lui le esprime, in ogni occasione.

EFFETTI EMOTIVI

Alice non reagisce mentre le faccio le spugnature al letto, non partecipa, sembra indifferente. Anche se l'anziano oggetto di cura sembra indifferente, preferisco pensare che provi emozioni e credo che sia più corretto prendere atto che l'anziano in quel momento non le esprima. Ritengo, infatti, che anche l'altro, come succede a me stesso, abbia sempre una risposta emotiva a quanto gli succede intorno, tanto o poco importante che sia. Provare emozioni è una costante della vita, così come il respirare. Le mie parole e i

miei gesti, oltre che suscitare altre parole e gesti da parte dell'interlocutore, suscitano anche delle emozioni. Feil (7) ha basato la sua *Validation Therapy* sulla comprensione delle emozioni dei grandi anziani disorientati. Il Metodo *Validation* propone di accettare le persone per quello che sono e aiuta a comprendere le ragioni che determinano il loro comportamento. Dal punto di vista dell'approccio capacitante offrire alla persona affetta da demenza il riconoscimento della sua competenza emotiva costituisce un intervento terapeutico e favorisce una *Convivenza sufficientemente felice* tra chi assiste e chi è assistito (8).

EFFETTI TERAPEUTICI O "DEMENTIGENI"

Marco, Giovanna, Paola, Gaetano e Alice sono cinque persone con deficit cognitivo. Il loro cervello è alterato a causa dei depositi di amiloide, dei grovigli neurofibrillari e delle placche senili che ne impediscono il corretto funzionamento. L'operatore mentre presta la sua attività di cura non può influire sulla malattia e sulle alterazioni cerebrali che sono all'origine dei deficit. I casi descritti però testimoniano come le parole e il comportamento dell'operatore non sono ininfluenti, ma possono modificare l'ambiente in senso capacitante o incapacitante. Gli interventi che vanno nel senso del disconoscimento favoriscono la Psicologia Sociale Maligna e sono "dementigeni", fanno cioè risaltare i deficit cognitivi. Se è vero che l'operatore non può modificare le alterazioni anatomiche e funzionali del cervello del paziente è anche vero che l'operatore può modificare le sue *performance* cognitive imparando a scegliere parole e gesti che vadano nel senso del riconoscimento delle sue competenze elementari. Tutti gli operatori possono diventare terapeuti, nel senso

americano del termine, possono cioè influire positivamente sul benessere delle persone che assistono.

CONCLUSIONE

Riflettere sugli effetti di quello che diciamo e che facciamo durante la normale attività di cura, aumenta la nostra consapevolezza. Se diventiamo più consapevoli, se impariamo cioè a riconoscere gli effetti comportamentali, conversazionali, comunicativi, relazionali, emotivi, terapeutici o "dementigeni" del nostro operare, potremo scegliere meglio *che cosa* dire e *che cosa* fare e, soprattutto, *come* parlare e *come* operare nell'attività assistenziale di tutti i giorni per favorire una *Convivenza sufficientemente felice* tra operatori e anziani con deficit cognitivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Vigorelli P. L'Approccio Capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer. Franco Angeli, Milano, 2011.
2. Lai G. Conversazionalismo. Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
3. Vigorelli P. (a cura di) La conversazione possibile con il malato Alzheimer. Franco Angeli, Milano, 2004.
4. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatic of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes. W.W. Norton, New York, 1967. Tr. it. Pragmatica della comunicazione umana. Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1971.
5. Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Open University Press, Buckingham, 1997.
6. Bissolo G, Fazzi L, Gianelli MV. Relazioni di cura. Introduzione alla Psicologia sociale maligna. CarocciFaber, Roma, 2009.
7. Feil N. Validation. Il metodo Feil. Ed. it. a cura di V. de Klerk-Rubin. Minerva Edizioni, Bologna, 2003.
8. Vigorelli P. Aria nuova nelle Case per Anziani. Progetti capacitanti. Franco Angeli, Milano, 2012.

Le traiettorie dal lavoro alla pensione: mutamenti istituzionali e conseguenze per il benessere individuale

Daniele Zaccaria

Fondazione Golgi Cenci
Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università di Milano Bicocca

Le transizioni da una fase all'altra del tipico modello di corso di vita (scuola-lavoro-pensione) rappresentano uno dei temi maggiormente indagati dalle scienze sociali. L'approccio sociologico al corso di vita in particolare si pone l'obiettivo di analizzare i mutamenti indotti dalla crescita continua di eterogeneità delle traiettorie di vita individuali e di sottolineare l'associazione tra cambiamenti a livello macro e conseguenze a livello micro, sempre tenendo in conto l'interdipendenza tra i diversi episodi di vita (1). Al tempo stesso questo approccio necessita di una prospettiva che sconfini anche in altre discipline, per comprendere a pieno il processo di mutamento. Il processo di transizione dal lavoro alla pensione ben rappresenta questa esigenza: il passaggio alla vita inattiva richiede una prospettiva in grado di interpretare gli esiti individuali del cambiamento di stato per gli aspetti riguardanti ad esempio le conseguenze economiche, fisiche, psicologiche come risultato della relazione tra contesto sociale e benessere individuale, ovvero come prodotto dell'interrelazione tra vite individuali e il mutamento istituzionale.

Nel presente contributo si presenteranno sinteticamente gli elementi chiave di alcuni approcci sociologici che sono stati in grado di cogliere gli aspetti salienti del processo di abbandono della vita attiva, sia dal punto di vista macro che micro, e verranno inoltre discussi i mutamenti più significativi intervenuti negli ultimi decenni. Infine si discuteranno gli esiti più significativi per il benessere individuale della transizione al pensionamento.

IL PENSIONAMENTO COME ISTITUZIONE SOCIALE

Dalla fine del XIX secolo si è affermata in tutti i paesi industrializzati l'idea che i lavoratori non possano rimanere nel mercato del lavoro troppo a lungo in età avanzata e che sia necessario un intervento istituzionalizzato in grado di garantire il benessere socio-economico anche dopo la fine della carriera lavorativa. Il progressivo sviluppo di programmi di pensionamento ha reso l'uscita definitiva dalla vita attiva in età avanzata socialmente accettata. Attraverso le norme relative alle età di uscita verso la pensione per la prima volta si definisce istituzionalmente quando e a quali condizioni ogni cittadino possa affidare la propria sussistenza, il proprio benessere al *welfare state*. Con l'implementazione dei sistemi pensionistici si afferma un nuovo diritto, quello al benessere durante la vecchiaia.

Dai primi anni '70 la crisi economica porta alla crescita della disoccupazione, a processi di ristrutturazione industriale e, di conseguenza, all'esubero di forza lavoro. Per fronteggiare l'accresciuta richiesta di copertura dei bisogni sociali molti paesi occidentali introducono la possibilità del pensionamento anticipato rispetto all'età minima prevista dai sistemi pensionistici nazionali per beneficiare della pensione pubblica. Considerato come meccanismo di regolazione della domanda e dell'offerta di lavoro, il pensionamento anticipato istituzionalizzato assume una duplice accezione: da una parte rappresenta un intervento della politica contro il mercato, poiché espande i diritti sociali

come risposta alle fluttuazioni del mercato; dall'altra è anche un intervento a favore del mercato, poiché rende più fluidi e accettati i processi di ristrutturazione economica (2).

L'inattività dopo i 60 anni è divenuta quindi la norma in molti paesi, tra questi in particolar modo l'Italia, dove diverse misure *ad hoc* hanno consentito di sfruttare l'opportunità di diventare pensionati prima del limite *standard*. Bisogna tuttavia sottolineare che allo stesso tempo in questo modo si è avuto un ulteriore rafforzamento delle disuguaglianze sociali, con alcune categorie di lavoratori che hanno beneficiato più di altre di misure appositamente studiate. Basti pensare all'esplosione delle baby pensioni per i dipendenti pubblici che fino ai primi anni '90 consentivano il pensionamento dopo meno di venti anni di carriera, o ai numerosi interventi concordati tra le parti sociali che hanno permesso di ridurre la forza lavoro ultracinquantenne, spesso poco qualificata, contenendo il rischio di disoccupazione.

Dalla fine degli anni '80 tuttavia le pressioni dovute al processo di globalizzazione e all'esigenza di armonizzazione istituzionale richiesta dal percorso di aggregazione europea hanno dato il via a una stagione di riforme volta a restringere i canali di accesso alla pensione anticipata, pur con notevoli differenze tra i paesi europei.

