

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Terapie e attività assistite con gli animali in Italia.
Attualità, prospettive e proposta di linee guida**

A cura di
Francesca Cirulli, Nadia Francia ed Enrico Alleva
Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze

ISSN 1123-3117
Rapporti ISTISAN
10/4

Istituto Superiore di Sanità

Terapie e attività assistite con gli animali in Italia. Attualità, prospettive e proposta di linee guida

A cura di Francesca Cirulli, Nadia Francia ed Enrico Alleva

2010, 58 p. Rapporti ISTISAN 10/4

Nei giorni 18 e 19 novembre 2009 il Reparto di Neuroscienze comportamentali, Dipartimento di Biologia cellulare e Neuroscienze, dell'Istituto Superiore di Sanità, ha organizzato la seconda edizione del Corso "Terapie e Attività Assistite in Italia: attualità, prospettive e proposta di linee guida". Nel fare il punto sulla situazione italiana in materia di Terapie e Attività Assistite (TAA) con gli animali, il Corso ha tentato di colmare il vuoto legislativo in materia di *Pet therapy*, rivolgendosi alle molteplici figure professionali coinvolte. Questo Rapporto raccoglie il contributo di alcuni dei docenti intervenuti al Corso, che ha avuto come obiettivo quello di definire gli ambiti applicativi delle TAA e di fornire ai discenti le nozioni teoriche necessarie per il raggiungimento degli standard tecnico-scientifici indispensabili per una buona pratica di tali terapie.

Parole chiave: *Pet therapy*, Salute umana, Benessere animale, Zooantropologia, Linee guida

Istituto Superiore di Sanità

Animal assisted activities and therapies in Italy. State of the art, perspectives and proposed guidelines.

Edited by Francesca Cirulli, Nadia Francia and Enrico Alleva

2010, 58 p. Rapporti ISTISAN 10/4 (in Italian)

On November 18 and 19, 2009 the Section of Behavioural Neuroscience (Department of Cell Biology and Neurosciences) of the Istituto Superiore di Sanità (National Institute of Health in Italy), has organized the second edition of the Course *Terapie e Attività Assistite in Italia: attualità, prospettive e proposta di linee guida*. The aim of this initiative has been to give up-to date information on animal assisted activities and therapies in Italy. More in detail, a great emphasis has been placed on instructing participants on good practises and methodological details required to reach the scientific standards needed to organize such activities. This is particularly important, given the current lack of an *ad hoc* legislation on these practises. Ethical issues were discussed as well as guidelines to ensure health and welfare of all subjects participating in these programs.

Key words: Pet therapy, Human health, Animal welfare, Zoo-anthropology, Guidelines

Si ringraziano la Fondazione Nando Peretti (Progetto di ricerca "Effects of dog-assisted therapies on physical and psychological well being in the institutionalized elderly") e il MIUR (Progetto "Il comportamento del cane come chiave di lettura del mondo non umano: presupposti per un dialogo darwiniano tra specie diverse"; nell'ambito delle attività divulgative previste dalla legge 6/2000, concernente "Iniziative per la diffusione della cultura scientifica").

Per informazioni su questo documento scrivere a: francesca.cirulli@iss.it.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Cirulli F, Francia N, Alleva E. (Ed.). *Terapie e attività assistite con gli animali in Italia. Attualità, prospettive e proposta di linee guida*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Rapporti ISTISAN 10/4).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© Istituto Superiore di Sanità 2010

INDICE

Introduzione.....	1
Terapie e attività assistite con gli animali in Italia: una realtà emergente <i>Francesca Cirulli, Nadia Francia, Enrico Alleva</i>	2
L'agricoltura sociale: un fenomeno in crescita in Italia e in Europa <i>Roberto Finuola</i>	6
Problemi bioetici relativi all'impiego di animali a fini terapeutici e di assistenza. Il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica (2005) <i>Pasqualino Santori</i>	10
Il consenso informato dei pazienti affetti da demenza: problemi di etica <i>Carlo Petrini</i>	14
Diminuire la distanza: il rapporto con l'animale di laboratorio <i>Augusto Vitale.....</i>	18
Attività condotte con l'ausilio degli animali in soggetti affetti da sindromi autistiche: potenzialità e limiti <i>Donata Pagetti Vivanti</i>	20
L'esperienza dell'ULSS n. 4 della Regione Veneto: quando la relazione con l'animale può aiutare a guarire <i>Lino Cavedon.....</i>	24
Scelta della razza canina nei programmi di terapia e attività assistite <i>Arianna Manciocco</i>	28
Valutazione del comportamento aggressivo del cane <i>Giulia Bompadre, Stefano Cinotti.....</i>	32
Il centro di riabilitazione equestre di Villa Buon Respiro <i>Daniela Zoppi, Paola Marinaro</i>	35
Percorsi terapeutici con gli asini <i>Patrizia Reinger Cantiello.....</i>	38
Metodologie statistiche e disegno sperimentale <i>Flavia Chiarotti</i>	41
Valutazione multidimensionale dell'anziano fragile: punti critici e aspetti metodologici <i>Antonella Gigantesco, Isabella Cascavilla, Claudia Meduri</i>	46

**Attività assistite con gli anziani: strutturazione di uno studio pilota
coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità nella Regione Lazio**

Francesca Cirulli, Maria Livia Terranova, Alessandra Berry, Marta Borgi e Nadia Francia 51

**Attività e terapie a mediazione animale:
il modello integrato dell'Associazione Nazionale Utilizzo del Cane
per Scopi Sociali (ANUCSS Onlus)**

Francesca Allegrucci, Claudio de Cato 55

INTRODUZIONE

L'utilizzo degli animali a fini terapeutici ha radici molto antiche. Il moderno termine di *Pet therapy* si riferisce alla strutturazione metodologica dell'uso di soggetti animali finalizzata al trattamento di specifiche patologie. Studi recenti suggeriscono che il contatto con un animale, oltre a garantire la sostituzione di affetti mancanti o carenti, possa favorire i contatti interpersonali attraverso meccanismi di facilitazione sociale. La relazione con un *pet* può aiutare ad affrontare condizioni di stress o di conflittualità e rappresenta un potenziale aiuto per pazienti con problemi di comportamento sociale e di comunicazione, specie se bambini o anziani, ma anche per chi soffre di alcune forme di disabilità e di ritardo mentale, e per pazienti psichiatrici.

In Italia la *Pet therapy* è stata riconosciuta come cura ufficiale con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 febbraio 2003 che ha sancito per la prima volta nella storia del nostro Paese il ruolo che un animale può avere nella vita affettiva di una persona, nonché la valenza terapeutica degli animali da compagnia.

