

SUPSI Health

Rivista semestrale dell'Unità di ricerca del Dipartimento sanità della SUPSI

Numero monotematico sull'universo anziani

EDITORIALE

Ivan Cinesi

L'OSPITE

Francesco Branca

LABORATORIO DI RICERCA

Andrea Cavicchioli

Rita Pezzati

Graziano Meli

SPAZIO THESIS

Riccardo Crivelli

Segnalazioni





Un Centro di competenza a favore del benessere e della qualità di vita degli anziani.

Fin dalla sua nascita nel 2006, il DSAN dedica un'attenzione tutta particolare a quella componente della popolazione la quale, dato l'incremento della sua numerosità sul piano demografico, sotto il profilo delle cure merita uno studio approfondito e innovativo, nonché comprensivo delle diverse sfaccettature esistenziali che la compongono.

Sia a livello di formazione, sia a livello di ricerca, la realtà degli anziani è stata così oggetto, nel corso degli ultimi anni, di numerose iniziative, accanto alle quali si sono costruite delle solide conoscenze ed esperienze così come delle valide sinergie con i partner del territorio impegnati in questo settore. È in questo contesto che il Dipartimento ha voluto dar vita al Centro di competenza "Benessere e qualità di vita della popolazione anziana". Occupandosi di formazione, di documentazione e di ricerca, il Centro si pone come obiettivi primari quelli di offrire un supporto al lavoro dei professionisti attivi nel settore e di promuovere una cultura della cura condivisa che sia rispettosa dei diritti, delle dignità e dei bisogni della persona anziana e dei suoi prossimi.

Composto da un nucleo interdisciplinare caratterizzato da competenze specifiche, differenziate e integrate, e da un'esperienza consolidata in campo geriatrico, il team del Centro di competenza si avvale del supporto esterno di noti professionisti e ricercatori attivi a livello locale, nazionale e internazionale. Portando avanti l'importante lavoro realizzato in questi anni sul fronte della geriatria, si occuperà di diffondere le buone pratiche esistenti e di sviluppare nuove linee guida specifiche anticipando ed evidenziando i fenomeni emergenti legati all'invecchiamento della popolazione.

Quale attestazione dell'importante traguardo, il quarto numero di SUPSI Health è integralmente dedicato al tema degli anziani e offre interessanti spunti che vanno nella direzione fin qui descritta. Si tratta però, è bene sottolinearlo, di una piccola parte, rispetto a tutte le iniziative formative e di ricerca intraprese fin qui negli ambiti della geriatria e della gerontologia. Tra queste ultime, nelle edizioni precedenti della rivista abbiamo per esempio già avuto l'occasione di conoscere il progetto interdisciplinare e sperimentale "Vivere meglio vestendo bene", sull'abbigliamento degli anziani in istituto. Altre ricerche dipartimentali e interdipartimentali attualmente in corso avranno invece modo di essere presentate nei prossimi numeri, trattando questioni di primaria importanza per la qualità di vita degli anziani quali il presente e il futuro dell'assistenza e cura in Casa per anziani, la promozione di un'offerta abitativa che risponda al crescente e differenziato bisogno della popolazione anziana, o, ancora, la valorizzazione delle competenze delle badanti. Si tratta per altro di tematiche che il nostro Ospite di questa edizione, il responsabile dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (del Dipartimento della Sanità e della Socialità), annovera tra le priorità più emergenti sul fronte pubblico in relazione a questa fascia demografica.

Tornando quindi ai contenuti di questo numero di SH, i tre contributi della rubrica "Laboratorio di ricerca" si sviluppano tra ricerca e formazione. Nel primo Andrea Cavicchioli descrive le tappe iniziali di un progetto in corso volto a verificare l'utilizzo di precisi applicativi tecnologici quali opportunità per migliorare la sicurezza di vita e la gestione dei problemi di salute negli anziani a domicilio, ritardando così la loro istituzionalizzazione. Riferendosi alla sua tesi in Alzheimerologia, il contributo seguente di Rita Pezzati esamina invece l'utilità della teoria dell'attaccamento nell'approcciarsi del curante al paziente affetto da demenze. Nell'ultimo dei tre articoli Graziano Meli dà infine una visione di come la formazione al DSAN, nei tre corsi di laurea prima, ma anche all'interno della formazione continua poi, affronta le specificità dell' "universo anziani".

Ivan Cinesi

Direttore del Dipartimento sanità della SUPSI



Dipartimento sanità (DSAN)

Galleria 2
CH - 6928 Manno

Realizzazione

Unità di ricerca del DSAN

Hanno collaborato

F. Branca
A. Cavicchioli
I. Cinesi
R. Crivelli
B. Masotti

G. Meli
R. Pezzati
A. Piccaluga-Piatti

sommario

EDITORIALE.....2

L'OSPITE

Bisogni degli anziani:
tra sostenibilità e rischio di non fare 4

LABORATORIO DI RICERCA

Information and Communication Technology
e Domotica a favore delle persone anziane 6

La teoria dell'attaccamento nel processo
fisiologico di invecchiamento e nelle demenze10

"L'universo anziani" nelle
formazioni Bachelor del Dipartimento sanità.....14

SPAZIO THESIS18

SEGNALAZIONI.....19



l'ospite



Bisogni degli anziani: tra sostenibilità e rischio di non fare.

Francesco Branca

Capo dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
(Dipartimento della Sanità e della Socialità)

Iniziamo col definire chi è l'anziano. Secondo la legge cantonale, sono considerate persone anziane "le persone che in base alla legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti hanno l'età stabilita per il diritto alla rendita di vecchiaia." (1)
Quindi, le donne a partire dai 64 anni compiuti e gli uomini a

partire dai 65 anni. Sotto quest'accezione nel Cantone vivono oggi circa 68'000 anziani, pari a circa il 20% della popolazione residente (ca. 334'000). All'interno di questo gruppo, che definiamo anziani 65+, assume forte rilevanza un sottogruppo, quello degli anziani 80+, che costituisce il riferimento essenziale per la pianificazione cantonale delle case per anziani. Si tratta, a oggi, di 19'000 persone, pari a circa il 6% della popolazione residente.

Per questi anziani, cosa si fa? Che cosa fa l'ente pubblico?

In base al bisogno, misurato con appositi strumenti di valutazione multidimensionale delle residue risorse fisiche, psichiche, familiari, sociali e finanziarie, vengono assicurati servizi e contributi economici finalizzati a favorire il mantenimento a domicilio e posti letto in case per anziani. Nel complesso, si tratta di un sistema fortemente orientato verso l'offerta di servizi, al contrario, ad esempio, di quello italiano, a forte caratterizzazione monetaria, dove la parte del leone la fanno le indennità di accompagnamento e l'assegno di cura. Da noi l'approccio è, per così dire, di garanzia della prestazione, in quanto lo Stato promuove, finanzia e controlla direttamente la gestione del servizio, garantendone la qualità e l'accessibilità sul piano sociale e territoriale.

Questo sistema si è sviluppato gradualmente (ma non sempre linearmente) (2) negli ultimi 30-40 anni rispondendo a vari input: amministrazione cantonale, enti locali, forze politiche, associazioni, fondazioni, movimenti, ecc. Verosimilmente, è proprio grazie alla gradualità del suo sviluppo e alla varietà degli input che l'attuale sistema risulta adeguato ai bisogni espressi, direttamente o indirettamente, dai nostri anziani. La prova è che, a parte qualche segnalazione puntuale di malfunzionamenti marginali, il grado di soddisfazione degli utenti dei servizi e dei loro familiari risulta elevato.