I corsi di vita sono socialmente determinati dai contesti istituzionali: ogni contesto nazionale "filtra" opportunità e rischi sociali attraverso interventi sulla regolazione del lavoro e sulle misure di protezione sociale. Ogni sistema nazionale di *welfare* si caratterizza per le proprie peculiarità, anche se in Europa è possibile identificare degli idealtipi con tendenze comuni nelle strategie di gestione della forza lavoro ultracinquantenne.

Da un lato si trovano quei paesi che hanno continuato a prevedere incentivi al pensionamento per consentire ai lavoratori più anziani in esubero, con profili professionali meno aderenti alle richieste del mercato del lavoro, di terminare la carriera precocemente. Dall'altro invece ci sono paesi che, per fronteggiare la prolungata presenza dei lavoratori nel mercato del lavoro dovuta all'innalzamento dell'età minima pensionabile, hanno adottato politiche di riqualificazione della forza lavoro. Mentre nel primo gruppo si colloca l'Italia, insieme agli altri paesi dell'area mediterranea, nel secondo invece si ritrovano tutti i paesi dell'Europa centro-occidentale, tra

i quali soprattutto i paesi scandinavi hanno avuto il ruolo di precursori delle politiche di prolungamento della vita attiva.

Passando da una visione macro a una più micro, il dibattito tra gli studiosi si è concentrato sulla natura delle transizioni individuali dal lavoro alla pensione alla luce dei mutamenti occorsi negli ultimi tre decenni. Due contrapposizioni tra concetti utilizzati per interpretare l'evoluzione storica dei percorsi verso la pensione risultano particolarmente efficaci per cogliere la natura del mutamento. La prima dicotomia è tra *istituzionalizzazione* e *individualizzazione*: il primo concetto individua il processo che attraverso norme e regole definisce in maniera formale l'organizzazione sociale e temporale del pensionamento; il secondo invece identifica la garanzia per gli individui di un elevato grado di controllo sulle proprie vite e di maggiore libertà nel pianificare la fine della carriera lavorativa. La seconda dicotomia vede contrapposti i concetti di *standardizzazione* e *differenziazione*: nel primo caso si identificano transizioni che risultano uniformi per tutti gli individui, o per categorie di individui, mentre nel secondo si sottolinea la presenza di traiettorie composte da episodi che per ordine e natura differiscono tra un individuo e l'altro, rendendo il pensionamento un'esperienza interpretabile alla luce delle differenti caratteristiche dell'individuo e del contesto istituzionale cui si adattano (3).

Quest'ultimo sembra il concetto più efficace nel cogliere anche quanto avvenuto in Italia in merito alle più recenti novità nel sistema pensionistico. Dai primi anni '90 diverse riforme si sono susseguite per tentare di porre rimedio alla difficile sostenibilità economica del sistema pensionistico. Prima la riforma Dini nel 1992, poi quella Amato nel 1995 furono attuate con l'intento di prolungare la vita attiva stabilendo nuove età minime di transizione lavoro-pensione e soprattutto dando il via al processo di sostituzione del tradizionale sistema pensionistico retributivo con quello contributivo. Piccoli aggiustamenti furono poi introdotti negli anni successivi con le riforme di Prodi nel 1997, Maroni nel 2004 e ancora Prodi nel 2007. Tuttavia, prima della riforma Fornero del 2012, tutti gli interventi attuati furono caratterizzati da un'implementazione delle nuove norme molto diluita nel tempo e, soprattutto, dalla presenza di numerose eccezioni e regole *ad hoc* per alcune categorie di lavoratori. Questa impostazione normati-

va ha fatto sì che i lavoratori anziani, pur avendo a disposizione diverse traiettorie di uscita dal lavoro, dovessero comunque adattarsi al percorso aderente alle loro caratteristiche. Più che individualizzare la transizione alla pensione, il nuovo contesto istituzionale italiano ha differenziato ancor di più che in passato le opportunità di fine carriera, contribuendo però a confermare, se non ad accentuare, l'elevato grado di disuguaglianza tra le diverse categorie di lavoratori. La classica dicotomia tra protetti e non protetti continua a permanere nel mercato del lavoro italiano e si riscontra anche nella parte finale della carriera. A questo si associa un contesto regolativo ed economico del mercato del lavoro che rispetto al passato si sta caratterizzando per una maggiore instabilità anche per i lavoratori ultracinquantenni, fino a pochi anni fa protetti dal rischio di disoccupazione o sottoccupazione.

Questo elemento di novità che dagli anni 2000 ha interessato i mercati del lavoro occidentali, e più recentemente anche quello italiano, deve indurre a porre l'attenzione su quelle che possono essere le conseguenze della transizione al pensionamento sul benessere individuale.

GLI EFFETTI DEL PENSIONAMENTO SUL BENESSERE INDIVIDUALE

Di seguito si presenteranno brevemente alcune evidenze scientifiche riguardanti gli effetti della transizione alla vita inattiva sul benessere individuale, con particolare attenzione alla salute psico-fisica. Si è infatti notato che diventare pensionati comporta spesso una riduzione delle capacità di spesa, anche in Italia dove tuttavia grazie al sistema retributivo si è perseguito per anni il mantenimento dello *status* acquisito durante la vita attiva; più controversi sono i risultati degli studi che hanno analizzato come il diventare pensionati influisca sul declino cognitivo, sui sintomi depressivi e sullo stato di salute fisica.

La transizione dal lavoro alla vita inattiva rappresenta un passaggio cruciale che si ripercuote sugli aspetti sociali e psicologici: il pensionamento da una parte può migliorare il benessere, diminuendo fatica e stress derivanti dal lavoro, dall'altra invece può indurre un peggioramento delle condizioni di salute psichica limitando le reti di relazioni sociali e incidendo sull'identificazione del sé individuale e nella

società poiché, come afferma Sen (4), il lavoro attribuisce riconoscimento sociale.

Alcuni studi hanno sottolineato l'effetto negativo del pensionamento poiché, a causa della diminuzione degli impegni e delle relazioni sociali, porterebbe a un incremento dei livelli di depressione e dei problemi di salute (5-7). Altri studi enfatizzano invece come l'aumento del tempo libero conseguente all'abbandono della carriera, incrementi la possibilità di impegnarsi in nuove attività, di prendersi cura della propria salute, di coltivare i rapporti sociali (8-10). Infine un altro gruppo di studiosi ha sottolineato come non ci sia un effetto significativo del pensionamento sul benessere individuale: secondo la loro tesi, la salute psico-fisica successiva al pensionamento seguirebbe quanto avvenuto nelle fasi precedenti di vita senza mutamenti evidenti durante o dopo il pensionamento, così come il grado di coinvolgimento sociale deriverebbe dalle attitudini personali più che dallo *status* nel mercato del lavoro (11-13).

Tuttavia numerosi tra gli studi che si sono occupati di analizzare le conseguenze del pensionamento soffrono spesso di due elementi di debolezza: dal punto di vista metodologico, le analisi sono spesso state condotte su dati di tipo *cross-sectional*, tralasciando quindi il concetto di percorso di transizione e confondendo quindi elementi antecedenti o endogeni come causali; dal punto di vista sostanziale ci si è concentrati quasi esclusivamente sui lavoratori maschi, non solo trascurando il fatto che grazie all'accresciuta partecipazione femminile al mercato del lavoro anche una quota importante di lavoratrici negli ultimi due decenni ha affrontato l'evento del pensionamento, ma anche tralasciando l'aspetto relazionale del passaggio alla vita inattiva, ovvero la condivisione tra partner, più o meno simultanea, dell'uscita dal lavoro. Un approccio esaustivo invece dovrebbe adottare la prospettiva del corso di vita, considerando i mutamenti di *status* come esito di percorsi di transizione in cui diversi elementi entrano in gioco e le conseguenze individuali sono frutto dell'interdipendenza tra questi.

Un recente lavoro di Mazzonna e Peracchi (14) che segue l'approccio longitudinale, ha analizzato l'impatto del pensionamento sul declino cognitivo, sottolineando anche l'importanza di queste analisi per le scienze economiche e sociali. Il declino cognitivo infatti ha ripercussioni sulle abilità di *decision making* degli individui e, insieme all'istruzione e alle capacità

relazionali e fisiche, rappresenta un elemento essenziale di quel concetto di capitale umano tanto caro ai sociologi. Utilizzando i dati dell'indagine longitudinale internazionale SHARE, Mazzonna e Peracchi misurano l'impatto del percorso di transizione alla pensione sui punteggi ottenuti dagli individui del campione ad alcuni test cognitivi che riguardano l'orientamento nel tempo, la memoria, la fluency verbale e la capacità di calcolo. I risultati, al netto dell'effetto età, dimostrano il declino delle abilità cognitive dopo il pensionamento, confermando le ipotesi degli Autori riguardo a un minor investimento nelle attività di mantenimento delle capacità individuali che necessariamente avviene mentre si affronta l'uscita definitiva dal mercato del lavoro, nonostante si debba tener conto che il livello di istruzione gioca un ruolo chiave nello spiegare l'eterogeneità delle capacità cognitive.