Negli ultimi anni si sta assistendo a un fiorire di iniziative che utilizzano soggetti animali a fini terapeutici e che vengono comunemente riunite sotto il termine di *Pet therapy*. Tuttavia, tali attività, che spesso si basano su iniziative spontanee, sono caratterizzate da una notevole eterogeneità, sia per quanto riguarda il percorso formativo degli operatori, sia per la tipologia degli utenti e le metodologie adottate. Evidenze scientifiche e strumenti metodologici adeguati e scientificamente validati sono requisiti fondamentali perché le Terapie e Attività Assistite (TAA) possano diventare degli strumenti innovativi all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, contribuendo efficacemente a promuovere la salute umana, nel rispetto del benessere dell'animale terapeuta. A tale scopo, il Reparto di Neuroscienze comportamentali, Dipartimento di Biologia cellulare e Neuroscienze, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nei giorni 18 e 19 novembre 2009, ha organizzato la seconda edizione del Corso "Terapie e Attività Assistite in Italia: attualità, prospettive e proposta di linee guida". Nel fare il punto sulla situazione italiana in materia di TAA, il Corso ha tentato di colmare il vuoto legislativo in materia di *Pet therapy* e di rispondere all'esigenza formativa delle molteplici figure professionali coinvolte. In particolare, l'evento ha avuto come obiettivo principale quello di definire gli ambiti applicativi delle TAA e di fornire ai discenti le nozioni teoriche necessarie per il raggiungimento degli standard tecnico-scientifici indispensabili per una buona pratica di tali terapie.

Il Rapporto raccoglie il contributo di alcuni dei docenti intervenuti al Corso che hanno discusso le implicazioni etiche, le potenzialità e i limiti di applicabilità di tali approcci innovativi a determinate patologie umane. Particolare enfasi è stata inoltre posta sulle caratteristiche etologiche da prendere in considerazione nella scelta dell'animale co-terapeuta. Infine, quale esempio di procedure di riferimento e di standard tecnico-scientifici per una buona pratica delle TAA, è stato presentato il progetto "Studio degli effetti di terapie assistite con il cane sul benessere psicologico e fisico dell'anziano", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, di cui sono stati illustrati il percorso metodologico e i risultati preliminari.

TERAPIE E ATTIVITÀ ASSISTITE CON GLI ANIMALI IN ITALIA: UNA REALTÀ EMERGENTE

Francesca Cirulli, Nadia Francia, Enrico Alleva

Dipartimento di Biologia cellulare e Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

L'utilizzo degli animali a fini terapeutici si inserisce nel più ampio ambito del rapporto uomo-animale, che ha radici antiche. Il moderno termine di *Pet therapy* si riferisce alla strutturazione metodologica dell'uso di soggetti animali finalizzata al trattamento di specifiche patologie. Negli ultimi anni gli approcci che si basano sull'utilizzo di animali da compagnia nel trattamento dei disturbi dell'umore e del comportamento, è stata rivalutata, anche grazie all'affinamento delle metodologie applicative sempre più mirate alla cura di specifiche psicopatologie. I risultati di recenti studi scientifici indicano come l'interazione con un animale favorisca i rapporti inter-personali, stimolando ilarità e giocosità e offrendo occasioni di interazione. L'animale può svolgere la funzione di ammortizzatore in particolari condizioni di stress e di conflittualità e può rappresentare un valido aiuto per pazienti con problemi di comportamento sociale e di comunicazione, specie se bambini o anziani, ma anche per chi soffre di alcune forme di disabilità e di ritardo mentale e per pazienti psichiatrici.

Il termine *Pet therapy*, spesso impropriamente usato, fu coniato nel 1964 dallo psichiatra infantile Boris M. Levinson (Levinson, 1962) per descrivere l'uso di animali da compagnia nella cura di malattie psichiatriche. Levinson aveva infatti osservato come la presenza del proprio cane Jingles alle sedute con pazienti pediatriche con serie difficoltà di relazione e di comunicazione interpersonale, facilitasse l'instaurarsi della relazione tra terapeuta e paziente, funzionale all'inizio di una terapia. Jingles sembrava infatti avere la funzione di "sciogliere il ghiaccio" aiutando il paziente ad abbassare le proprie barriere emotive. Secondo Levinson la chiave dell'efficacia terapeutica del partner animale sarebbe da ricercarsi nell'instaurarsi di un rapporto empatico.

Levinson non è stato il primo ad attribuire proprietà terapeutiche agli animali. Nell'antico Egitto i cani erano consacrati allo sciacallo, Anubis, il Dio dalla testa di cane, guardiani dei misteri della mummificazione e della reincarnazione. Nelle antiche culture, agli animali venivano attribuiti poteri soprannaturali e taumaturgici. In epoca più recente, alle gentildonne dell'Inghilterra elisabettiana veniva suggerita la compagnia di un cane come rimedio per la "malinconia". Uno dei primi casi documentati di utilizzo di animali in un istituto per malati mentali risale proprio alla fine del 1800 in Inghilterra. I pazienti di questo Istituto venivano lasciati liberi di passeggiare e di interagire con gli animali domestici – polli e conigli – che popolavano il giardino con la convinzione che essi potessero avere un'influenza "umanizzatrice" sui malati e che la loro presenza di creature indifese potesse indurre i pazienti ad autodisciplinarsi e a prendersi cura di loro.

Da un punto di vista operativo, va scoraggiato l'utilizzo del termine *Pet therapy* perché troppo generico e usato per raggruppare tipologie di attività assai diverse, mentre si preferisce distinguere tra *Animal-Assisted Activities* e *Animal-Assisted Therapies*:

- *Animal-Assisted Activities (AAA)*

Attività svolte con gli animali, che hanno lo scopo di migliorare la qualità della vita di alcune categorie di persone (per esempio ciechi o portatori di handicap psico-fisici). Le AAA vengono effettuate in una vasta gamma di contesti ambientali da professionisti abilitati e para-professionisti e/o volontari di associazioni con specifiche caratteristiche che lavorano con animali.

- *Animal-Assisted Therapies*

Terapie Assistite con gli Animali (TAA) o Uso Terapeutico degli Animali da Compagnia (UTAC), che affiancano alle terapie tradizionali l'utilizzo di animali con specifiche caratteristiche. Le TAA vengono utilizzate per migliorare lo stato fisico, sociale, emotivo e cognitivo di pazienti. Sono effettuate in ampi e differenti contesti e possono coinvolgere gruppi o singoli individui. Il procedimento viene inoltre documentato e valutato.