Nel 2020 gli anziani 65+ saranno circa 81'000 (+19% ca. rispetto al 2010), cioè il 23% della popolazione residente (ca. 345'000), mentre gli anziani 80+ saranno circa 25'000 (+31% ca. rispetto al 2010), cioè il 7% della popolazione residente. Questa crescita esponenziale della popolazione anziana richiede una serie di interventi, se vogliamo continuare a soddisfare adeguatamente i bisogni. Ad esempio:

- la pianificazione delle case per anziani (3) stima per il 2020 un fabbisogno di circa 5'360 posti letto (+1'200 posti ca. rispetto al 2010);
- la pianificazione del settore assistenza e cura a domicilio (4) indica per il 2014 un fabbisogno di circa 412'000 ore di cura e di 182'000 ore di economia domestica, con un aumento rispetto al fabbisogno stimato per il 2009 di 105 mila ore di cura (+34%) e di 20'000 ore di economia domestica (+12%).

Si tratta di un'evoluzione che solleva una molteplicità d'interrogativi, riassumibili nelle seguenti due domande: ai livelli e con le modalità di finanziamento attuali, il sistema sarà sostenibile? Quali sono i cambiamenti che bisognerà promuovere o assecondare e in conformità a quali finalità?

A mio avviso, la prima domanda è la tipica domanda da non porsi. Sembra un'eresia detto da un economista, ma non lo è. Innanzitutto, non arriveremmo mai a metterci d'accordo su una risposta, poiché i parametri da analizzare e condividere sono tali e tanti che alla fine avremmo perlomeno tante risposte quanti sono gli orientamenti politici. È vero, potremmo affidarci alla risposta della maggioranza; ma la maggioranza, la storia lo insegna, non sempre approva cose buone e giuste.

In secondo luogo, c'è il forte rischio che s'imbocchi la strada del non fare. Anche qui la storia insegna. Rimanendo nell'ambito demografico, basta guardare a ciò che è successo alla base della piramide per trovare conferma di tale rischio e delle sue pesanti conseguenze. Di fronte all'incertezza della sostenibilità di 5, 4, 3, 2 figli, i nostri genitori e noi abbiamo scelto di non fare, così che siamo arrivati ad un tasso di natalità al di sotto delle 10 nascite per 1'000 abitanti, ossia a un tasso di riproduzione di poco superiore all'unità. In cima alla piramide demografica, la scelta di non fare comporterebbe conseguenze altrettanto deleterie: razionamento delle prestazioni, assistenza e cura a 2-3 velocità, iniquità territoriale.

Ciò detto, la domanda giusta da porsi è: come fare? Certamente, fare bene al minor costo possibile. Facile a dirsi, ma anche non impossibile a farsi. Oggi, il settore dispone degli strumenti e delle competenze per una gestione efficace e efficiente dei servizi, che mette

anche in atto. Ma si può e si deve fare di più, facendo attenzione a non farsi suggestionare da nuove "tendenze", come quella legata all'affermazione secondo cui il servizio sanitario o sociosanitario non è tanto un centro di costo bensì soprattutto un centro di produzione. Questa è solo una mezza verità, poiché non si può prescindere dal fatto che questi servizi assorbono una forte componente della spesa pubblica, che evidentemente non può essere allocata diversamente.

Rispetto alla seconda domanda, la finalità dei cambiamenti da promuovere o assecondare non può essere che quella di sviluppare la completezza, la coerenza e l'adeguatezza del sistema, attraverso iniziative tendenti a:

- rendere le case per anziani meno luoghi di attesa della morte e più luoghi di vita, ponendo maggiore attenzione ad aspetti quali la dislocazione della struttura, la varietà dell'offerta di servizi, il mix di prestazioni e di professionalità, il coinvolgimento del volontariato e dei familiari;
- creare un'offerta di strutture intermedie tra la casa per anziani e il domicilio classico (appartamenti a misura d'anziano);
- alleggerire i caregiver familiari, attraverso il potenziamento dell'offerta di centri diurni, centri notturni, letti per soggiorni temporanei, nonché lo sviluppo controllato dell'impiego della "badante";
- adeguare costantemente l'offerta dei servizi di assistenza e cura a domicilio, garantendo una presa a carico, quando necessario, su tutto l'arco delle 24 ore e della settimana.

Tutte queste iniziative sono necessarie e, sul piano finanziario, rispondono al criterio di economicità, nel senso che contribuiscono al contenimento dei costi complessivi del sistema. Sono anche sostenibili? Sono da fare.

¹ Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz), del 30 novembre 2010, art. 3.

² Nella seconda metà degli anni Novanta, l'autorità politica decise una moratoria della costruzione di nuove case per anziani, dando in parallelo un forte impulso al settore dell'assistenza e della cura a domicilio. Tale moratoria venne tolta già con la pianificazione settoriale 2000-2010.

³ Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino, Progetto del Dipartimento della sanità e della socialità, Bellinzona, agosto 2010. Il documento è attualmente in fase di consultazione e verrà verosimilmente approvato dal Gran Consiglio in autunno.

⁴ Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2011-2014, Progetto del Dipartimento della sanità e della socialità, Bellinzona, giugno 2011. Il documento è in fase finale di elaborazione.

laboratorio di ricerca



Andrea Cavicchioli, Master of Science in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, è responsabile dell'Unità di ricerca al Dipartimento sanità. Si occupa in prevalenza di formazione continua e di ricerca operativa con una particolare attenzione alle tematiche della tecnologia applicata alle attività sanitarie.

Information and Communication Technology e Domotica a favore delle persone anziane.

Information and Communication Technology and Home Automation for the Elderly.

Andrea Cavicchioli

Riccardo Crivelli, Paola Ferrari, Laura Bertini (DSAN)

Gian Carlo Dozio, Lorenzo Sommaruga (DTI)

Abstract

The IDA project (ICT and home automation for the elderly) will create and implement, on an experimental basis, some technological solutions to domestic help

and monitoring of biological parameters and behaviours of frail older people living alone. The setting for the implementation of solutions consists of a sample of residents in the city of Lugano or living in apartments made available by the Ticino Society for Assistance to the Blind. The Municipality of Lugano, the Assistance and Homecare Service of Lugano and the Ticino Cantonal Federation Ambulance Services are the other operational partners in the project, along with several Ticino companies specializing in the sector of electronics and sensors. Starting from the needs of appropriately selected citizens, the intention is to test the hypothesis that these solutions improve safety and the management of health problems, and that they permit delaying the possible institutionalization of the elderly.

La genesi del progetto e gli scopi ¹

Il tema delle ICT (Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione) nella, e per, la società, sta uscendo dagli ambiti della riflessione puramente speculativa ed accademica per investire la dimensione della sperimentazione di terreno. Due forze stanno agendo in questa direzione:

- da un lato il mercato, che pur con dinamiche non univoche, sta proponendo a potenziali interessati delle ICT una varietà di prodotti di diversa complessità e volti a rispondere ai più disparati – reali o presunti – bisogni dell'individuo e dalla società;
- dall'altro lato la politica, che di fronte alla crescente complessità della società e delle sue problematiche, ha intravisto nelle ICT non solo un elemento che caratterizza oramai tale evoluzione, insinuandosi prepotentemente in ogni ambito esistenziale e socio-produttivo, ma anche un mezzo dalle formidabili potenzialità di semplificazione delle comunicazioni e di efficienza dei risultati ottenibili ai settori ove essa viene applicata.