Per quanto riguarda gli effetti del pensionamento sulla salute fisica i risultati sembrano invece ancora molto ambigui. Westerlund et al. (15) hanno analizzato l'impatto del pensionamento sui livelli di fatica e stress e sull'incidenza di malattie croniche nella popolazione francese del GAZEL Study, composta da più di 14.000 individui seguiti nei sette anni precedenti e successivi al pensionamento. Mentre l'abbandono della vita attiva risulta significativamente associato a una diminuzione dei carichi di fatica psico-fisica, nessuna evidenza emerge in merito ad un incremento del rischio di patologie cardiovascolari, respiratorie o del diabete, che sono più che altro associate al fattore età. Moon et al. (16) si sono concentrati sul rischio di patologie cardiovascolari analizzando circa 5000 lavoratori dell'indagine statunitense *Health and Retirement Study*, seguiti per dieci anni dal 1998, distinguendo inoltre tra gli effetti nel primo anno dopo il pensionamento e quelli più a lungo termine. Emerge qui l'associazione significativa tra ritiro dal lavoro e rischio di infarto soprattutto nel primo anno di pensionamento, con un declino invece negli anni successivi. In questo caso però si potrebbe trattare di un effetto causale inverso, ovvero sarebbe l'insorgenza di patologie cardiovascolari a indurre al ritiro dal lavoro e non il contrario. Ancora differenti sono gli esiti delle analisi effettuate da Coe e Zamarro (17) che hanno preso in esame circa 5000 individui coinvolti nelle prime due rilevazioni dell'indagine SHARE. In questo studio sono

stati messi a confronto gli esiti del pensionamento sulla salute percepita e su un indicatore di salute oggettiva. I risultati evidenziano in questo caso un effetto positivo, seppur solo a breve termine, del pensionamento sulla salute percepita e un più durevole effetto protettivo rispetto all'indicatore di salute oggettiva.

Le evidenze più interessanti si riscontrano però in quegli studi che hanno preso in esame la relazione tra pensionamento e benessere psicologico, con particolare attenzione agli effetti sulla depressione e, più in generale, sulla percezione del proprio benessere. Molto convincente risulta l'approccio che segue la prospettiva tipica delle scienze sociali applicate al corso di vita che si potrebbe definire culturale-istituzionale (18). Seguendo questa prospettiva il *timing* del pensionamento sarebbe il fattore determinante del benessere individuale: il pensionamento normalizzato istituzionalmente, con l'indicazione delle età necessarie per l'uscita dal mercato del lavoro, produce di conseguenza i concetti di pensionamento anticipato, ritardato o normale (19). Ci sono alcune evidenze empiriche che dimostrano come i livelli migliori di salute psichica si registrano quando le esperienze avvengono in linea con lo schema temporale socialmente condiviso (20) rispetto ai casi in cui le transizioni sono meno aderenti allo schema tipicamente diffuso (21). Calvo et al. (22) trovano conferma di questa ipotesi nelle loro analisi condotte su un campione di circa 6000 individui del *Health and Retirement Study*: i maggiori sintomi depressivi sono infatti associati al ritiro molto anticipato rispetto all'età *standard* di pensionamento, mentre nessun effetto negativo si riscontra quando il pensionamento avviene molto in ritardo rispetto all'età attesa.

Ovviamente questa prospettiva necessita di essere adattata a ciascun contesto nazionale con le sue norme e restrizioni poiché, come si è discusso in precedenza, differente è stato l'impatto delle riforme e delle politiche di sostegno alla forza lavoro più anziana nei paesi occidentali. La discrepanza tra il *timing* socialmente accettato e l'effettiva transizione sperimentata da ciascun individuo avrà effetti tanto più negativi quanto meno istituzionalizzate sono le traiettorie di uscita anticipata dalla vita attiva. Pensando in particolare all'Italia, per diversi decenni il pre-pensionamento ha rappresentato un fenomeno diffuso e socialmente accettato, mentre un maggiore

stigma negativo verso questa opportunità si è sempre avuto nei Paesi dell'Europa del nord.

Alla luce dei numerosi mutamenti in atto nei sistemi regolativi del lavoro, delle sempre più pesanti pressioni derivanti dal continuo processo di globalizzazione dei mercati e del conseguente aumento del livello di differenziazione e instabilità delle traiettorie di transizione dal lavoro alla pensione, sarà sempre più utile approfondire la conoscenza degli effetti causali del passaggio alla vita inattiva se si vuole mantenere intatto il diritto al benessere in età anziana e quindi rafforzare la coesione sociale.

BIBLIOGRAFIA

- George LK. Sociological perspectives on life transitions. *Annual review of sociology*. 1993;353-373.
- Ebbinghaus B. When labour and capital collide: the political economy of early retirement in Europe, Japan and the USA. *Comparing Welfare Capitalism: Social Policy and Political Economy in Europe, Japan and the USA*. London, Routledge. 2001;76-101.
- Mayer KU. Life courses in the welfare state. In WR, Heinz, *Theoretical Advances in Life Course Research*. 1991 Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Sen A. Employment, institutions and technology: Some policy issues. *International Labor Review*. 1975;112:45.
- Alavinia SM, Burdorf A. Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *International archives of occupational and environmental health*. 2008; 82(1): 39-45.
- Bossé R, Aldwin CM, Levenson MR, Workman-Daniels K, Elkerdt DJ. Differences in social support among retirees and workers: findings from the Normative Aging Study. *Psychology and Aging*. 1990;5(1):11.
- Freedman M. *Encore: Finding work that matters in the second half of life*. 2007 Public Affairs.
- Drentea P. Retirement and mental health. *Journal of aging and health*. 2002;14(2):167-194.
- Mein G, Martikainen P, Hemingway H, Stansfeld S, Marmot M. Is retirement good or bad for mental and physical health functioning? Whitehall II longitudinal study of civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(1):46-49.
- Mojan-Azzi S, Sousa-Poza A, Widmer R. The effect of retirement on health: a panel analysis using data from the Swiss Household Panel. *Swiss medical weekly*. 2007;137(41-42):581-585.
- Butterworth P, Gill SC, Rodgers B, Anstey KJ, Villamil E, Melzer D. Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. *Social science & medicine*. 2006;62(5):1179-1191.
- Neuman K. Quit your job and get healthier? The effect of retirement on health. *Journal of Labor Research*. 2008;29(2):177-201.
- Van Solinge H. Health Change in Retirement A Longitudinal Study among Older Workers in the Netherlands. *Research on Aging*. 2007;29(3):225-256.
- Mazzonna F, Peracchi F. Ageing, cognitive abilities and retirement. *European Economic Review*. 2012;56(4): 691-710.
- Westerlund H, Vahtera J, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Pentti J, Melchior M, Leineweber C, Jokela M, Siegrist J, Goldberg M, Zins M, Kivimäki M. Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. *BMJ*. 2010; 341:c6149.
- Moon JR, Glymour MM, Subramanian SV, Avendaño M, Kawachi I. Transition to retirement and risk of cardiovascular disease: Prospective analysis of the US health and retirement study. *Social science & medicine*. 2012;75(3): 526-530.
- Coe NB, Zammaro G. Retirement effects on health in Europe. *Journal of health economics*. 2011;30(1):77-86.
- Dannefer D. Age, the life course and the sociological imagination: prospects for theory. In R.H. Binstock, L.K. George, *Handbook of aging and the social sciences*. 2011;3-16. New York: Academic Press.
- Borsch-Supan A, Jurges H. Early retirement, social security and well-being in Germany. In D.A. Wise, *Developments in the economics of aging*. 2009;173-202. Chicago, IL: Chicago University Press.
- George LK. Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2010;65: 331-339.
- Van Solinge H, Henkens K. Involuntary retirement: The role of restrictive circumstances, timing, and social embeddedness. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2007;62(5):5295-5303.
- Calvo E, Sarkisian N, Tamborini CR. Causal effects of retirement timing on subjective physical and emotional health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2012;68(1):73-84.