L'utilizzo di animali da compagnia ai fini di *Pet therapy* è stato riconosciuto come cura ufficiale dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 febbraio 2003. Tale Decreto ha sancito per la prima volta nella storia del nostro paese il ruolo che un animale può avere nella vita affettiva di una persona, nonché la valenza terapeutica degli animali da compagnia. Tuttavia, non esiste in Italia al momento una legislazione specifica in materia di terapie e attività svolte con l'ausilio di animali, sebbene vi siano alcune iniziative a livello di singole Regioni. Il vuoto legislativo che caratterizza questo campo di attività ha favorito il moltiplicarsi di iniziative che utilizzano soggetti animali a fini terapeutici. La definizione di validi strumenti metodologici e di linee guida che regolino tali pratiche è un'esigenza sentita da tutte le categorie professionali che operano in questo campo, al fine di salvaguardare tanto la salute umana che il benessere degli animali impiegati nelle terapie. Va sottolineato come i soggetti coinvolti sono più frequentemente rappresentati da anziani o da bambini, categorie particolarmente vulnerabili, e che necessitano di interventi mirati, soprattutto nel caso di specifiche patologie.

Nonostante in Italia vi siano numerosissime iniziative in questo campo, vi è la necessità di costruire dei riferimenti teorici e metodologici ad uso di tutti coloro si accingano a intraprendere tali attività. In particolare, un'esigenza particolarmente sentita è quella di avviare delle sperimentazioni rigorose che favoriscano la raccolta di dati scientifici, che testimonino dell'efficacia di tali terapie, e interventi legislativi che tutelino la salute e il benessere per una vera "alleanza terapeutica uomo-animale".

A tal proposito, l'ISS organizza corsi rivolti a molteplici figure professionali offrendo l'opportunità di apprendere le nozioni teoriche necessarie per il raggiungimento degli standard scientifici e tecnici indispensabili per una buona pratica di tali terapie. In particolare, vengono approfonditi gli aspetti sanitari, zooantropologici, etici e tecnico-scientifici relativi all'impiego di animali in attività correlate alla salute e al benessere dell'animale e dell'uomo. Inoltre vengono approfondite le nozioni necessarie per sviluppare o migliorare la qualità di progetti basati sull'interazione uomo-animale.

Tra le raccomandazioni per una buona pratica delle AAA e delle TAA ricordiamo:

- *Interdisciplinarietà*

La presenza di un'équipe multidisciplinare può assicurare il successo del progetto. Nel caso delle AAA le attività possono essere svolte tanto da singoli che da gruppi, incluse associazioni di volontari. Per quanto riguarda le TAA, è necessario un team interdisciplinare composto da numerose figure professionali che interagiscono sul campo, ciascuna con il proprio specifico ruolo ma in modo complementare. I membri del gruppo di lavoro partecipano direttamente sia alla progettazione e alla valutazione dei programmi sia, in qualità di operatori, allo svolgimento della attività e delle terapie. In ogni caso, qualora il soggetto umano sia affetto da una patologia conclamata, la presenza di personale medico nell'équipe deve essere assicurata. Le TAA sono di supporto e non sostituiscono le terapie tradizionali.

- *Pianificazione degli interventi.*

È necessaria una strutturazione metodologica e una pianificazione degli interventi a livello individuale, con l'identificazione degli obiettivi che si vogliono raggiungere, per

ridurre il rischio di problemi e facilitare la raccolta di informazioni utili a definire l'efficacia degli stessi.

– *Selezione della specie animale*

I soggetti animali vanno selezionati sulla base della tipologia, razza, taglia, sesso ed età e, in particolare, sulla base del comportamento più appropriato per la tipologia di intervento. Il cane è la specie animale più largamente utilizzata come co-terapeuta, sia nella cura di bambini che di adulti ed anziani. In generale, gli animali domestici, in particolare i piccoli mammiferi, sono da preferirsi poiché selezionati, nel corso dei millenni, per interagire emotivamente con l'uomo.

– *Salute umana e animale*

Gli animali che partecipano a programmi di AAA e TAA devono essere monitorati da un medico veterinario per prevenire o minimizzare la trasmissione di zoonosi all'uomo.

– *Benessere nelle interazioni uomo-animale*

Durante la seduta di AAA e TAA, il benessere di tutti i componenti dell'équipe, oltre che quello del soggetto umano e dell'animale utilizzato, vanno monitorati e salvaguardati e la terapia proseguita solo nel caso in cui non si manifestino segni di insofferenza o di stress da parte della coppia uomo-animale o degli altri componenti del gruppo di lavoro.

In accordo con quanto enunciato dal Comitato Nazionale di Bioetica per quanto riguarda le TAA, sottolineiamo che allo stato attuale queste rappresentano un'attraente ipotesi di lavoro che, tuttavia, attende adeguate verifiche scientifiche.

Bibliografia consigliata

- Alleva E, Cirulli F, Francia N. Rapporti uomini e cani, e cani e uomini, nel Terzo Millennio: problemi emergenti. In: Bedetti C, Barbaro MC, Rossi AM (Ed.). *L'uso e l'abuso degli animali: spunti per un'azione didattica*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. (Dispense per la scuola, 08/2) p. 1-11.
- Barker SB, Dawson KS. The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 1998;49(6):797-801.
- Capone F, Bompadre G, Cinotti S, Alleva E, Cirulli F. Beneficial effects of pet relationships: results of a pilot study in Italy. In: Vitale A, Laviola G (Ed.). *Uomini e animali, differenti contesti e modalità di interazione: aspetti applicativi e normativi*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/40) p. 74-84.
- Cirulli F, Alleva E. (Ed.). *Terapie e attività assistite con gli animali: analisi della situazione italiana e proposta di linee guida*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/35).
- Cirulli F, Alleva E. Zooantropologia del terzo millennio: ricostruire l'antico rapporto animale-uomo e uomo-animale ai fini di una riabilitazione psicologica: la pet therapy in Italia. In: Battaglia L. (Ed.). *Argomenti di Bioetica. Dignità. La nuova frontiera dell'animalismo*. Rivista dell'Istituto Italiano di Bioetica. Genova: Name Edizioni; 2007. p. 167-174.
- Cirulli F, Capone F, Alleva E. Terapie e attività assistite con gli animali: approcci innovativi per integrare terapie tradizionali e migliorare la qualità della vita dell'anziano. *Pro Terza Età* 2008;38:10-16.
- Cirulli F, Capone F, Bompadre G, Cinotti S, Alleva E. Verso una strutturazione del rapporto uomo-animale: la pet therapy. Risultati di un censimento nella regione Emilia Romagna. In: Cirulli F, Alleva E. (Ed.). *Terapie e attività assistite con gli animali: analisi della situazione italiana e proposta di linee guida*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/35). p. 8-19.
- Coren S. *Capire il linguaggio dei cani*. Roma: Franco Muzio; 2003.