Il business e la politica si confrontano e potrebbero allearsi per far sì che le ICT rispondano ai bisogni dei cittadini: è il concetto dell'"ICT for an inclusive society", fatto proprio dall'UE approvando la cosiddetta "Carta di Riga" nel 2006.

Tra le problematiche più dirompenti e impegnative che le nazioni occidentali hanno davanti a sé vi è quello dell'invecchiamento demografico: un fenomeno epocale,

¹ Questo paragrafo é tratto dalla "Domanda di finanziamento per progetti di sostegno alla ricerca" relativa a questo progetto, redatta da Andrea Cavicchioli, Riccardo Crivelli e Giancarlo Dozio (Novembre 2009).

riflesso di un progresso auspicato e tenacemente perseguito, ma anche generatore di inquietudine sulla capacità del sistema socio-economico ad assicurarne la sostenibilità e perennità. Il rapporto tra popolazione attiva e popolazione anziana, il sistema pensionistico, delle assicurazioni sociali e, più in generale, del Welfare State, le condizioni di vita e di salute, i rapporti inter-generazionali sono problematiche aperte, che richiedono dagli Stati nuove risposte e nuove visioni.

È in questo contesto che le ICT possono diventare interessanti, quali formidabili opportunità per lo sviluppo di prodotti e servizi a favore della qualità di vita degli anziani e quali preziose risorse a cui far capo, sebbene non in esclusiva, per rispondere alle sfide a cui si è accennato.

In Svizzera, e in Ticino, le previsioni attestano un invecchiamento demografico per certi versi ancora più marcato che non in altri paesi del "vecchio continente": anche sul piano nazionale e regionale i problemi relativi alla capacità del sistema socio-economico ad assicurare la sostenibilità a medio e lungo termine dei servizi e delle strutture necessarie ad assicurare agli anziani una vita dignitosa sta assumendo sempre più un carattere d'emergenza.

Da queste premesse è nata quindi l'idea di sperimentare assieme a un network di attori, attivi a diverso titolo con cittadini fragili residenti nel cantone, soluzioni innovative basate sullo sviluppo delle ICT e concepite in risposta ai loro specifici bisogni sociali e sanitari e nel contempo sostenibili anche dal profilo dei costi sociali e dei costi della sanità.

Gli obiettivi operativi del progetto si sono concretizzati sulla base delle specifiche necessità degli attori che si sono resi disponibili a partecipare al progetto e che di seguito saranno descritti.

Le istanze in campo

Nello spirito originale della ricerca operativa che è tipico delle SUP, il progetto si è innestato su una riflessione già in atto di alcuni attori che a diverso

titolo agiscono nel campo delle attività sanitarie e sociali a favore di persone anziane.

In particolare sono partner istituzionali di SUPSI:

- Città di Lugano;
- Società Ticinese per l'Assistenza ai Ciechi;
- SCUDO – Servizio di assistenza e cura a domicilio del Luganese;
- Federazione Cantonale Ticinese Servizi Ambulanze.

Sul piano interno collaborano al progetto due dipartimenti: il Dipartimento tecnologie innovative e il Dipartimento sanità. Infine collaborano al progetto alcune aziende del settore dell'informatica ed elettronica applicata che operano in Cantone.

Gli obiettivi preparativi

Il progetto sviluppa il tema dell'ICT a favore delle persone anziane in due situazioni operative ben definite:

- la Casa dei Ciechi – dove verranno predisposte soluzioni domotiche in tre alloggi di nuova costruzione e che ospiteranno altrettante persone autonome ma con parziali disabilità;
- la Città di Lugano – dove verranno implementate soluzioni domotiche e di monitoraggio di variabili biologiche e comportamentali di una quindicina di persone anziane che vivono da sole.

Le soluzioni tecnologiche in via di implementazione

I dispositivi che si stanno approntando appartengono a due sostanziali categorie:

- sensori in grado di agevolare la effettuazione di alcune attività domestiche come aprire/chiedere delle finestre/porte o di rilevare situazioni di potenziale pericolo (ad es: la piastra della cucina accesa da troppo tempo) e di porre in essere azioni correttive;
- apparecchiature che, in modo passivo, cioè senza l'intervento della persona che le utilizza, siano in grado di registrare variabili biologiche, ad esempio, la temperatura e la frequenza cardiaca o eventi critici come una caduta o la mancata assunzione di un farmaco.

Le funzionalità approntate o in via di implementazione sono sinteticamente descritte nella Tabella 1.

FUNZIONALITÀ PRESENTI O IN VIA DI IMPLEMENTAZIONE NELL'AMBITO DEL PROGETTO IDA
1. Temperatura ambientale
2. Umidità ambientale
3. Luminosità ambientale
4. Stato delle tapparelle
5. Stato delle porte e delle finestre (aperte o chiuse)
6. Consumo degli elettrodomestici
7. Stato del dispenser di medicinali
8. Allagamento del locale
9. Movimento della persona
10. Caduta della persona / movimenti anomali
11. Pressione corporea
12. Battito cardiaco
13. Temperatura corporea
14. Saturazione del sangue
15. Respiro
16. Pressione del corpo sul letto
17. Audio (speech) persona
18. Streaming Audio e video

Tabella 1.

I segnali di questi dispositivi, opportunamente raccolti, vengono convogliati per essere processati a un mini-computer posto all'interno dell'abitazione. Questo mini-computer, sulla base degli accordi presi fra la persona interessata, i suoi familiari e le diverse istanze attive, invierà gli opportuni

allarmi affinché siano corrette le situazioni che lo necessitano e provvederà a tenere memoria degli eventi accaduti.

L'approccio metodologico con le persone utilizzatrici coinvolte nel progetto

In attesa che gli appartamenti presso la Casa dei Ciechi siano approntati e funzionanti, nel frattempo è stata portata avanti la parte del progetto che prevede le installazioni in appartamenti abitati da persone fragili della Città di Lugano.

Proporre soluzioni tecnologiche che possono interferire con i problemi di salute e sicurezza delle persone non è certamente cosa semplice, per una serie di ragioni facilmente intuibili:

- la varietà delle condizioni culturali e di istruzione di ciascun soggetto potenziale utilizzatore;
- la confidenza o meno che queste persone hanno con la tecnologia in genere e con questa tecnologia in particolare;
- la fiducia che esse nutrono nella tecnologia;
- la situazione di partenza da cui si muovono, vale a dire il livello di copertura e la loro soddisfazione in ordine alle soluzioni organizzative attualmente messe in campo per gestire i loro problemi.

Per tutte queste ragioni non è pensabile che si individuino soluzioni valide per tutti i potenziali utilizzatori di tecnologia sanitaria. Anche nel nostro progetto si è tenuto conto di questi elementi adottando un approccio alla persona che cerchi di cogliere da una parte le sue effettive necessità e, dall'altra, i suoi desideri prevalenti.

In pratica è stata predisposta una valigia demo contenente le principali soluzioni sviluppate. Previa una pre-selezione dei potenziali candidati all'adozione della tecnologia, un'infermiera ricercatrice del DSAN, accompagnata da un ingegnere del DTI, visita i cittadini a casa loro. Durante l'incontro vengono analizzate le necessità delle persone e vengono proposte le soluzioni che sembrano più adeguate ai problemi posti. La persona è ovviamente libera di accettare o rifiutare quanto proposto. Viene inoltre garantito che, durante la fase di studio, non ci sarà nessuna

diminuzione nella presenza dei servizi di cure domiciliari.