Il Centro Diurno Alzheimer "Le Civette" Firenze

Guido Gori¹, Patrizia Brandini², Maristella Piccininni¹, Paolo Pizziolo⁴, Francesca Rosati³, Neri Zini³

¹Responsabile medico CDA "Le Civette", Firenze

²Responsabile Amministrativo Azienda Sanitaria Firenze RSA e CDA "Le Civette", Firenze

³Psicologo CDA "Le Civette", Firenze

⁴Musicoterapeuta CDA "Le Civette", Firenze

INTRODUZIONE

Il Centro Diurno Alzheimer (CDA) "Le Civette" è stato inaugurato nel febbraio 2003. È ubicato a San Salvi in un immobile appartenente all'Azienda Sanitaria di Firenze; situato al piano terra di una palazzina che ospita ai piani superiori una Residenza Sanitaria Assistenziale che porta lo stesso nome. La rettività, considerando le dimensioni dello spazio interno e di quello esterno, è di 15 utenti.

Il CDA ha preso vita dal Progetto Sperimentale Alzheimer della Regione Toscana che, con riferimento a dati di letteratura internazionale, ha concettualizzato il legame causale tra comportamenti alterati del soggetto affetto da demenza e di-stress familiare, sia in senso psicofisico che economico.

Come è noto nei paesi industrializzati circa l'80% delle persone affette da demenza vive al proprio domicilio per molti anni dopo la diagnosi della malattia e la famiglia, quasi sempre il coniuge e/o una figlia anche se non convivente, si fa carico dell'assistenza quotidiana, sostenendo costi diretti e indiretti non irrilevanti. Basti pensare alla frequenza con cui molte figlie scelgono una riduzione dell'orario di lavoro, anticipano il pensionamento o rinunciano del tutto all'attività lavorativa in quanto troppo coinvolte, emotivamente e fattivamente, nell'accudimento sistematico e regolare di un genitore malato. La dedizione familiare con cui ci si prende cura e ci si fa carico del proprio congiunto affetto da demenza può durare per molti anni e può essere fonte di di-stress in particolare in presenza di comportamenti agitati, iperattivi o violenti definiti *Behavioral Psychological*

Symptoms in Dementia (BPSD): agitazione psicomotoria, aggressività, apatia, depressione e psicosi, come ormai segnalato da molti Autori, sono la causa più frequente di istituzionalizzazione, di intervento medico, di prescrizione farmacologica, di aumento della disabilità, di ridotta qualità della vita del soggetto e del caregiver e di aumento dei costi economici della malattia.

I BPSD hanno un'elevata prevalenza in tutte le forme di demenza; sono precoci nelle demenze fronto-temporali e nella demenza a corpi di Lewy, sono tardivi e correlati all'evoluzione della malattia nella demenza di Alzheimer e nelle demenze vascolari. In queste due ultime forme, che sono le più frequenti, in accordo con altri Autori, i BPSD vanno intesi come sintomi associati alla demenza, nel senso che non sono imm modificabili, ma antagonizzabili e contenibili con interventi farmacologici e non farmacologici adeguati (1, 2).

Spesso i BPSD esprimono la difficoltà del paziente ad accettare, elaborare e convivere, sulla base della personalità premorbosa, con la riduzione o la perdita delle abilità cognitive e funzionali, tipiche della malattia. Questi disturbi si manifestano associati a situazioni in cui la persona è costretta a vivere la dipendenza, la solitudine, anche temporanea, o un eccesso di stimoli. Tale condizione può verificarsi quando il caregiver è uscito da pochi minuti per andare a fare la spesa, oppure in casa sono presenti figli e nipoti che parlano e si muovono con i loro ritmi..., o ancora quando c'è un cambio di abitazione (vacanza estiva) che accentua l'agnosia visiva spaziale, creando disorientamento e agitazione. Spesso i disturbi del

ESPERIENZE

comportamento sono diretti contro colui che accusa il paziente, dando origine ad un di-stress che necessita di un supporto esterno. Il CDA "Le Civette", fin dall'inizio, è rivolto alle persone affette da demenza con associati disturbi del comportamento e alle loro famiglie, o, per usare la terminologia originale di Jones (3) a due "clienti": il soggetto affetto dalla malattia e alla sua famiglia.

Tra le principali finalità del CDA:

- accogliere e intrattenere la persona con deficit cognitivo, non autosufficiente, agitato, aggressivo verbalmente e/o fisicamente che a casa è difficilmente gestibile;
- restituire tempo alla famiglia per riposare o occuparsi delle proprie faccende;
- mantenere comunque il ruolo di cura della famiglia, in quanto tutti i giorni il soggetto torna a casa;
- ritardare l'istituzionalizzazione favorendo la permanenza della persona affetta da demenza il più a lungo possibile al proprio domicilio.

FINALITÀ E INTERVENTI

Il CDA "Le Civette" attraverso la propria organizzazione garantisce:

1. la presa in carico di persone affette da Demenza con associati BPSD di entità tale da giustificare la difficoltà nel proseguimento della sola gestione domiciliare. Poiché nella maggioranza dei casi i soggetti con importanti BPSD sono anche soggetti con danno cognitivo moderato/severo, i servizi offerti dal CDA non sono finalizzati alla riattivazione cognitiva, che la letteratura definisce controproducenti in questa fase di malattia, ma sono orientati a migliorare la qualità della vita ed il benessere psicologico e fondati sul concetto di *emotion oriented therapy* (1).
2. Il sostegno alla famiglia, che si realizza sia attraverso quanto descritto al punto 1 sia attraverso riunioni e incontri con funzione informativa e formativa reciproca. A tal proposito si ricorda che il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), documento su cui si fonda il lavoro in CDA, viene stilato grazie ad un'integrazione tra i riferimenti familiari e le osservazioni dirette dello staff.
3. L'attività di formazione rivolta agli operatori con la finalità di migliorare la presa in carico: abilità nel colloquio con pazienti disfasici e confusi, ana-

lisi del proprio contro-transfert rispetto agli agiti aggressivi da parte degli utenti, partecipazione e valutazione delle attività, assistenza nelle attività di base.

4. La realizzazione di un modello assistenziale che prevede interventi basati sulla *Validation Therapy* e, quanto più possibile, personalizzati, secondo le informazioni emerse dall'anamnesi personale prossima e remota, nonché dalla stesura del PAI e dai successivi aggiornamenti. Tutto ciò in sintonia con un approccio sociopsicodinamico al problema, secondo il quale nella malattia, come sostengono Le Goues (4) e Quinodoz (5), rimangono a lungo presenti tratti preesistenti di personalità, nonché desideri soggettivi, interessi e hobbies, per cui ogni singolo soggetto, pur essendo affetto dalla medesima condizione clinica, rimane una persona con una sua ben precisa identità e storia personale, che lo differenzia da altri.

CARATTERISTICHE E ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

Ambiente

Il CDA, sulla base dei principi storici della "Gentle Care" di Jones (3) e nel rispetto della carta dei diritti del malato approvata dall'Associazione Alzheimer Europa-Italia (1999), è caratterizzato da un ambiente architettonico *home like*, con scarsi o assenti riferimenti "sanitari" nel rispetto del concetto di ambiente "normalizzato", cioè simile ad una casa. Ciò facilita la continuità esperienziale quotidiana casa-CDA e si caratterizza per essere un ambiente protesico. Come il bastone per coloro che necessitano di un sostegno per la deambulazione, così l'ambiente protesico supporta la persona affetta da demenza attraverso:

- semplicità e sicurezza: assenza di barriere architettoniche, presenza di uno spazio esterno secondo i principi del giardino Alzheimer, cioè con percorso visibile che consenta il *wandering*, le passeggiate organizzate, senza trovarsi in un *cul de sac*, che potrebbe innescare agitazione e smarrimento;
- costanza: ogni ambiente del CD è destinato a quella specifica funzione e non ad altre, per cui in salotto si lavora attorno al tavolo, o si guarda la TV o un video, o si fa merenda, mentre in sala da pranzo si svolge solo il pranzo, la cena o la pre-

parazione dei cibi, in sala riposo, dove ci sono due letti, chi vuole fa solo un pisolino;

- organizzazione cromatica: rispetto della capacità di distinguere le differenze cromatiche, che si mantiene invariata anche nei soggetti affetti da demenza di entità severa. Per tale motivo una porta che desideriamo non sia utilizzata dagli utenti (porta di uscita dal CDA) è mimetizzata perché dipinta dello stesso colore del muro che la circonda, mentre la porta che si desidera sia utilizzata, ad esempio la porta del bagno, è di colore che contrasta con il muro circostante.