- Corson SA, Corson EOL, Learly E, Gwynne PH, Arnold LE. Pet-facilitated psychotherapy in a hospital setting. *Current Psychiatric Therapies* 1975;15:277-86.
- Friedman E, Katcher A, Lynch JJ, Thomas SA. Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Reports* 1980;95:307-12.
- Levinson BM. The dog as co-therapist. *Mental Hygiene* 1962;46:59-65.
- Nagel M, von Reinhardt C. *Lo stress nel cane*. Cormano (MI): Haquihna; 2003.
- Redefer LA, Goodman JF. Pet facilitated therapy with autistic children. *Journal of Autism and Development* 1989;19:461-7.
- Serpell J. *In the company of animals - A study of Human-Animal Relationships*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

L'AGRICOLTURA SOCIALE: UN FENOMENO IN CRESCITA IN ITALIA E IN EUROPA

Roberto Finuola

Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica, Ministero dello Sviluppo Economico

Nell'Agricoltura Sociale (AS) rientra una vasta costellazione di esperienze accomunate da due elementi: l'essere svolte in una azienda agricola e l'essere indirizzate a soggetti svantaggiati (1). In particolare si distinguono tre diverse aree: la *terapia/riabilitazione*, *l'inserimento lavorativo* e *l'educazione/formazione*. La prima comprende le attività terapeutiche o co-terapeutiche (*Animal Assisted Therapies*, *Horticultural therapy*) e quelle di riabilitazione, ospitalità e integrazione sociale in favore di alcool/tossico-dipendenti, traumatizzati psichici, donne/minori sottoposti a violenza, anziani, ex detenuti, convalescenti e vi rientrano fra l'altro anche le *Animal Assisted Activities*. *L'inserimento lavorativo* comprende l'inclusione lavorativa di disabili mentali e fisici, le attività della aziende agricole presenti nelle carceri e l'utilizzo di terreni confiscati alle organizzazioni criminali da parte di cooperative di giovani. Infine l'area di *educazione/formazione* comprende le attività di integrazione scolastica (svolte in azienda e volte a facilitare l'inserimento di studenti con difficoltà di apprendimento e/o problemi sociali), le attività didattiche (fattorie didattiche) e le attività culturali (riscoperta di valori e tradizioni contadine). L'AS è un fenomeno in crescita in Italia ed in Europa in quanto in grado di coniugare esigenze diverse: per l'agricoltura l'AS è infatti occasione di diversificazione dei redditi, per le collettività rurali è fattore di sviluppo locale ed opportunità per il rafforzamento dell'offerta di servizi essenziali, per le autorità pubblica occasione di coniugare politiche diverse (agricole, dello sviluppo locale, del welfare, del lavoro).

L'AS rientra nel concetto di "multifunzionalità" che evidenzia come l'agricoltura può svolgere una pluralità di attività; accanto alle tradizionali *funzioni produttiva* ed *ambientale* l'agricoltura può infatti svolgere anche quella di *erogazione di servizi* come agriturismo, turismo rurale, vendita diretta dei prodotti e, appunto, servizi alla persona. Il processo che porta all'azienda agricola multifunzionale avviene oggi contestualmente al un più ampio processo di ridefinizione del sistema di welfare: il rallentamento del ritmo di crescita delle economie occidentali sta infatti mettendo in crisi il modello tradizionale di welfare in quanto si riducono le risorse finanziarie che lo hanno sinora alimentato e si acquiscono in conseguenza i limiti di un sistema che ha concentrato l'erogazione dei servizi - e quindi le relative strutture - nelle aree urbane ed in quelle più ricche del Paese (2). Oltre che a ridurre le spese, gli Stati sono quindi anche forzati a ricercare strade alternative fra le quali rientra l'AS che si propone come uno dei possibili ambiti nei quali si può manifestare un nuovo modello di relazioni fra città e campagna. A spingere in questa direzione è anche la notevole capacità di fare rete sia delle iniziative di AS* che delle istituzioni pubbliche locali che hanno in diversi casi promosso/supportato processi di aggregazione *bottom up* la cui caratteristica comune è la capacità di innovare i

* A livello nazionale è sorta l'Associazione "Rete delle Fattorie Sociali" che annovera aderenti in tutta Italia e che riunisce anche diverse organizzazioni di categoria (es. AIAB, ALPA; Acli-Terra) e che fornisce, attraverso il proprio sito (<http://www.fattoriesociali.com>) supporto ai propri aderenti. Interessanti informazioni sul movimento dell'AS si trovano anche nel blog "Il Lombrico Sociale" (<http://www.lombricosociale.info>). A livello provinciale si sono poi costituiti diversi "Forum Provinciali delle Fattorie Sociali" (es. Roma, Pordenone); tavoli sull'AS si sono poi sviluppati in diverse Regioni (es. Lazio, Toscana).

rapporti interistituzionali con l'introduzione di nuove relazioni fra i diversi soggetti (agricoltori, collettività locale, istituzioni socio-sanitarie, enti locali)*.

D'altro canto le esperienze di AS in Italia nascono fuori dell'agricoltura, nel mondo del volontariato e del terzo settore e solo ora iniziano a svilupparsi in aziende agricole private. In Italia l'AS è infatti fortemente connessa alle cooperative sociali finanziate dalla Legge 281/1991 che trovano nell'agricoltura uno dei campi di attività preferiti; la norma distingue due tipi di cooperative, quelle di tipo A finalizzate alla pratica di terapie riabilitative a favore di soggetti disabili fisici/psichici e nelle quali l'attività agricola è considerata uno strumento di cura (*terapie verdi*) e quelle di tipo B finalizzate all'inserimento lavorativo per le quali la pratica agricola costituisce l'attività principale e che nel 2005 sono state quantificate dall'Istat in 571 unità.

Oltre che dalle politiche agricole e da quelle di sviluppo regionale, L'AS non è interessata anche da una vasta gamma di politiche settoriali: sociali, sanitarie, dell'istruzione, del lavoro, ambientali, della sicurezza. Diverso è il grado di "maturità" di tali politiche rispetto all'AS, intendendo per maturità la capacità di fornire supporto alle iniziative di AS misurata in funzione del grado di completezza del quadro normativo e della esistenza di *best practices* replicabili. Così risultano mature le politiche di inclusione lavorativa di soggetti disabili sia per la presenza di uno specifico corpo normativo – a partire dalla Legge 381/1991 (istituzione delle cooperative sociali) e dalla Legge 328/2000 (legge quadro per gli interventi sociali) – sia per la consolidata attività delle cooperative sociali agricole di tipo B. Altrettanto matura può essere definita la normativa in materia di integrazione scolastica, fra le più avanzate in Europa, sebbene sostanzialmente sotto-utilizzata. Nell'ambito delle politiche mature possono rientrare anche quelle collegate alla "legalità" che possono usufruire della Legge Smuraglia (193/2000), che consente sgravi contributivi e fiscali alle aziende che assumono detenuti e della Legge La Torre (109/1996) che consente l'assegnazione ad iniziative sociali di beni confiscati alle organizzazioni mafiose e che vede un fiorire di cooperative di giovani in Sicilia, Calabria, Campania e basso Lazio (3).