Questo approccio è allineato con quanto la letteratura sul tema suggerisce e che per comodità si riassume di seguito.

Le applicazioni di Health-IT dovrebbero essere progettate e costruite:

- utilizzando metodologie che prevedano un elevato coinvolgimento ed interazione con gli utilizzatori;
- utilizzando metodologie di design flessibili e a rapida risposta alle esigenze espresse;
- assicurando un team di progettazione interprofessionale e competente;
- facendo sì che nel team di progettazione sia presente almeno un esperto di relazioni umane;
- ponendo particolare attenzione al tema della semplificazione delle azioni da svolgere da parte degli utilizzatori;
- facendo attenzione alle caratteristiche degli utilizzatori;
- predisponendo soluzioni multiple per il medesimo problema;
- utilizzando i feedback provenienti dai prototipi allestiti e dai loro utilizzatori per modificare le soluzioni progettate originariamente.

Quanto resta da fare

Nei prossimi mesi inizieranno ad essere installate le prime soluzioni proposte ai cittadini selezionati e da loro accettate. Sono in via di definizione gli accordi fra le istanze che in via ordinaria e in emergenza interverranno a supporto di queste persone, per consentire di gestire al meglio le situazioni di allarme che si genereranno dal momento della attivazione dei diversi dispositivi domotici e di monitoraggio per il verificarsi di una qualche situazione pericolosa.

Una volta che le soluzioni saranno state implementate, una ricercatrice del DSAN si occuperà di valutare in maniera approfondita il vissuto delle persone utilizzatrici per cogliere quali aspetti e caratteristiche hanno determinato una buona accettazione della tecnologia e in quali casi si sono invece verificate delle resistenze e difficoltà piccole o grandi.

Gli sviluppi futuri

Gli attuali finanziamenti del progetto coprono le attività fino a tutta la prima parte del 2013. Come detto oltre alle tre installazioni presso la Casa per i Ciechi si dovrebbero realizzare una ulteriore quindicina di allestimenti presso altrettanti utenti SCUDO residenti nel comprensorio cittadino di Lugano. Si sta concretizzando l'ipotesi di far concorrere qualcuna delle soluzioni tecnologiche individuate a ulteriori canali di finanziamento confederali (KTI) permettendo così il consolidarsi di alcuni prototipi in veri e propri prodotti industriali. Un'ulteriore linea di sviluppo è rappresentata dalla possibilità di agganciarsi a ipotesi progettuali di respiro internazionale, ad esempio nell'ambito del settimo programma quadro di ricerca della Comunità europea.

Bibliografia

- Biglan, K. M., T. S. Voss, L. M. Deuel, D. Miller, S. Eason, M. Fagnano, B. P. George, A. Appler, J. Polanowicz, L. Viti, S. Smith, A. Joseph, and R. Dorsey. 2009. Telemedicine for the Care of Nursing Home Residents with Parkinson's Disease. *Movements Disorders*, 24 (7): 1073-1076.
- Curtis, D. W., E. J. Pino, J. M. Bailey, E. I. Shih, J. Waterman, S. A. Vinterbo, T. O. Stair, J. V. Guttac, R. A. Greenes, and L. Ohno-Machado. 2008. SMART – An Integrated Wireless System for Monitoring Unattended Patients. *J Am Med Inform. Ass.*, 15: 44-53.
- Green, B. B., A. J. Cook, and J. D. Ralston. 2008. Effectiveness of Home Blood Pressure Monitoring, Web Communication, and Pharmacist Care on Hypertension Control: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 299 (24): 2857-2867.
- Jackson, C. L., S. Bolen, F. L. Brancati, M. L. Batts-Turner, and T. L. Gary. 2006. A Systematic Review of Interactive Computer-assisted Technology in Diabetes Care. *J Gen Intern Med*, 21: 105-110.
- Lehman, C., and J. M. Giacini. 2004. Pilot Study: The Impact of Technology on Home Bound Congestive Heart Failure Patients. *Home Health Care Technology Report*, v1 (4): 50, 59-60.
- Peters, D. 2008. Reducing Hospitalizations Through the Implementation of a Telehealth Program. *Home Health Care Management & Practice*, 21 (1): 39-43.

laboratorio di ricerca



Rita Pezzati possiede un Master of Science in Psicoterapia, opera presso l'Ospedale della Beata Vergine di Mendrisio, è docente-ricercatrice presso il Dipartimento sanità della SUPSI e conduce gruppi di sostegno psicologico/counselling per parenti di malati di Alzheimer. È inoltre professore a contratto presso l'Università degli studi di Milano Bicocca per la specialità di Psichiatria.

La teoria dell'attaccamento nel processo fisiologico di invecchiamento e nelle demenze.

Attachment Theories in the normal process of aging and in Dementia.

Rita Pezzati

Abstract

The perception of safety in attachment relationships takes on critical importance in the development and maintenance of effective emotional regulation throughout the course of life, even into ageing. People with secure attachment are seen to have an open and flexible style of emotional regulation, with access to a wide range of emotions and able to adapt their emotional responses to situational contingencies. However, people with avoidant attachment tend to minimize their negative emotional experiences. In ambivalent attachment, it is observed that there is an amplification

of such experiences and a hyper-vigilance with respect to signs of rejection. Current research shows how these behaviours are also detectable in people affected by dementia. The usefulness of this theory, in terms of care, implies an ability on the part of the caretaker to recognize, both in himself and in patients, modalities of relational co-construction, and in particular to diminish behavioural disturbances.

Introduzione

La teoria dell'attaccamento è attualmente una delle chiavi di lettura per affrontare numerose tematiche concernenti la relazione. Recentemente si è aperto un interessante filone di revisione dell'approccio alla persona affetta da demenza proprio a partire dalla comprensione degli stili di attaccamento sia dei curati che dei curanti, operatori e familiari. Come conclusione di un diploma in Alzheimerologia ho voluto affrontare questo aspetto.

Teoria dell'attaccamento di John Bowlby

Questa teoria postula l'esistenza di una tendenza innata nell'essere umano a ricercare la vicinanza protettiva di una figura di riferimento, scelta e differenziata, benché il suo sviluppo sia modulato dall'interazione con l'ambiente relazionale. L'attaccamento, anche se particolarmente evidente nella prima infanzia, viene considerato da Bowlby (1979) come parte inerente della natura umana, senza legami con l'età o a una fase specifica della vita.

Le emozioni svolgono un ruolo capitale nell'organizzazione e nell'espressione dell'attaccamento attraverso la loro funzione regolativa (Liotti 2001) attivando comportamenti di ricerca di vicinanza in caso di necessità, e restituendo informazioni sull'efficacia delle strategie attuate, aprendo una circolarità di lettura cognitivo-emozionale dell'assetto relazionale. Secondo Bowlby, l'offrire cura (*caregiving*) è parte

integrante dell'attaccamento quando un altro membro del proprio gruppo si trova in situazione di malattia o di disagio, sia cronicamente che temporaneamente ed è retto da motivi altruistici (Mikulincer 2001).