Personale

Lo staff del CDA "Le Civette" è caratterizzato da:

- competenza specifica ed esperienza pluriennale nel settore, con attitudine alla tolleranza, flessibilità ed empatia;
- sviluppo di *rewarding versus rifiuto*, tramite selezione naturale: cioè gli operatori che perpetuano il loro coinvolgimento professionale nel CDA sono risultati quelli che spontaneamente hanno elaborato una soddisfacente "dimensione terapeutica" del proprio lavoro. Quelli che invece hanno registrato una conflittualità interna, di fronte a pazienti con comportamenti incongrui, oppositivi e non facilmente comprensibili, hanno lasciato questo impegno per dedicarsi ad altro.

Destinatari

Il CDA "Le Civette" accoglie soggetti affetti da demenza già diagnosticata dai Centri UVA dell'ASL Fiorentina, e comunque convalidata durante la prima valutazione effettuata al Centro, da un medico esperto del settore (geriatra-psichiatra e/o neurologo). I soggetti devono avere disturbi del comportamento e, possibilmente, essere autonomi nella deambulazione.

Organizzazione del servizio

Presso il CDA "Le Civette" di Firenze è stata attivata una modalità di lavoro per Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI), finalizzata alla riduzione dei disturbi del comportamento. Come già accennato tali comportamenti sono intesi come sintomi associati alla demenza e quindi potenzialmente modificabili in setting operativo-relazionale di un CDA.

Le attività proposte non hanno un mero scopo di intrattenimento, ma sono centrali nel processo di riduzione dei BPSD per ogni singolo paziente.

In ragione di questa finalità le attività devono essere necessariamente personalizzate. In dieci anni di lavoro le attività che rispondono a queste esigenze operative sono risultate: *Doll Therapy*, *Snoezelen*, Musicoterapia, Arte Terapia, Attività di Cucina, Attività di Giardinaggio/orto, Attività Domestiche.

Tutte le attività rispondono ai seguenti criteri:

- sono individualizzate nel rispetto di gusti, inclinazioni e motivazioni personali: per tale motivo si valuta anche il livello di gradimento, mediante opportuni indicatori (6);
- sono proposte e mantenute solo se danno risultati in termini di conseguimento degli obiettivi stabiliti nel PAI.

Il PAI si basa su una valutazione multidimensionale dei seguenti domini: assistenziale-sanitario-cognitivo-comportamentale. Per il dominio comportamentale sono stati individuati degli indicatori, mutuati dal *Positive Interaction Program* di Nissembain e Vroman (6), quali il Tempo di partecipazione attiva, la Durata complessiva dell'attività, l'Attenzione, l'Espressione del volto, la Presenza e l'Entità del disturbo. Tali Indicatori sono stati utilizzati con la finalità di identificare tra le varie attività svolte nel centro (arteterapia, musicoterapia, attività domestiche, ortoterapia, cucina-terapia ...) quella più incisiva nella riduzione della gravità e frequenza del o dei BPSD.

Dopo i primi quattro mesi di attività i nostri risultati indicano:

- riduzione del 10-15% dei valori nelle scale di valutazione del comportamento (NPI, CMAI);
- riduzione nel dosaggio di tranquillanti minori e maggiori;
- riduzione del carico assistenziale del familiare (CBI).

Di seguito presentiamo due delle attività che si sono rivelate molto efficaci nella riduzione dei BPSD.

MUSICOTERAPIA

Il CDA "Le Civette" è dotato di uno spazio dedicato alla musicoterapia (ambiente insonorizzato) con ampia disponibilità di strumenti musicali. Durante gli anni si sono erogate attività di musicoterapia finalizzate al raggiungimento degli obiettivi indicati nel PAI (7) privilegiando il canale comunicativo sonoro non verbale.

ESPERIENZE

La musicoterapia rientra negli interventi personalizzati offerti dal CDA.

Le attività di musicoterapia sono considerate tra le più efficaci nel trattamento dei disturbi cognitivi delle demenze (8) e dei disturbi del comportamento associati (9, 10). Come è ben noto il soggetto affetto da demenza è spesso molto compromesso nella comunicazione verbale: la musicoterapia offre una modalità vicaria di espressione e di relazione. L'intervento è basato su tecniche di musicoterapia attiva (coinvolgimento della persona nella produzione di suoni e musiche con strumenti a percussione, xilofoni, metallofoni, pianoforte, chitarra e batteria) e ricettiva (proposta di percorsi di ascolto) e su tecniche combinate.

Ogni seduta viene video registrata e vengono indicizzati gli elementi sonori-musicali su cui si costruisce l'intervento musicoterapico. Quello che differenzia la musicoterapia dall'animazione musicale è proprio la presenza di un percorso terapeutico volto alla riduzione dei BPSD, centrato sull'interazione musicale tra musicoterapeuta e paziente.

Presso il centro "Le Civette" la realizzazione di interventi quali:

- musicoterapia individuale focalizzata su tecniche di espressione non verbale delle emozioni;
- socializzazione tramite musica condivisa;
- improvvisazione vocale e sonora individuale e di gruppo

ha consentito di ridurre l'aggressività, sviluppando interesse su elementi sonori e musicali e promuovendo un senso di adeguatezza nelle relazioni; ridurre tratti ossessivo-ripetitivi, convogliandoli in forme musicali strutturate; ridurre l'apatia favorendo scelte attive, inerenti frammenti melodici, ritmi e scelta timbrica, che vengono condivise e valorizzate.

LO SNOEZELLEN

Lo *Snoezelen* rientra nell'ambito degli interventi non farmacologici. Il termine *snoezelen* è un neologismo che deriva dalla fusione di due verbi olandesi: *snuffelen* e *doezelen* che significano rispettivamente esplorare e rilassare.

La tecnica consiste nella somministrazione di una stimolazione multisensoriale controllata, definita anche passiva, nel senso che non richiede l'impegno di risorse cognitive complesse, e che è risultata stimolan-

te sulle residue capacità sensorio-motorie di soggetti affetti da decadimento cognitivo di grado avanzato. Presso il CDA "Le Civette" anche la stimolazione multisensoriale passiva viene applicata quale tecnica finalizzata alla riduzione dei disturbi comportamentali. La variante che proponiamo prevede la somministrazione di un contributo audiovisivo combinato immagini e suoni per un periodo di 27 minuti e la successiva registrazione degli effetti prodotti sul comportamento dei pazienti.

Per verificare gli effetti della stimolazione multisensoriale abbiamo esaminato le risposte comportamentali (frequenza della manifestazione del disturbo comportamentale) in 6 ospiti, sottoposti per 6 mesi a stimolazione multisensoriale passiva, in tre momenti differenti:

- condizione di Controllo (T0): i soggetti liberi di agire come di consueto all'interno del centro;
- sessione sperimentale (T1): durante la somministrazione della stimolazione multisensoriale passiva;
- periodo post-trattamento (T2): periodo post stimolazione multisensoriale passiva.

I risultati (11) riportati nella Figura 1 suggeriscono che la metodica dello *Snoezelen* riduce, per un periodo che si estende fino a mezz'ora dopo la somministrazione dello *Snoezelen*: *wandering*, aggressività verbale e comportamenti ripetitivi.

Alla luce dei risultati che abbiamo ottenuto nel nostro studio, possiamo ritenere la dinamica dello *Snoezelen* come una terapia non farmacologica di supporto relativamente efficace per il controllo dei disturbi del comportamento, il che la qualifica anche come una valida alternativa per pazienti *not responder* ai farmaci.

La stimolazione passiva appare inoltre adatta per il recupero del benessere di soggetti in stadio avanzato di demenza, per i quali non risultano più plausibili approcci orientati alla riabilitazione delle funzioni cognitive.

Un ultimo aspetto, che abbiamo ritenuto vantaggioso, riguarda l'inserimento dello *snoezelen* nel programma delle attività giornaliere. La riduzione significativa dell'aggressività e delle compulsioni dei singoli soggetti, per un periodo esteso almeno fino a mezz'ora dopo la somministrazione, può interrompere lo stato di agitazione generale del gruppo, riducendo, in subordine, anche il carico di lavoro degli operatori.