Diversa è la situazione delle politiche socio-sanitarie: da un lato infatti la politica di sviluppo rurale, consente il finanziamento dello start-up di iniziative di AS, fra cui anche quelle di tipo terapeutico riabilitativo, dall'altro il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non riconosce, e quindi non rimborsa, le cosiddette "terapie verdi"; nel sistema di welfare nazionale sono infatti ammesse a rimborso solo le prestazioni inserite nei "Livelli Essenziali di Assistenza" che debbono rispondere a due requisiti: chiare evidenze scientifiche e maggiore economicità rispetto a prestazioni analoghe. E proprio per superare questo ostacolo l'Istituto Nazionale di Economia Agraria (INEA) ha promosso un tavolo interministeriale (TITRA) con la partecipazione del Dipartimento della Salute, dell'ISS, del MISE, del MIPAAF e ricercatori universitari con la prospettiva di finanziare attraverso il MIPAAF, sperimentazioni volte a misurare con metodi rigorosamente scientifici l'efficacia delle AAT**.

* Fra le esperienze più significative si possono citare il caso della Società della Salute della Valdera in Toscana e del Distretto Rurale di Economia Solidale nella Provincia di Pordenone che, con modalità diverse, riuniscono allo stesso tavolo le diverse istituzioni per definire nuovi ed innovativi ambiti di collaborazione.

** In una prospettiva più ampia, le possibilità di sviluppo dell'AS in campo socio-sanitario sono molteplici: le attività terapeutico-riabilitative nell'azienda agricola si possono ad esempio estendere alla cura degli anziani non autosufficienti attraverso soggiorni periodici che, ove coincidenti con le visite scolastiche, possono dar luogo a forme organizzate di trasmissione delle esperienze dalle generazioni più mature ai ragazzi; nelle fattorie sociali si potrebbero ospitare convalescenti per la degenza post-ospedaliera liberando posti letto negli ospedali, riducendo forse i tempi di riabilitazione e, probabilmente, i costi del trattamento.

Per quanto riguarda l'Europa, numerose iniziative di *networking* sull'AS* consentono di formulare un quadro abbastanza preciso dell'AS in Europa evidenziando le specificità di ogni paese: in alcuni Paesi (Regno Unito, Irlanda, Slovenia) l'AS si concentra in "aziende agricole istituzionali" inserite nell'ambito di reparti ospedalieri, di associazioni di carità a carattere religioso o laico; in Olanda, Belgio (Fiandre) e Norvegia si è invece affermato un modello di sviluppo dell'AS basato sull'azienda agricola privata mentre in Italia, Francia e Germania l'AS si è sviluppata per lo più nell'ambito di iniziative del volontariato e solo da qualche tempo, in aziende private (Italia). Una rassegna della situazione dell'Agricoltura Sociale in Europa è disponibile sul sito SOFAR all'indirizzo <http://sofar.unipi.it>.

Il Paese nel quale l'AS ha conosciuto il maggiore sviluppo è senza dubbio l'Olanda dove, a partire dagli anni '90, il fenomeno si è manifestato prepotentemente con un numero crescente di aziende private (*care farms*) che hanno iniziato ad offrire servizi terapeutico/riabilitativi; esse mantengono le proprie caratteristiche di aziende agricole abbinando all'attività produttiva le attività terapeutico-riabilitative che costituiscono così una integrazione non secondaria del reddito aziendale**. Elemento decisivo per il loro sviluppo è stato il riconoscimento da parte dei servizi sanitari olandesi delle imprese agricole come fornitori di servizi socio-sanitari.

In Belgio l'AS è un fenomeno in crescita e il Piano di Sviluppo Regionale 2007-2013 prevede aiuti per la riorganizzazione delle strutture aziendali nonché il riconoscimento e la compensazione degli impegni lavorativi degli agricoltori che operano in questo campo. Per contiguità con la confinante Olanda, l'AS è particolarmente sviluppata nelle Fiandre con un modello simile a quello delle *care farms* olandesi. In Norvegia lo sviluppo dell'AS è avvenuto soprattutto nell'ambito di aziende private che, nella media del paese, sono di non grandi dimensioni e che operano in condizioni climatiche spesso difficili. Molti agricoltori norvegesi sono stati così indotti a ricercare fonti alternative di reddito fra cui la fornitura di servizi di carattere sociale. In Germania l'AS è praticata soprattutto nell'ambito di strutture istituzionali pubbliche e private (istituti religiosi e laici, fondazioni e servizi sociali pubblici) in genere con finalità di integrazione di soggetti disabili o con problemi sociali e nelle quali l'aspetto sociale prevale su quello produttivo. Da citare in particolare le strutture note come WfbM (*Sheltered workshops for disabled people*), che impiegano disabili fisici e psichici e che sono gli unici autorizzati a ricevere erogazioni pubbliche. Come in Germania, anche in Francia l'AS è considerata anzitutto come una attività di alto valore etico-sociale per cui gli aspetti economici vengono posti in un secondo piano. L'attività prevalente è quella relativa alla inclusione lavorativa di soggetti "deboli" in aziende che sono a prevalente produzione ortofrutticola e per lo più localizzate nelle aree periurbane. Le iniziative si sono sviluppate spesso in modo gemellare dando luogo a specifiche reti di aziende (*les Jardins de Cocagne, Réseau de Cocagne, ecc.*) la cui caratterizzazione principale è peraltro la "diversità" in quanto, pur ispirandosi ad un comune modello, prendono forma in funzione delle realtà e delle esigenze locali. In Irlanda il fenomeno è episodico e molto limitato annoverando un certo numero di iniziative che praticano terapie assistite con animali e/o orticoltura a scopo terapeutico in favore di soggetti deboli con prevalenza delle aziende di tipo "istituzionale". In Gran Bretagna si contano numerosi esempi di giardini terapeutici non solo nell'ambito di istituzioni sanitarie ma anche nell'ambito delle

* Fra tali iniziative rientra il progetto So-Far (*Social Farming*) azione specifica di supporto per l'Agricoltura Sociale promossa dall'UE nell'ambito del VI programma quadro per la ricerca e l'innovazione che si è appena conclusa; l'azione COST 866 *Green Care in Agriculture* (la COST è una piattaforma internazionale per la cooperazione nel campo scientifico e della ricerca); l'*International Community of Practice - Farming for Health* attivo dal 2004 e costituito da un gruppo internazionale di ricercatori.