Pur esulando dalla possibilità di trattare l'argomento in queste pagine, ricordiamo l'importanza della scoperta dei neuroni a specchio per quanto riguarda la capacità di leggere l'intenzionalità dell'altro e il concetto di empatia ad esso correlato. Pur su basi diverse, già nel 1969 Bowlby proponeva una lettura dinamica dei sistemi comportamentali secondo cui la percezione soggettiva di sicurezza promuove reazioni altruistiche ai bisogni di altre persone, mentre l'assenza di "altri supportivi" in caso di stress, e la conseguente incertezza di attaccamento, inibisce l'attivazione di altri sistemi comportamentali tra cui la possibilità di pensare ed agire comportamenti di cura.

Le prime esperienze di attaccamento vengono racchiuse in particolari strutture della memoria implicita, nel sistema rappresentazionale del bambino, definito Modello Operativo Interno (MOI). I MOI sono una rappresentazione mentale del mondo, delle figure di attaccamento (FdA), di se stesso e delle relazioni che tali legami rappresentano (Guedeney e Guedeney 2009). I MOI, costituiti di memorie e aspettative comportamentali e degli stati emotivi a esse associati, benché tendenzialmente stabili devono anche rimanere plastici per poter continuare ad essere adattivi ed utili (Liotti 1991). Sono quindi aperti a revisioni basate su nuove esperienze relazionali "correttive" che contraddicano i modelli stabiliti (James 2003).

La valutazione sperimentale della perdita o separazione da una FdA diventa possibile grazie all'ideazione della "Strange Situation", situazione di separazione e ricongiungimento tra madre e figlio di un anno circa (Ainsworth 1978). Le differenze individuali sono state classificate in "stili di attaccamento" (pattern)

sicuro, insicuro-preoccupato, insicuro-distanziante e disorganizzato.

Attaccamento e anziani

Nel processo d'invecchiamento l'esperienza d'insicurezza, fragilità, vulnerabilità legata alle trasformazioni in atto, che nel periodo della vecchiaia prendono più frequentemente colorazioni di perdite e malattie sembrano ri-attivare in modo importante una ricerca di vicinanza di figure significative che possano far sperimentare la percezione di sicurezza (Bowlby 1969).

Mc Carty e Davies (2003) rilevano come per alcune persone anziane le memorie di attaccamento legate a relazioni problematiche esperite con i genitori durante l'infanzia possono rimanere "dormienti" durante la vita adulta per essere poi riattivate da eventi di disagio e malessere nella vecchiaia. Queste persone in vecchiaia, con l'aumentare del confronto di eventi negativi di vita, sono maggiormente esposte a sviluppare alti livelli di ansia, depressione e solitudine (Bradley e Cafferty 2001), e a mostrare maggiori sintomi fisici e psichici (Mc Carty e Davies 2003).

Uno stile di attaccamento sicuro, come in altre epoche della vita, è associato ad una maggiore percezione di benessere soggettivo (Cosentine e Magai 2003). Esso favorisce una vicinanza dei figli a un loro genitore anziano bisognoso. In caso di attaccamento insicuro, invece, lo stress percepito dai figli rende molto più difficile sopportare il carico di cura e ingaggiarsi in un rapporto emozionale (Shaver e Mikulincer 2004). In particolare i curanti familiari possono agire modalità compulsive di vicinanza al proprio caro.

L'attaccamento e le sindromi demenziali

Teoria dell'attaccamento e persone affette da demenza

In Olanda Miesen e i suoi collaboratori hanno realizzato una serie di studi chiarificando la declinazione del concetto di sicurezza in termini di attaccamento, presso persone che presentano un decadimento cerebrale anche grave, evidenziando

la circolarità dell'interazione tra i deficit emergenti e il comportamento nel quotidiano. In particolare Miesen (1993) si è interessato al fenomeno da lui definito "*parent fixation*", cioè la credenza che uno o ambedue i genitori siano ancora vivi, benché essi siano invece deceduti da molti anni. Uno studio su 40 pazienti affetti da demenza in contesto residenziale (Miesen 1993) ne ha verificato l'impatto in funzione del livello cognitivo e dell'attaccamento, rieditando la situazione sperimentale della *Strange Situation* adattandola alla popolazione anziana, ma conservandone gli aspetti essenziali di elicitazione dello stress da separazione e osservandone le risposte comportamentali mediante la "*Standard Visiting Procedure*" (SVP). Per l'autore, le progressive difficoltà a mantenere una capacità di dare significato al mondo e agli eventi si accompagnano alla crescente fatica di mantenere il senso di sicurezza con le FdA disponibili. Allo stesso tempo per la persona affetta da demenza diventa impossibile trovare nuove sicurezze o FdA. Ne consegue un senso d'insicurezza continua, di percezione di solitudine e di vissuto di separazione, trovandosi quindi a dover affrontare numerosi problemi pratici ed emozionali, che, a livello di attaccamento, "in situazione di minaccia di pericolo", si traducono in un'aumentata richiesta di vicinanza rassicurante (Miesen e Jones 2006). Queste persone si trovano quindi a dover gestire sempre più frequentemente, e senza più averne le competenze cognitive necessarie, il coordinamento del proprio funzionamento e il trauma di sé.

Lo stile di attaccamento, che apparentemente non cede al peggioramento cognitivo, così come le emozioni e la memoria procedurale, modula la maniera con il quale essi esprimono le loro emozioni e reagiscono alla presenza dei familiari (come dopo una separazione) (Guedeney e Guedeney 2009).

Uno studio su un campione di pazienti affetti da demenza ha indagato la relazione presente tra pattern di attaccamento nei pazienti (misurato in riferimento al periodo premorbo) e i disturbi comportamentali e stress del caregiver (Magai

e Cohen 1998). Nei pazienti con attaccamento preoccupato si evidenziano maggiori livelli di sintomatologia depressiva ed ansiosa. I pazienti con attaccamento distanziante manifestano comportamenti dirompenti e disturbanti e sintomatologia paranoide di maggior entità, rispetto ai pazienti con pattern di attaccamento sicuro. In particolare, coerentemente con i loro pattern di attaccamento, i primi mostrano manifestazioni emotive più intense, mentre i secondi tendono a negare i loro vissuti di ansia e ad allontanare i potenziali caregiver mediante comportamenti ostili. In entrambi i casi, i caregiver riportano un maggior carico soggettivo di stress rispetto ai caregiver dei pazienti con attaccamento sicuro.

La problematica dello studio dello stile di attaccamento delle persone affette da demenza è legata all'impossibilità di intervistare direttamente la persona stessa, se non attraverso la SVP, venendo però così a mancare una linea di base precedente. Le ricerche che si basano sulla ricostruzione della storia di attaccamento dei pazienti attraverso la narrazione dei familiari, l'attaccamento premorbo, sono sottoposti ad un inevitabile bias di validità.

La maggior parte degli studi evidenziano, per i familiari curanti di ogni ordine di legame, l'importanza di un attaccamento sicuro come fattore protettivo dei disagi connessi alla cura di persone care affette da demenza. Diversamente, uno stile di attaccamento insicuro preoccupato dei figli si accompagna a difficoltà nell'occuparsi del proprio caro affetto da demenza, a reagire più negativamente ai disturbi cognitivi e comportamentali, ad una difficoltà a trovare supporto. I figli che presentano uno stile insicuro evitante tendono a istituzionalizzare anticipatamente il proprio parente demente (Crispi 1997).