A dispetto di queste potenzialità non tutti i pazienti sembrano poter beneficiare del trattamento,

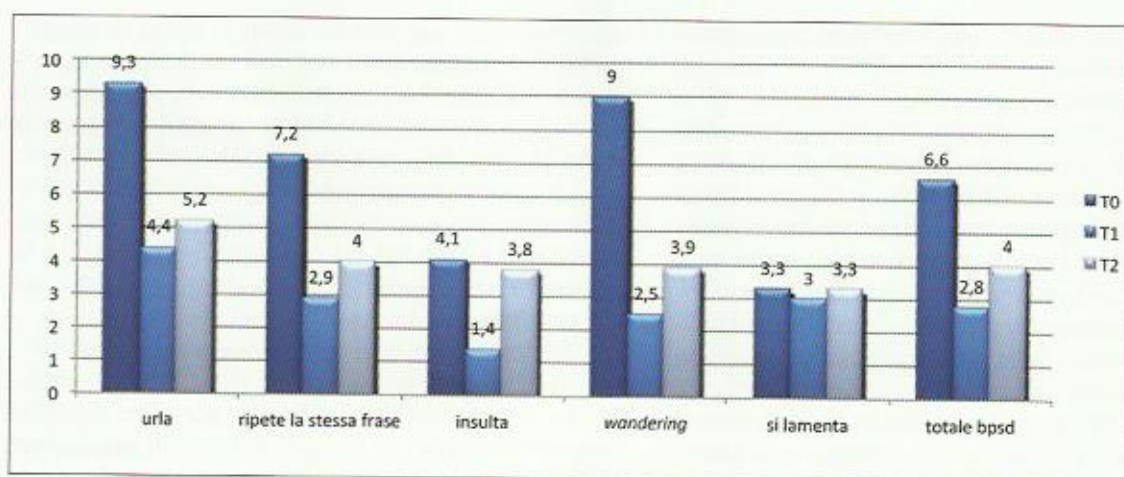


Figura 1 - Effetti della stimolazione multisensoriale su 5 BPSD valutata su 6 ospiti. I valori espressi sono riferiti alla media delle frequenze del singolo BPSD registrate per un periodo di 6 mesi pre (T0) durante (T1) e post (T2) stimolazione multisensoriale.

e non tutti nella stessa misura. Resta da stabilire quali siano le condizioni che ne favoriscono l'applicazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Finnema E, Dröes RM, Ettema T, Ooms M, Adèr H, Ribbe M, van Tilburg W. The Effect of Integrated Emotion-Oriented Care versus Usual Care on Elderly Persons with Dementia in the Nursing Home and on Nursing Assistants: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005;20(4):330-43.
2. Vigorelli P. L'approccio capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer. Franco Angeli. 2011.
3. Jones M. *Gentlecare: Changing the Experience of Alzheimer's Disease in a Positive Way*. Hartley & Marks. 1999.
4. Le Goues G. *La psicoanalisi e la vecchiaia*. Borla, Roma. 1995.
5. Quinodoz D. *Invecchiare: una scoperta*. Borla, Roma. 2009.
6. Nissenboim S, Vroman C. *The Positive Interactions Program of Activities for People with Alzheimer's Disease*. Baltimore: Health Professions Press 1997.
7. Pizzolo P, Gori G. Musicoterapia e lavoro per piani assistenziali individualizzati (PAI). Comunicazione (poster) al 51° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Firenze, 2006.
8. Ceccato E, Vigato G, Bonetto C, Bevilacqua A, Pizzolo P, Crociani S, Zanfretta E, et al. STAM protocol in dementia: a multicenter, single-blind, randomized, and controlled trial. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*. 2012;27(5):301-10.
9. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumia SI. Effects of Music Therapy on Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ageing Research Reviews*. 2013;12(2):628-41.
10. Vink AC, Bruinsma MS, Scholten R. JPM Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003.
11. Zini N, Anziani D, Stefani G, Gori G. Stimolazione multisensoriale passiva: l'esperienza fiorentina "Snoezelen". Comunicazione al 3° Congresso Nazionale sui Centri Diurni Alzheimer. Pistoia, 2012.

Il medico di guardia notturna nelle RSA: un'opportunità?

Antonino Frustaglia¹, Ginetto Carlo Zuccarelli²

¹Direttore Medico di Struttura Complessa Area Socio-Sanitaria Ist. Piero Redaelli Vimodrone (MI)

²Dirigente Medico di Struttura Semplice Area Riabilitativa Ist. Piero Redaelli Vimodrone (MI)

PREMESSA

Talvolta quando si discute dell'attività medica a qualsiasi livello emergono valori, ma anche dubbi sul senso e il significato dell'attività del prendersi cura degli altri in funzione del contesto sociale.

Se riprendiamo il senso delle attività sanitarie dalle origini ai giorni nostri ci accorgiamo quanta strada, nel bene e nel male, la medicina ha compiuto negli ultimi tre millenni.

Lo stesso padre della medicina, il greco Ippocrate (460 a.C.), formatosi nella scuola Egiziana (che ha origini antecedenti al 1500 a.C.), affermò tra i primi che la malattia aveva poca attinenza con gli Dei in fatto di punizioni o doni, ma era il "risultato naturale di determinate circostanze del tutto umane".

Sembra un'affermazione lontana, ma se osserviamo la medicina attuale, la qualità delle cure, la profondità dell'assistenza, la capacità di leggere la realtà della malattia e della cura dipende ancora da "circostanze del tutto umane". Così, oggi, accanto ad una spiccata specializzazione in ambito chirurgico e clinico capace di affrontare egregiamente l'acuzie, assistiamo ad una sempre maggiore difficoltà collettiva a curare e ad assistere le cronicità.

Nella situazione economica attuale, nel tentativo della società industriale di ottimizzare le risorse si è cercato di risparmiare, quanto possibile, su alcune figure preposte al controllo clinico e alla prevenzione dei danni da inadeguata assistenza.

Accanto al rispetto quantitativo del personale socio-sanitario delle indicazioni Nazionali e Regionali (ove esplicitate) ogni Azienda, pubblica o privata, in nome dell'efficienza cerca di distribuire attentamente le unità di operatori da inserire nelle varie attività socio-sanitarie e di supporto. Ne è emerso un quadro

di ridimensionamento delle figure professionali adette all'assistenza che risponde alle norme ma che, a volte, con fatica soddisfa i bisogni degli ammalati. Nelle strutture residenziali per anziani questo fenomeno ha colpito anche figure sanitarie ritenute garanti della salute dei malati e dell'appropriatezza delle cure.

In questo contesto ci riferiamo al medico di guardia notturna che, nelle strutture ad elevato numero di residenti (solitamente sopra i 100 posti letto) durante la notte (dalle 18,00 di sera alle 8,00 del mattino) è sostituito da infermieri i quali, con enorme merito e spirito di abnegazione, sono chiamati ad assumersi la responsabilità di valutare la gravità clinica di un anziano ricoverato per una polipatologia cronica che si riacutizza, obbligandoli a scegliere se inviare il residente in Pronto Soccorso (PS) con l'ambulanza per un approfondimento, piuttosto che lasciarlo in "casa", con l'aggravante di assumersi il rischio di somministrare qualche rimedio d'emergenza in attesa del medico del mattino.

SCOPO DELLE ATTIVITÀ CLINICO-ASSISTENZIALI

Attualmente in Italia si stima l'esistenza di oltre 300.000 posti letto in strutture residenziali di varia tipologia, per una spesa annua che supera i 6 miliardi di euro del Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Nonostante l'ammontare degli investimenti economici, non esiste un esaustivo flusso informativo per le prestazioni residenziali e non esiste, almeno finora, un modello univoco di classificazione delle strutture, delle prestazioni e dei residenti. Inoltre, in diverse Regioni italiane sono denominate con nomi uguali cose diverse (vedi ad es. l'uso della parola lun-

godegenza!) e con nomi diversi cose uguali. Così come l'accessibilità ai servizi, il livello di offerta, gli standard assistenziali, le quote di partecipazione alla spesa, sono diverse da regione a regione (1).

Se osserviamo una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) rileviamo che spesso l'utenza è composta da ospiti ad alta complessità clinica ed assistenziale, con comorbidità, demenza, fasi terminali di malattie (neoplasie e malattie croniche in fase avanzata) e disabilità elevata (fisica e/o cognitivo-comportamentale).

Gli ospiti delle RSA hanno un'età avanzata (alcune stime indicano un'età media di 85 anni), sono prevalentemente donne (oltre il 75%), hanno un'elevata dipendenza funzionale (Indice di Barthel medio inferiore a 25/100) ed elevata compromissione cognitiva (la demenza è presente mediamente in oltre il 40% dei residenti), una complessiva "fragilità" clinica associata a comorbidità e instabilità. Si stima, mediamente, un *turn-over* annuo del 25-35% e che circa ogni 3 anni e mezzo vi sia un ricambio completo dell'utenza.