** Lo sviluppo della *care farms* in ambito privato è d'altra parte la conseguenza diretta del particolare sistema di welfare adottato in Olanda che è basato in gran parte sulla concessione da parte del sistema sanitario di un *personal budget* alla famiglia del disabile che lo usa poi per pagare le terapie di cui necessita scegliendo direttamente il fornitore.

comunità locali dove si praticano terapie con le piante (*horticultural therapy*) mentre le aziende agricole private sono sostanzialmente estranee al fenomeno. Infine, in Slovenia l'AS è praticata soprattutto nell'ambito di strutture pubbliche essendo poche le iniziative private che costituiscono un mosaico di iniziative prevalentemente sviluppate su base volontaria attraverso processi *bottom-up* senza alcuna politica specifica e/o supporto istituzionale.

Bibliografia

Finuola R, Pascale A. *L'agricoltura Sociale nelle politiche pubbliche*. Roma: INEA; 2008. Disponibile dell'indirizzo <http://www.fattoriesociali.com/QuadernoAgricolturaSociale.pdf>; ultima consultazione 17/3/2010.

Di Iacovo F. (Ed.) *L'agricoltura sociale, quando le campagne coltivano valori*. Milano: F. Angeli; 2008.

Frigerio L, Pati D. *Libera. L'uso sociale dei beni confiscati*. Roma: Ministero dell'Interno; 2007.

PROBLEMI BIOETICI RELATIVI ALL'IMPIEGO DI ANIMALI A FINI TERAPEUTICI E DI ASSISTENZA. IL DOCUMENTO DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (2005)

Pasqualino Santori

Coordinatore del gruppo di lavoro del Comitato Nazionale per la Bioetica (2002-2006)

Oggetto e limiti

Nell'attuazione di un progetto di *Pet therapy* e attività correlate la preoccupazione di base è necessariamente quella di produrre un vantaggio per gli esseri umani coinvolti; non si può però dimenticare che si deve tutelare il benessere animale e se possibile incrementarlo.

Al fine di giungere a conclusioni e raccomandazioni che potessero toccare tutti gli aspetti di una qualche valenza morale, si è scelto di prendere in considerazione analiticamente i vari punti di vista che potevano essere riconosciuti in questo tipo di dibattito, per poi confrontarli e valutarli.

Sono stati così individuati quattro portatori di interessi: il paziente, gli animali, l'équipe di lavoro, la collettività.

L'aspetto più innovativo di questo approccio è stato quello di prendere in considerazione direttamente gli ipotetici interessi animali.

A questo riguardo non si può pensare di aver realmente interpretato quelle che sono le richieste animali che non possono, evidentemente, vedere l'espressione diretta dei loro autentici depositari; ma con l'intenzione di riconoscere loro una effettiva valenza morale, si è usato l'artificio di ipotizzarne i presumibili interessi attraverso il filtro e l'elaborazione di un comitato bioetico.

L'esigenza di prendere in considerazione il punto di vista degli animali deriva oltre che da una valutazione di natura etica anche da un problema giuridico e da un'esigenza pratica.

L'ordinamento giuridico dei paesi dell'Unione Europea prevede la tutela del benessere animale in termini di legge. La stessa efficacia della pratica terapeutica o assistenziale risiede, almeno in parte, nella convinzione degli operatori e del fruitore che l'animale coinvolto sia positivamente partecipe e tragga a sua volta dei benefici. Questa preoccupazione permette di parlare dell'obiettivo di una sorta di "alleanza terapeutica" interspecifica.

La valutazione bioetica è poi particolarmente richiesta per pratiche innovative rispetto agli impieghi storici e tradizionali degli animali nelle attività umane.

L'interesse della collettività e del paziente

Il primo interesse della collettività umana concorda pienamente con quello del paziente ed è quello di ricercare benefici legittimi per i propri simili bisognosi di cure e assistenza.

Produrre dati scientifici che dimostrino la reale efficacia degli interventi, è fondamentale per la divulgazione delle pratiche innovative ancora sconosciute alla classe medica o ai sistemi di assistenza socio-sanitaria.

Un diffuso interesse collettivo è anche quello, ormai stabilito dalle leggi, di salvaguardare il benessere animale.

Le istituzioni devono affrontare la difficoltà di prendere in esame una pluralità di elementi concorrenti che costituiscono di per se un problema bioetico: la salute e il benessere dei singoli cittadini, la salute e il benessere animale, la salute pubblica, la gestione e l'allocazione delle risorse, l'investimento nello sviluppo delle conoscenze, l'informazione ai cittadini e il consenso informato in queste pratiche.

Un primo elemento per mettere ordine in questa situazione è quello incardinare protocolli di ricerca che riescano a esaminare e a comparare questi fattori, malgrado tutte le difficoltà che si possono avere in questo genere di pratiche, dove la molteplicità degli elementi e l'attenzione specifica al singolo caso clinico o sociale costituisce una notevole difficoltà realizzativa.

Un particolare problema, specialmente in questo momento di grande attenzione alla spesa pubblica, è costituito dal fatto che una *équipe* di *Pet therapy* deve necessariamente essere costituita da un gruppo multidisciplinare che possa andare a coprire le concomitanti esigenze sia di assistenza del paziente sia di gestione e tutela dell'animale.

Un protocollo di *Pet therapy* con personale professionale può costituire un costo notevole, ma al tempo stesso assicurare migliori garanzie nei risultati e nella produzione di dati scientifici, al contrario far leva sul volontariato e su un certo spontaneismo, può ampliare la base di intervento, senza particolari costi, ma con una presumibile minore attenzione e produzione di dati oggettivi di riferimento.

L'interesse dell'animale

Le pratiche di *Pet therapy* non si attuano, com'è evidente, nell'esclusivo interesse animale che sarebbe nella stragrande maggioranza dei casi, probabilmente, meglio perseguito con attività più vicine a quelle per cui gli animali sono stati addomesticati.

Il fatto che l'animale sia coinvolto in una pratica di *Pet therapy*, richiede che a questo vengano garantite condizioni permanenti di benessere o meglio di incremento di benessere.

La responsabilità nei confronti dell'animale non deve essere intesa come qualcosa da realizzarsi solamente al momento in cui vengono attuate le pratiche, ma deve continuare anche durante le fasi di inattività e dopo la fine del protocollo per tutta la vita.