Teoria dell'attaccamento e operatori

Questa teoria può contribuire alla comprensione delle modalità inter-relazionali del personale

curante con i suoi curati affetti da demenza e i loro familiari. Miesen (2006) riporta uno studio effettuato su membri del personale di due strutture per anziani affetti da demenza, che hanno ricevuto un corso informativo sulle teorie di Bowlby nel corso di diciotto incontri della durata di tre ore per settimana. La percezione dei partecipanti sul miglioramento delle relazioni con gli ospiti e con i loro familiari offre un'indicazione di quanto in ogni formazione sarebbe utile introdurre elementi di conoscenza di questo approccio, oltre che di conoscenza di sé. Ciò vale soprattutto per quanto riguarda i frequenti "disturbi del comportamento", per i quali una lettura di senso, di senso del sintomo, e del valore di questo significato per se come curante, avrebbe una rilevanza inestimabile.

Conclusioni

La teoria dell'attaccamento di Bowlby, e gli sviluppi che i suoi discepoli diretti e indiretti sono stati in grado di apportare, oltre ad apparire come una cornice concettuale di lettura degli eventi relazionali durante i vari stadi di sviluppo delle persone e nelle varie forme di difficoltà che si possono presentare nel corso della vita, permette l'utilizzo di strumenti duttili e flessibili da parte di professionisti della cura.

Bibliografia

- Ainsworth, M., M. Blehar, and E. Waters. 1978. *Pattern of attachment, a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Bowlby, J. 1969. *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. 1979. The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130: 201-210.
- Bradley, J., and T. Cafferty. 2001. Attachment among older adults: Current issues and directions for future research. *Attachment & Human Development*, 3: 200-221.
- Considine, N., and C. Magai. 2003. Attachment and emotion experience in later life: The view from emotions theory. *Attachment & Human Development*, 5 (2): 165-187.
- Crispi, E. L., K. Schiaffino, and W. H. Berman. 1997. The contribution of attachment to burden in adult children of institutionalized parents with dementia. *The Gerontologist*, 37 (1): 52-60.
- Evans, S. 2004. Attachment in old age: Bowlby and others. In Evans, S., J. Garner (Editori). *Talking over the years. A handbook of dynamic psychotherapy with older adults*. Hove: Brunner-Routledge.
- Finkel, S. I., A. Burns, and G. Cohen. 2000. Behavioural and Psychological symptoms of Dementia (BPSD): a clinical and research update, overview. *Int Psychogeriatr*, 12: 13-18.
- Guédénéy, N., and A. Guédénéy. 2009. *L'attachement: approche théorique*, Cedex: Masson.
- James, I. 2003. Working with Older People: Implications for Schema Theory. *Clinical Psychology*, 10: 133-43.
- Liotti, G. 2001. *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psico-terapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionistica*. Milano: Cortina.
- Magai, C., and C. I. Cohen. 1998. Attachment style and emotion regulation in dementia patients and their relation to caregiver burden. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B (3): 147-154.
- McCarthy, G., and S. Davies. 2003. Some implications of Attachment Theory for Understanding Psychological Functioning. In: *Old Age: an Illustration from the Long-term Psychological Effects of World War Two*. *Clinical Psychology and Psychotherap*, 10: 144-55.
- Miesen, B. 1993. Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation and Bowlby's attachment theory. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8: 147-153.
- Miesen, B., and G. Jones. 2006. *Care-giving in dementia. Research and applications*. London/New York: Brunner/Routledge.
- Mikulincer, M., O. Gillath, V. Halevy, et al. 2001. Attachment theory and reactions to others' needs: Evidence that activation of the sense of attachment security promotes empathic responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81: 1205-1224.
- Shaver P., and M. Mikulincer. 2004. Attachment in the later years: A commentary. *Attachment & Human Development*, 6: 451-464.

laboratorio di ricerca



Graziano Meli dopo esperienze professionali come docente di scuola elementare e infermiere, si è laureato in Scienze dell'educazione. Da anni si occupa di formazione all'interno di percorsi di studio legati al mondo sanitario. Attualmente è responsabile delle formazioni Bachelor e membro della Direzione del Dipartimento sanità della SUPSI.

“L’universo anziani” nelle formazioni Bachelor del Dipartimento sanità *“The Elderly Universe” in Bachelor Education in the Department of Health Sciences*

Graziano Meli

Abstract

The design and management of a formative curriculum in the health field requires careful consideration of socio-demographic factors in the context of national and international reference. On a global scale the population pyramid shows an increase at the top. “The Elderly Universe” must therefore become a subject of study for professional caregivers.

The article presents the main considerations which have guided the curricular structuring of the three degree programmes as regards the approach to the elderly and some references to specific choices of content.

Premessa

*“L’invecchiamento è nel domani di ciascuno di noi.”
(Jones 2005)*

È stato detto che le società vengono giudicate dal modo in cui trattano i loro grandi vecchi e i loro giovanissimi. L’invecchiamento fa parte della vita. Abbiamo tutti padri, madri, mariti, mogli, compagni e amici che hanno superato l’età media (Jones 2005).

Nei prossimi anni la Svizzera registrerà, al pari di altri paesi, un netto e rapido invecchiamento della sua popolazione. La percentuale di persone di 65 anni e oltre, aumenterà sensibilmente, mentre la percentuale di giovani diminuirà. Questa modifica della struttura dell’età è frutto, da un lato, dell’evoluzione del tasso di natalità, dall’altro, dell’evoluzione della speranza di vita. Dall’anno 2000, un quinto della nostra popolazione ha ormai 65 anni o più. La maggior parte di queste persone – il 70% – saranno attive, consapevoli, forti e dinamiche, vivendo in modo autonomo all’interno delle loro comunità e godendosi pienamente la vita.

*“La Suisse passera de 7,4 millions de résidents permanents début 2005 à 8,2 millions en 2036 et à 8,1 millions en 2050 selon le nouveau scénario de référence réalisé par l’Office fédéral de la statistique (OFS). La population âgée de 65 ans ou plus augmentera de plus de 90% au cours de cette période, alors que la population de 20 à 64 ans baissera légèrement de 4% et que la population de 0 à 19 ans diminuera de 15%.”
(www.senioractu.com)*

Tuttavia un numero sempre crescente di persone anziane non invecchiano secondo le consuete aspettative. Se sono possibili anni di buona salute, di convivenza e di sostegno reciproco tra i coniugi e familiari, non possono essere esclusi anni di fragilità, di precarietà dello stato di salute, di solitudine e dipendenza. Sebbene la ricerca in ambito geriatrico propenda per una visione abbastanza ottimistica, se la durata di vita si allunga aumenterà anche il numero di anni durante i quali è forte la probabilità di una significativa dipendenza dall'aiuto di terzi per far fronte ai bisogni della vita quotidiana (Tognetti Bordogna 2007).

Da un punto di vista dell'individuo l'aumento della speranza di vita presenta prevalentemente aspetti positivi; dal punto di vista della società prevalgono invece gli accenni ad un crescente bisogno di assistenza e sostegno ed ai problemi che ne derivano. La ricerca gerontologica è unanime nel sostenere che il processo di invecchiamento segue un andamento molto individuale, che è caratterizzato dalle esperienze e dalle circostanze di tutta una vita e che per molte persone può esser modificato fino in età avanzata.

Il Rapporto del Consiglio Federale per una "Strategia in materia di vecchiaia" del 29 agosto 2007 costituisce un importante documento di orientamento tendente alla definizione di una politica federale in favore degli anziani.

"Il rapporto non si limita all'analisi di competenza della Confederazione. Le opzioni messe in evidenza riguardano soggetti diversi, anche se la Confederazione non può imporre misure nei campi dei Cantoni o dei comuni" (CF 2007).