È bene ricordare, anche se appare superfluo per gli addetti ai lavori, che la RSA è luogo di vita e di cura. È un servizio in cui si promuove l'autonomia e la stabilizzazione clinica al fine di valorizzare le risorse residue della persona.

Come ha evidenziato molto bene Guaita (2), la RSA è *"una struttura molto più articolata e difficile di un ospedale per acuti, se vuole salvaguardare sia la qualità della cura che la qualità della vita delle persone di cui si prende l'impegno di sostenere il benessere"*.

In questo senso va corretto quanto rischia di avvenire in alcune realtà in cui il medico in RSA è visto come colui che realizza sostanzialmente un "pronto soccorso" costante in favore del residente o, in alternativa, ripara e corregge l'instabilità clinica senza preoccuparsi del contesto di vita di colui o colei che assiste. Con queste premesse infatti vi è il tentativo in alcune realtà di "immettere" il medico, senza formare, senza dare senso e senza motivare, per coprire i turni festivi o (maggiormente) le ore notturne, come "medico di guardia d'attesa" e, in quanto tale, di minor valore, giustificando una remunerazione molto bassa che dequalifica la dignità professionale e si fonda esclusivamente sul rapporto commerciale basato sul binomio della domanda e dell'offerta, rivolto in particolare alle giovani generazioni in cerca di una prima e temporanea occupazione.

QUALE È LO SCOPO DEL MEDICO CHE OPERA IN RSA?

Come è stato ben definito nelle Linee Guida per le RSA della Società di Geriatria e Gerontologia (SIGG) già dal 2003 (3) si ribadisce che in nessun caso l'attività medica nelle RSA può essere vista come una specie di "pronto soccorso" continuato, con interventi solo di tipo "ambulatoriale" e puntuale per riparare la singola emergenza. È piuttosto un'attività di presa in carico complessiva sia della salute sia della malattia, quindi del percorso fisiopatologico che lega malattia e disabilità, con l'attuazione di programmi di terapia che si integrano con i programmi di sostegno globale alla persona, attuati dall'*équipe* di cura in cui la valutazione multidimensionale è il centro della regia. Il medico non interviene ad "aggiustare il guasto", ma è corresponsabile della cura e della qualità di vita del residente nella struttura. Questa sua responsabilità è testimoniata nella cartella clinica (o fascicolo socio-sanitario) e nella stesura di linee operative riguardanti i principali problemi di salute dei ricoverati di cui rendere partecipi gli operatori.

In questo contesto, la presenza di un medico di guardia notturna, cui è nota la realtà dei residenti perché conosce la loro storia, consente una selezione razionale dei problemi orientando, in virtù della conoscenza del "mondo" del singolo residente, se sia il caso di inviare o meno in pronto soccorso. Scelta che può evitare inutili viaggi che traumatizzano ulteriormente ospite e familiari, con costi addizionali per la struttura senza assolvere all'intento sperato.

In uno studio di Ackermann, pubblicato nel 1998, è emerso che, su una popolazione di 873 ospiti residenti di *Nursing Home*, su 1488 valutazioni avvenute nel dipartimento di emergenza il 42,4% dei residenti è stato ospedalizzato. Il 42,9% degli invii è avvenuto durante il giorno. Le principali cause di ricovero sono state nel 14,4% di tipo cardiorespiratorio, nel 10,1% dovute a importanti alterazioni dello stato mentale, nel 9,9% per sintomi gastrointestinali, nell'8,2% per cadute; infine il 6,8% dei ricoveri è avvenuto per malfunzionamento del sondino della Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG) (4).

Analoghi risultati sono stati rilevati da uno studio condotto dal Dipartimento di emergenza-accettazione (DEA) dell'Ospedale Carlo Poma di Mantova (5) nel

SPUNTI DI DIBATTITO

quale è stata evidenziata la maggior severità clinica dei pazienti inviati al DEA dalle RSA e l'appropriatezza dei successivi ricoveri verificatisi per il 60% dei residenti inviati dalle RSA al DEA e, di questi, il 30% in unità di cure intensive o semintensive.

In accordo con l'*American Medical Director Association* i compiti del medico di struttura, cui anche il medico di guardia di notte deve attenersi, sono riassumibili in:

- prevenzione, identificazione e trattamento delle condizioni cliniche acute, subacute e croniche;
- mantenimento dell'autosufficienza e prevenzione della non autosufficienza, ossia gestione della stessa, orientandosi alla promozione dell'autonomia e al recupero delle potenzialità residue, preservando sempre la qualità di vita, il comfort e la dignità degli ospiti.

Questi principi semplici, ma esaustivi, devono rappresentare "la stella polare" di riferimento quotidiano per chiunque operi all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale.

Il medico di guardia notturna in RSA deve mantenere gli stessi principi che reggono l'attività diurna nel rispetto dell'operato dei colleghi. Non è un mero settore di emergenza ma, pur nell'emergenza, deve saper distinguere quando è il caso di inviare in Pronto Soccorso un ospite che può trarne realisticamente giovamento, nel rispetto del contesto clinico, cognitivo, psicologico ed esistenziale del residente. Questo compito non è assolutamente facile. Richiede competenza professionale e sensibilità personale. Tradire questo mandato espone al rischio di realizzare la tanto deprecata "medicina difensiva", generando invii in Pronto Soccorso per la discutibile speranza che altri facciano meglio. In verità, dietro questa giustificazione si cela la paura di assumersi la responsabilità etica della scelta per conto di una persona che confida nella nostra capacità di scegliere quale sia, in quella determinata situazione, il suo vero bene. Ciò comporta che non tutte le condizioni cliniche debbano essere trattate come i protocolli indicano o le linee guida propongono, poiché esse sono state pensate per singole condizioni e non tengono in considerazione la presenza e gravità delle comorbidità. È il medico, il vero "discernitore" delle linee guida. La sua esperienza e professionalità gli permettono di scegliere se è il caso di intervenire o meno in relazione alla situazione di ciascun residente. Un esempio provocatorio è il caso di un ictus cerebrale che insorge

in un residente: se vi è la ragionevole possibilità che un invio in Pronto Soccorso possa migliorare la cura e la prognosi, allora ci si adopererà per il suo invio con l'obiettivo di un possibile recupero funzionale e motorio. Se la stessa patologia si presenta in un residente che ha avuto diverse recidive e/o che versa già in condizioni preterminali o che presenta un'elevata complessità clinica a causa di importanti comorbidità psicofisiche, allora è forse più coscienzioso ed etico curarlo "in casa" piuttosto che intraprendere viaggi della speranza illusori per il residente, i congiunti e i curanti. A meno che i familiari si dimostrino in disaccordo ed esigano in modo perentorio il ricorso al PS, seppur "illusorio", previa firma documentata e motivata della loro volontà, anche a tutela del medico e della struttura. Onde evitare queste spiacevoli situazioni è opportuno ricercare e favorire un'alleanza terapeutica con i familiari: se i congiunti sono informati e partecipi del progetto di cura è meno probabile il manifestarsi di conflittualità.

QUALE ETICA ACCOMPAGNA IL MEDICO?

Al di là dei concetti è preferibile riferire quanto ha esplicitato più volte il grande Professor Antonini che, nella propria maestria, ha stigmatizzato molto bene il senso etico del medico e del geriatra in RSA nello slogan "RSA... non contenitori, ma protesi di sostegno al benessere dei residenti, familiari, operatori. Si tratta cioè di praticare una terza via fra riabilitazione, frustrante per la mancanza di risultati, e assistenza, frustrante per la mancanza di obiettivi, vedendo nel benessere (del malato, della famiglia, degli operatori) l'obiettivo principale da raggiungere e costruendo la RSA come una protesi complessa di sostegno di tale benessere, fatta di struttura, persone e attività". In poche frasi è riassunto il senso dell'etica che deve accompagnare ogni medico che opera in questi luoghi della cura.

DISCUSSIONE

È importante, dopo aver analizzato cosa fanno i medici nelle RSA, chiedersi cosa accade nelle singole realtà istituzionali e come vengono considerate alcune figure professionali attingendo alle riflessioni dirette di alcune testimonianze in parte rappresentative.

Non senza disagio riportiamo uno stralcio, quasi integrale, di un'intervista ad alcuni giovani medici che si sentono "vittime" di un sistema malato nell'etica del benessere in favore dell'anziano.