Le specie animali che non sono state coinvolte nel laborioso e millenario, processo biologico di domesticazione e sono quindi *selvatiche*, precauzionalmente, dovrebbero essere escluse dalle pratiche in esame, in quanto, malgrado processi individuali di ammansimento, possono subire una condizione di malessere dalla imposizione di un stretto contatto con l'uomo.

Altro interesse animale è quello di essere sottoposti a pratiche addestrative che siano connotate da metodi gentili, non violente fisicamente o psicologicamente, rispettose, quindi, della dignità e del benessere.

L'interesse dell'équipe

Nelle attività e terapie prese in considerazione dal CNB il gruppo di lavoro deve essere necessariamente ampio per comprendere tutte le professionalità occorrenti nelle fasi progettuali e realizzative.

Il raggiungimento e il mantenimento di un equilibrio dinamico tra le varie componenti potrebbe costituire una difficoltà.

Gli stessi rapporti all'interno di un gruppo così ampio di persone potrebbero influire sulla relazione con e tra il paziente umano e il cooterapeuta animale.

Anche in questo caso, l'acquisizione di dati scientifici sul beneficio umano e sul benessere animale possono creare le condizioni di una migliore integrazione per una efficiente e stabile comunicazione all'interno del gruppo, con le autorità sanitarie (allocazione delle risorse ecc.), con il paziente e i suoi familiari (consenso informato ecc.) e con le autorità veterinarie che debbono sovrintendere al controllo del benessere animale (vigilanza veterinaria ecc.).

Raccomandazioni

Viste le precedenti considerazioni si auspica quindi che:

- a) vengano sostenute le ricerche volte a individuare i reali benefici per la salute e il benessere umani delle pratiche che coinvolgono gli animali (e tra l'altro quelle ricerche volte a studiare i parametri neurofisiologici e cognitivi in grado di interpretare il loro "linguaggio") e questo in special modo nel caso di pratiche molto organizzate quali le attività svolte con animali da assistenza, le attività assistite con animali (AAA) e soprattutto le terapie assistite con animali (TAA);
- b) vengano nel contempo sostenute le ricerche volte ad individuare eventuali alterazioni del benessere negli animali, al fine di non esporre gli animali stessi ad utilizzi (nelle pratiche o nelle modalità di lavoro) che li possano portare a condizioni di malessere. La non ancora approfondita conoscenza delle condizioni di impiego degli animali deve essere trattata con un approccio comunque precauzionale per escludere la possibilità di condizioni stressanti;
- c) non si impieghino animali selvatici in quanto, non avvezzi alla convivenza con l'uomo o alla vita in un ambiente ristretto e per questo sottoposti inevitabilmente ad una condizione di malessere;
- d) si operi per il miglioramento della qualità della vita per gli animali coinvolti utilizzando, laddove possibile, e senza pregiudizio per il risultato, animali prelevati da canili, da rifugi o abbandonati, adeguatamente selezionati e addestrati. Si ritiene necessario considerare le condizioni di vita e benessere dell'animale in tutte le fasi del progetto e anche dopo il termine di questo. Va ribadito che per la tutela dell'interesse dell'animale va sempre garantita un'adeguata vigilanza pubblica;
- e) si garantisca la possibilità di mantenere un rapporto con il proprio animale nel caso di un ricovero in una struttura residenziale sia al fine di non rinunciare al valore assistenziale di tale rapporto affettivo, sia per evitare il pericolo di abbandono o soppressioni. Andrebbe anche prevista la possibilità di visite dell'animale, in spazi appositi, al paziente ricoverato in una struttura ospedaliera;
- f) si affidi alla responsabilità di comitati etici la valutazione dei protocolli e dei progetti di ricerca e delle loro modalità d'attuazione, in cui si preveda il coinvolgimento degli animali in attività diverse dal loro tradizionale impiego;
- g) si favorisca l'uso di tecniche di addestramento cosiddette "gentili", rispettose il più possibile della dignità e del benessere animale;
- h) si insista sulla necessità da parte dei medici della massima attenzione verso questo genere di pratiche con riguardo ai loro possibili effetti e in particolare al loro rilevante carattere psicologico ed esistenziale. A questo proposito si raccomanda, inoltre, di non consigliare genericamente la presenza di un animale in un ambiente domestico senza aver valutato realisticamente le possibilità di successo della relazione col paziente e senza aver acquisito adeguate conoscenze sull'animale e sulle sue necessità;

- i) si valutino, nell'impiego degli animali, non solo i benefici ma anche i rischi che possono riguardare allergie e infezioni (es. il rischio di trasmissione della toxoplasmosi del gatto ad una donna in gravidanza).

Il CNB ricorda infine che la *Pet therapy* (nella forma TAA, cioè terapia assistita con animali) è allo stato attuale in molte sue applicazioni un'ipotesi di lavoro che attende adeguate verifiche con metodologia scientifica e che merita un sostegno pubblico solo nell'ambito di progetti di ricerca.

IL CONSENSO INFORMATO DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA: PROBLEMI DI ETICA

Carlo Petrini

Unità di Bioetica, Presidenza, Istituto Superiore di Sanità, Roma

I trattamenti medici che coinvolgono soggetti con disabilità mentali pongono numerosi problemi di etica (1). Nel presente contributo ci si limita ad un ambito circoscritto: il consenso informato per la sperimentazione con soggetti adulti affetti da demenza. Sono quindi esclusi i trattamenti sanitari ordinari, le decisioni relative alla sospensione di cure futili o di sostegni vitali, le pratiche con altre categorie di persone incapaci di esprimere validamente il consenso (come, ad esempio, i bambini o le persone in stato vegetativo). Ciascuno di tali ambiti richiederebbe considerazioni specifiche, che esulano dagli scopi che qui ci si prefigge.

Per affrontare adeguatamente il problema è opportuno fare riferimento a codici deontologici, linee guida, dichiarazioni, convenzioni, trattati, normative che organizzazioni ed istituzioni nazionali, internazionali e sovranazionali hanno prodotto sull'argomento (2).

Le gravi violazioni dei diritti umani nel corso di sperimentazioni cliniche nei primi decenni del secolo scorso, che furono determinanti per il configurarsi della bioetica come disciplina autonoma, portarono alla stesura di documenti che tendevano ad escludere la possibilità di condurre sperimentazioni cliniche con soggetti incapaci di esprimere il consenso (3). Emblematico, in questo senso, è il Codice di Norimberga, che all'articolo 1 stabilisce: "Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale. Ciò significa che la persona in questione deve avere capacità legale di dare il consenso, deve essere in grado di esercitare il libero arbitrio senza l'intervento di alcun elemento coercitivo, inganno, costrizione, falsità o altre forme di imposizione o violenza; deve avere sufficiente conoscenza e comprensione degli elementi della situazione in cui è coinvolto, tali da mettere in posizione di prendere una decisione cosciente e illuminata" (4).