Dal citato rapporto è possibile cogliere le future sfide di una politica nazionale della vecchiaia. Tali sfide non possono esser lette solo in un'ottica nazionale, ma costituiscono fonte di riflessione anche a livello regionale in quanto i cambiamenti citati si ripercuoteranno sulla formulazione di una

politica della vecchiaia volta al futuro. Politica nazionale che costituisce un'importante ed irrinunciabile determinante per chi si occupa di progettazione e gestione dei curricula formativi in ambito sanitario (Guilbert 1996 e Stroumza 1998). Sia a livello di formazione di base (Bachelor) che nella formazione continua (DAS e MAS) è imperativo riflettere sugli elementi concettuali che ne derivano, così da fornire agli studenti una serie di elementi di riferimento, indispensabili allo sviluppo di una sensibilità che permetta ai professionisti della cura di domani di disporre di competenze e di una visione ampia delle principali tematiche, delle sfide e delle problematiche "dell'universo anziani".

Studiare "l'universo anziani" al DSAN

La formazione al DSAN non si concentra quindi sulle patologie, sui bisogni di assistenza, ma mette al centro la persona anziana, i suoi bisogni, quelli del suo entourage collocandoli nelle fasi della vita e considerando il concetto di "invecchiamento attivo (1)" (OMS 2002) partendo, nelle formazioni Bachelor, con l'irrinunciabile lavoro di riflessione sulle rappresentazioni.

Il ruolo del fisioterapista, dell'ergoterapista e dell'infermiere sono così esplorati e proposti alla luce delle specifiche caratteristiche e problematiche dell'utenza cercando di vedere la *"lunga fase della vecchiaia non più come area omogenea, ma come fase della vita caratterizzata da passaggi generazionali, in cui essere in salute o meno ha un peso significativamente diverso (...) gli anziani costituiscono una realtà complessa e articolata, distinguibile, non solo per genere, ma anche per fascia di età o generazione e condizioni di salute. Siamo di fronte a generazioni di individui con specificità e differenze che debbono essere sistematicamente riconosciute in termini di previdenza, assistenza, occupazione, tempo libero (...) con attenzione ai grandi anziani poiché presentano specificità e peculiarità che si iscrivono in un contesto di grande vulnerabilità: un maggior isolamento sociale, condizioni fisiche meno prestanti, un corpo segnato dall'età, condizioni biologiche "usurate" a causa dell'età"* (Tognetti Bordogna 2007).

¹ Gran parte delle persone anziane conducono una vita autonoma nella propria abitazione o nella propria casa. Nel 2000 soltanto l'8,5% delle persone di più di 65 anni viveva in case per anziani e di cura o in altre istituzioni (USTAT 2005).

Sin dal primo semestre questa realtà viene esplorata e approfondita nell'intento di sottolineare la complessità e l'articolazione "dell'universo anziani", di offrire agli studenti delle chiavi di lettura e modelli interpretativi antropologici, sociologici, psicologici, fisiopatologici e di correlarle in seguito allo specifico ruolo che infermieri, ergoterapisti e fisioterapisti svolgono nelle istituzioni sanitarie e sociali, ma anche nei luoghi di vita degli anziani. Il modulo "Fasi della vita e caratteristiche dell'utenza"⁽²⁾ permette di riconoscere le caratteristiche, i bisogni e le attività dell'anziano mediante una pluralità di sguardi e di linguaggi e di alcune determinanti significative della condizione dell'anziano. Si recupera uno sguardo ricco di progettualità, di vita, di speranze, ma anche di perdite, di cambiamenti. Emergono sin dall'inizio della formazione la centralità della persona, i valori, la cultura, i ruoli, i bisogni, gli interessi ed i desideri che tuttavia la malattia, il dolore, la disabilità possono modificare assai intensamente.

"Perché il paziente ha bisogno nell'incontro terapeutico di dare un senso alla sua malattia e il suo racconto da solo non basta a soddisfare il suo bisogno. Necessita di condividerlo, mediarlo, vederselo restituito dal terapeuta a partire da quella che è la sua storia di malattia. Ha bisogno, in una parola, di "comporre" un'esperienza di malattia. Nel momento in cui l'operatore risponde a questo bisogno attraverso la costruzione di una storia condivisa (...) ha già effettuato un atto terapeutico, che non è tout court sovrapponibile al progetto terapeutico – il quale necessita anche di interventi finalizzati alla guarigione del paziente – ma ne è una parte costitutiva perché lo scopo dell'incontro clinico è anche e soprattutto una restituzione, non solo di informazioni, ma anche sulle idee, sui vissuti, sulle paure e sulle aspettative del paziente" (Zannini 2009)

Da questa "entrata in materia" comune ai tre corsi di laurea gestita da docenti e specialisti delle tre professioni, si passa poi ad una trattazione più orientata allo specifico ruolo.

Nel corso di laurea in Cure infermieristiche l'approccio all'anziano è affrontato "trasversalmente" in tutti i moduli di pratica clinica e tecniche professionali. Ogni modulo analizza le problematiche di cura con attenzione alle specificità di bambini, adulti e anziani. I contenuti specifici "dell'universo anziano" sono stati identificati e visualizzati in una mappa concettuale che serve da strumento di lavoro in fase di pianificazione dei moduli e fornisce nel contempo una visione generale della molteplicità dei temi e delle ripercussioni sulle cure.

Il corso di laurea in Ergoterapia ha invece concentrato le principali tematiche nel modulo "Intervento ergoterapico in geriatria (3)". Gli elementi precedentemente citati sono correlati ai vari modelli, metodi e approcci dell'ergoterapia con un'attenzione particolare alle storie di vita, alla persona, all'ambiente e all'attività. Dal pensionamento come continuum naturale della vita, alla peculiarità delle prevenzione, della rieducazione, della riabilitazione, del mantenimento e della riattivazione. Identità, ruoli e storie di vita diventano strumenti essenziali nel processo terapeutico in un contesto ambientale assai differenziato. La perdita, il lasciare, il lutto e la morte sono affrontati con modalità didattiche attive, a partire da situazioni di vita reali, grazie anche a numerose testimonianze e apporti di colleghi professionisti esperti. Gli stage permettono agli studenti di avvicinarsi alla realtà e di mettere alla prova gli strumenti e le modalità discusse e analizzate in classe.

Il corso di laurea in Fisioterapia evidenzia la specificità nella presa a carico del paziente anziano all'interno di alcuni moduli con particolare attenzione all'importante problema della prevenzione delle cadute in ambito domiciliare e della demenza senile nelle sue complesse e articolate implicazioni per il paziente, i famigliari, i caregivers informali.

² 4 ECTS, corrispondenti a 120 ore di formazione.

³ 6 ECTS, corrispondenti a 180 ore di formazione.

Le possibilità formative dopo il conseguimento del Bachelor permetteranno ai nostri studenti di perfezionare ulteriormente le loro competenze negli ambiti della geriatria e gerontologia (formazione breve, CAS/DAS/MAS). Oltre alla formazione continua al DSAN è infatti possibile seguire percorsi di specializzazione presso tutte le altre Hautes écoles spécialisées et Fachhochschule svizzere (4).