Tratto dall'ormai immancabile sito di un giornale a tiratura nazionale che edita anche *online* e raccoglie

anche articoli dai siti di giovani medici. Riportiamo il testo poiché, accanto alla notizia di cronaca, va colto il senso che i giovani chiedono al nostro SSN. È evidente che, accanto alla profondità delle riflessioni etiche, motivazionali e di ampio respiro professionale espresse da geriatri illuminati troviamo, come

"Giovani medici come schiavi: turno di notte a un euro l'ora"

Il caso degli specializzandi che lavorano nelle residenze per anziani. Sono sottopagati ma nessuno denuncia. Per paura di perdere il posto. (Dal sito de Il Giornale pubblicato il 14.10.2013 <http://www.ilgiornale.it/news/milano/958092.html>) (6)

Con una laurea fresca in mano e con davanti ancora un po' di anni di studio, i giovani medici lombardi (la Regione che vanta tra le migliori offerte sanitarie, n.d.r.) accettano qualsiasi tipo di mansione pur di «arrotondare». Ma ogni tanto si abbassano a racimolare poco o nulla. Eppure accettano. È il caso di chi presta servizio di guardia medica nelle residenze per anziani. Un ruolo che un tempo veniva pagato piuttosto bene, soprattutto nelle strutture private, e che permetteva di mettere da parte 25-30 euro all'ora, arrivando a superare i 1.500 euro al mese. Oggi le cose sono cambiate. Aumentano i medici in erba che accettano incarichi da 1,25 euro all'ora. In teoria la tariffa è quella prevista per la guardia passiva, cioè per la reperibilità notturna senza l'obbligo di essere presenti nella struttura. Se un medico abita vicino all'istituto, non c'è problema, spesso se ne può stare casa sua a dormire senza essere disturbato. Ma, nella maggior parte dei casi, i giovani medici abitano un po' troppo lontano e sono costretti a dormire su qualche barella delle strutture di assistenza, altrimenti, in caso di allarme, non ce la farebbero mai a raggiungere la RSA per tempo. Non solo. Qualche medico viene pagato un euro o poco più all'ora, qualcun altro 2,50 euro, senza un criterio ben preciso. «Dopo la legge Bersani - spiega Roberto Rossi, presidente dell'Ordine dei medici di Milano - non è stato più possibile istituire un tariffario per uniformare i compensi minimi per le guardie notturne nelle case di riposo. Quindi ogni istituto fa per sé». Rossi ha registrato anche parecchi casi di giovani sottopagati e di guardia «in solitario», cioè senza il supporto di un medico più esperto. «Magari devono sobbarcarsi la responsabilità dei pazienti di tutto l'istituto. E in quei posti sono ricoverati anche anziani molto gravi». Il rappresentante dei medici ha affrontato il problema durante i convegni con i colleghi. «Ma - fa notare - finché non ho in mano un esposto, una denuncia scritta e firmata, non posso proprio fare nulla». Le segnalazioni sono tante, ma nessun giovane medico esce allo scoperto per paura di perdere il posto. E anche quell'euro e 25 centesimi all'ora fa comodo di questi tempi.

Il problema esiste un po' in tutta la regione. (...) Bisogna poi distinguere tra guardie passive e attive. Nel primo caso il medico deve essere reperibile (l'uscita è retribuita a parte) e lui parte da casa ma poi talora gli si chiede di arrivare in cinque minuti e, magari abitando a 30 chilometri di distanza, deve per forza dormire in casa di cura. È ora di parlare del problema. Con la tariffa oraria, i liberi professionisti vengono trattati come dipendenti». Diverso il discorso della guardia attiva, quella in loco, retribuita dai 30 ai 50 euro l'ora per 12 ore di turno.

Inoltre, nelle residenze specializzate nelle cure riabilitative, cioè in quelle che si occupano dei pazienti nella fase post-acuta, vengono accettati solo specialisti: la richiesta è alta e la concorrenza è di gran lunga più bassa. Quindi, in teoria, il medico ha più potere contrattuale sulla retribuzione.

contrattare, il grido di sofferenza di giovani medici, che seppur motivati e attenti alla propria professione, sono condizionati pesantemente nelle scelte da ristrettezze economiche che, a cascata, dallo Stato

alle Regioni ricadono fino ai medici, al personale e, all'anello debole della catena, i residenti delle RSA. Forse dovremmo ripensare al senso profondo presente in queste contraddizioni. Come sempre siamo

SPUNTI DI DIBATTITO

presi tra Dio e Mammona, tra l'ideale e la moneta, tra l'illuminazione della scienza e la cruda realtà dell'economia di mercato. La soluzione, apparentemente più facile, è quella di affermare che "non si può fare diversamente, questa è l'economia di mercato". È vero. Finché saremo schiavi di questo modo di vedere l'economia di mercato. Perché c'è un altro modo: se spostiamo il nostro punto di vista possiamo dare a ciascun medico di guardia notturno in RSA una retribuzione e una condizione lavorativa dignitosa, a tutela degli ospiti delle RSA. La presenza di un medico di guardia nelle RSA anche di notte migliora gli esiti sugli ospiti, riduce i ricoveri ed i viaggi superflui in PS, facendo risparmiare circa il 50% degli invii in PS. Il risparmio sugli invii in PS produce una rendita indiretta che genera economia, perché non sovraccarica inutilmente i servizi di emergenza-urgenza. Un maturo, bravo e serio economista lungimirante direbbe "forse ci conviene"; perché vuol dire investire in qualità con ricadute positive anche su aspetti umani, oltre che economici.

CONCLUSIONI

Non è possibile un giudizio definitivo sull'opportunità della presenza del medico di guardia notturna in RSA. Le analisi fino ad oggi effettuate sembrano testimoniare che, per una realtà con numerosi posti letto, sicuramente sì, ne vale la pena. Per le strutture minori la valutazione va fatta considerando gli aspetti economici, legislativi, clinici e psicosociali. Anche in questo caso la valutazione deve essere condivisa tra varie responsabilità. Sappiamo che non esiste, ad oggi, una verità assoluta in merito. Personalmente come dirigente sanitario mi sento di esprimere un'ultima considerazione esperienziale.

Mio nonno diceva di fronte ad un acquisto: "Mio caro nipote, quando pensi di comprare qualcosa, verifica prima di acquistare. Pensa al bene che ne ricavi e quanto ti costa a breve e nel lungo periodo. Se rispar-

mi solo a breve, attenzione che ne valga la pena, perché potrebbe essere un boomerang che torna indietro." "A volte, chi più spende, meno spende!". Lo ricordo ancora perché è vissuto fino a 95 anni lucido, ha cresciuto 11 figli, in parte imprenditori e loro stessi gli chiedevano spesso di ricordar loro alcune scadenze importanti. Non ne ha mai mancata una fino a qualche giorno prima di concludere l'esistenza terrena.

Ebbe un'emorragia gastrica massiva, espresse il desiderio di assaporare una pera matura prima del trapasso, un figlio ne parlò al primario chirurgo il quale, dall'alto del suo sapere sentenziò "non è possibile gli farebbe troppo male".

Poche ore dopo morì con il desiderio di quel "frutto proibito" mai gustato.

Penso che tanti nonni si portano nel paradiso degli innocenti desideri "proibiti" dai saperi degli esperti. Ognuno di noi ha qualcosa da farsi perdonare nella propria vita ma chiediamoci più spesso: di quale scienza o sapere siamo portatori?

BIBLIOGRAFIA

1. Marino S. Il Geriatra in RSA. Atti 55° Congresso Nazionale SIGG, 2010 <http://www.sigg.it/diapositive55/30/Marino.pdf>
2. Guaita A. La Rsa come protesi di sostegno del benessere degli anziani. In Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. (eds) Residenze sanitarie per anziani Il Mulino Editore, Bologna, 2002:517-530.
3. Guaita A, et al. Linee Guida per le RSA. Documento della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, 2003 (disponibile on line <http://www.sigg.it/dascaricare.asp>)
4. Ackermann RJ, Kemle KA, Vogel RL, Griffin RC Jr. Emergency department use by nursing home residents. Ann Emerg Med. 1998 Jun;31(6):749-57.
5. Funni A, Menegatti M, Gozzoli MF, Giacomini I, Luppi M. Impatto sul dipartimento di emergenza-accettazione della domanda di ospedalizzazione dei pazienti anziani ospitati in residenza sanitaria assistita Psico-geriatria. 2013;2:35-39.
6. Sorbi M. Il Giornale, 14.10.2013 <http://www.ilgiornale.it/news/milano/958092.html>