Alla luce dei più recenti indicatori epidemiologici e sociodemografici, consci della responsabilità che abbiamo nella formazione delle future generazioni di curanti, l'imminente attività di revisione curricolare ci porterà a rivisitare tutta la costruzione formativa triennale dei corsi di laurea per continuare la nostra riflessione, rinforzare alcune scelte concettuali che mettono al centro dell'azione formativa la persona e, per quanto attiene l'universo anziani, come dicono Pezzati, Moser e Luban-Ploza (2002) cercare di *"individuare quegli elementi che, nel percorso di trasformazione dell'identità durante il processo di invecchiamento, contribuiscono in maniera significativa a costruire situazioni di equilibrio e serenità, invece che di sofferenza e insoddisfazione, per poter aiutare l'anziano in difficoltà a superare un momento di crisi, e l'anziano potenziale, il giovane, a mettersi in condizione di affrontare la trasformazione in modo più funzionale"*.

Bibliografia

- Consiglio Federale. 2007. *Strategia in materia di politica della vecchiaia*. Berna.
- Guilbert, J. J. 2002. *Guida pedagogica per il personale sanitario*, OMS quarta edizione. Bari: Edizioni dal Sud.
- Jones, M. 2005. *Gentlecare*. Roma: Carocci Faber.
- Moser, F., R. Pezzati, and B. Luban-Ploza. 2002. *Un'età da abitare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stroumza, J. et.al. 1998. *Ingénierie, évaluation et qualité en formation*. Ginevra: FPSE.
- Tognetti Bordogna., M. (a cura di) 2007. *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*. Milano: Franco Angeli.
- Zannini, L. 2009. *Salute malattia e cura*. Milano: Franco Angeli.

⁴ HES-SO, ZHAW, BFH, FHSG, Kaleidos.

spazio thesis



Riccardo Crivelli, Professore SUPSI

In Ticino ci sono oltre 4'000 posti letto nelle case per anziani. In base alle previsioni demografiche, altre case e altri posti letto saranno realizzati nei prossimi anni da parte di comuni o altri enti, con il sostegno del Cantone. Dietro il dato quantitativo, che può di primo acchito anche impressionare, si celano degli indirizzi di politica sociale e sanitaria, che hanno fatto da sfondo

alla determinazione del "fabbisogno" di istituzionalizzazione delle persone anziane.

Sembrerebbe ineluttabile che a un certo punto, quando l'autonomia della persona e la sua capacità di far fronte alla propria vita quotidiana diminuiscono, la "soluzione" casa per anziani rimanga l'ultima ratio. Questo modo di rappresentare la casa per anziani è molto diffuso, semplificato e quant'anche semplicistico, quasi "meccanico": si direbbe che esso rappresenti il risultato di un'equazione, come se il valore della variabile dipendente "anziano" trovasse soluzione nella variabile indipendente "casa per anziani".

In realtà, per dare un senso alla vita di chi lascia il proprio domicilio per varcare la soglia di un istituto, occorre che questo sia in grado di proporsi, appunto e innanzitutto, come luogo di vita a tutti gli effetti.

La tesi di Bachelor in Ergoterapia di Lia Valletta, dal significativo titolo "In grado di intendere e volere", si basa proprio su questo importante assunto, e cioè che la progettazione di uno spazio destinato alla vita degli anziani deve prendere le mosse dai bisogni fondamentali degli stessi e quindi dalla loro necessità di essere riconosciuti nella loro identità, nei propri ruoli sociali, nel proprio essere occupazionale e nel proprio diritto di (continuare a) effettuare delle scelte. Principi condivisibili, relativamente facili da enunciare e apparentemente evidenti, ma molto più difficili da realizzare.

Poiché i bisogni delle persone non sono astratti, bensì reali, concreti, la prima cosa da fare è allora quella di indagarli sul terreno. È ciò che ha fatto Lia Valletta, prendendo lo spunto dall'opportunità di valutare la possibilità di realizzare una nuova struttura a Vacallo, comune del Mendrisiotto a ridosso di Chiasso e all'imbocco della Valle di Muggio. Contestualmente al mandato che l'Unità di ricerca del DSAN ha ricevuto dal Comune, di realizzare uno studio di fattibilità per una nuova casa per anziani, ha raccolto interessanti e utili dati sulle abitudini, necessità e desideri delle persone che potrebbero essere un giorno gli ospiti residenti della stessa. L'indagine non è però stata fatta in modo approssimativo o sommario, ma con preciso riferimento ai principi proposti da quattro modelli teorici ergoterapici, ognuno dei quali evidenzia l'importanza della considerazione della persona anziana come essere completo che, non perché anziana, non agisce, pensa o decide. Un individuo che all'occorrenza ha bisogno di cure, ma che non deve essere semplicemente dipendente dalla volontà degli altri.

I dati raccolti evidenziano i bisogni degli anziani proiettati nella nuova struttura: chi ora sarà chiamato a pensare e a progettare la stessa, ne potrà debitamente tener conto, in particolare nella concezione degli spazi, considerando non solo l'aspetto delle necessità mediche, ma l'insieme dei bisogni che permettono di affrontare dignitosamente la propria vita. Senza voler misconoscere gli sforzi intrapresi nella realizzazione di un adeguato numero di posti letto in casa per anziani, la tesi invita a considerare seriamente le dimensioni qualitative di quanto accompagna il puro dato quantitativo. In questo senso, il parametro dei "posti letto" risulta certamente operativo ma anche limitativo rispetto all'insieme delle dimensioni che occorrerebbe considerare.

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento sanità
Formazione continua

SUPSI
Opportunity makes wiser



5 seminari di Fisioterapia neuromuscoloscheletrica tenuti da rinomati clinici di fama internazionale:

- Christoph McCarthy
- Alan Taylor e Roger Kerry
- Alfio Albasini
- Tom Arild Torstensen

Info su:
www.supsi.ch/dsan

«Ouverture
SWISS CONGRESS
FOR HEALTH
PROFESSIONS»

Swiss Congress for Health Professions

Il Dipartimento sanità della ZHAW (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften) organizza a Winterthur il secondo Congresso svizzero per le professioni sanitarie che si terrà tra il 31 maggio e il 1 giugno 2012. Consulta il programma e le modalità di partecipazione.

<http://www.schp.ch>

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento sanità
Formazione continua

SUPSI

Le ragioni della Medicina integrata e il professionista sanitario del futuro

Conferenza



Mercoledì 23 novembre 2011, dalle 17.00 alle 19.00
Stabile Galleria 2, Manno - TI

Daniela Helena Jurisic
MD Clinical Assistant Professor, Medical College of Wisconsin;
Vice President, A.I.M.; Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione

Cristiano Gandini
MD Clinical Assistant Professor, Medical College of Wisconsin; President, A.I.M.;
Dirigente Medico di Primo Livello Terapia Intensiva Pediatrica e Medicina del dolore, Policlinico di Milano

Iscrizione entro il 15 novembre via mail a claudia.fontana@supsi.ch
oppure chiamando il +41 (0)58 666 64 32
Quota di partecipazione: 50 CHF

La spalla instabile

Conferenza



Giovedì 27 ottobre 2011, dalle 17.00 alle 19.00
Stabile Galleria 2, Manno - TI

Prof. Ettore Taverna
Responsabile unità operativa Spalla, IRCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano;
Medico Aggiunto Ortopedia, OBV, Mendrisio;
Membro Ars Ortopedica, Ars Medica Clinic, Gravesano

Iscrizione entro il 10 ottobre via mail a claudia.fontana@supsi.ch
oppure chiamando il +41 (0)58 666 64 32
Quota di partecipazione: 50 CHF

Informazioni e descrizione della conferenza su: www.supsi.ch/dsan

www.supsi.ch/dsan