Sono stati progressivamente introdotti criteri cautelativi che, se soddisfatti, consentono la sperimentazione anche con soggetti incapaci di esprimere un valido consenso informato. Infatti, l'esclusione dalle sperimentazioni certamente protegge dai rischi associati alle sperimentazioni stesse, ma esclude anche dai possibili benefici.

Situazioni analoghe si sono verificate con altre categorie cosiddette vulnerabili: bambini, anziani e (per motivi non legati al consenso informato, bensì alla protezione del nascituro) donne in età fertile. Soltanto negli ultimi anni è stata incoraggiata la loro partecipazione in sperimentazioni cliniche.

L'evoluzione nel modo con cui si è affrontato il problema può essere constatata, tra l'altro, nelle versioni successive della Dichiarazione di Helsinki della World Medical Association (5).

Nella prima versione si stabiliva:

"Se possibile, conformemente alla psicologia del paziente, il medico deve ottenere il consenso del paziente liberamente dato, dopo che al paziente è stata data una completa informazione; in caso di incapacità legale il consenso deve essere ottenuto anche dal legale rappresentante; in caso di incapacità fisica il permesso del rappresentante legale sostituisce quello del paziente.

Art. 3a. La sperimentazione clinica su un soggetto non può essere eseguita senza il suo libero consenso, dopo che è stato pienamente informato; se egli è legalmente incompetente deve essere ottenuto il consenso del rappresentante legale.

Art. 3b. I soggetti della sperimentazione clinica devono essere in uno stato mentale, fisico e legale tale da essere in grado di esercitare pienamente il loro potere di scelta.” [si noti una parziale contraddizione tra gli art. 3a e 3b, ndr].

Nella versione attuale (approvata a Seoul il 28 ottobre 2009) si stabilisce:

“Art. 28. Quando un potenziale soggetto di ricerca che è considerato incompetente è in grado di dare l’assenso a decisioni riguardanti la partecipazione alla ricerca, il medico deve ottenere tale assenso in aggiunta al consenso del rappresentante legalmente autorizzato. Il dissenso del soggetto potenziale deve essere rispettato.

Art. 29. La ricerca che coinvolge soggetti fisicamente o mentalmente incapaci di dare il consenso, come, per esempio, i pazienti inconsci, può essere effettuata solo se la condizione fisica o mentale che impedisce di dare il consenso è una caratteristica necessaria della popolazione di ricerca. In tali circostanze il medico deve chiedere il consenso informato dal rappresentante legalmente autorizzato. Se un tale rappresentante non è disponibile e se la ricerca non può essere rimandata, lo studio può procedere senza consenso purché le specifiche ragioni per coinvolgere soggetti in una condizione che li rende incapaci di dare il consenso informato sia stata dichiarata nel protocollo di ricerca e lo studio sia stato approvato dal comitato etico. Il consenso per rimanere nella ricerca deve essere ottenuto il più presto possibile dal soggetto o dal rappresentante legale”.

Si riconosce nel rapporto “Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research” della National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Stati Uniti d’America, 2 luglio 1974 - 18 aprile 1979) una tappa decisiva in tale evoluzione (6).

I principali criteri previsti dai documenti riguardano alcuni aspetti generali, validi anche per le sperimentazioni con soggetti capaci di esprimere il consenso (7). Essi possono essere riassunti schematicamente nel modo seguente:

- il rispetto delle normative vigenti;
- il beneficio diretto per i soggetti (con l’eccezione di alcune circostanze particolari);
- la priorità del beneficio per il soggetto che partecipa alla sperimentazione su ogni interesse sociale, collettivo e di avanzamento scientifico;
- il collegamento diretto tra la sperimentazione e la patologia di cui soffre il soggetto;
- la valutazione comparativa tra rischi e benefici;
- la considerazione delle eventuali alternative;
- il consenso libero ed informato del soggetto o del suo rappresentante legale.

A tali criteri si devono poi aggiungere requisiti che riguardano specificamente le sperimentazioni con disabilità mentali (8):

- Per quanto riguarda il consenso, se è prevedibile un’evoluzione in senso degenerativo, è doveroso privilegiare, se possibile, il reclutamento nelle fasi iniziali della patologia, quando il soggetto è ancora in grado di esprimere personalmente il suo consenso. Dove vi siano dubbi circa la capacità di un soggetto di esprimere un valido consenso è anche doveroso valutare tale capacità mediante tests adeguati. In caso di incapacità è doveroso considerare il consenso da parte dei familiari e delle persone che hanno in cura il soggetto e gli sono affettivamente vicine. Tuttavia è necessario considerare che tale consenso non ha valore legale.
- Importante è la giustificazione della ricerca. La giustificazione deve riguardare tutti gli aspetti: scientifici, clinici ed etici. In questo senso, se l’approvazione da parte del comitato etico è sempre importante, a maggior ragione lo è in condizioni problematiche.
- Molto attenta dovrà essere la comparazione tra rischi e benefici: vi deve essere una ragionevole attesa che il soggetto possa trarre un beneficio diretto per la patologia principale di cui soffre. Eventualmente il beneficio potrebbe essere anche per patologie

secondarie connesse alla principale, sebbene su questo punto vi siano opinioni parzialmente divergenti.

- È poi necessaria una particolare cura nella valutazione comparativa delle possibili alternative. In particolare, si dovrà considerare se i medesimi risultati possano essere ottenuti mediante una sperimentazione con soggetti capaci di esprimere il consenso.

In Italia tali criteri sono codificati in particolare nel decreto legislativo 24 giugno 2003 n. 211 (9), che recepisce la “Direttiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 4 aprile 2001 concernente il riavvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri relative all’applicazione della buona pratica clinica nell’esecuzione della sperimentazione clinica di medicinali ad uso umano” (10).

Sotto il profilo operativo, chi intraprende sperimentazioni con soggetti affetti da demenza, o potenzialmente tali, deve rispondere a due interrogativi principali.

Il primo riguarda la necessità di valutare in modo adeguato (nei limiti del possibile) se la persona sia in grado di comprendere ed esprimere un valido consenso.

Il secondo, che si pone nel caso che si sia appurato che la persona non è in grado di comprendere ed esprimere il consenso, riguarda le modalità con cui può essere espresso un consenso sostitutivo.

Per quanto riguarda il primo punto, in psicologia ed in neurologia esistono test e scale di valutazione che permettono valutazioni sulla base di scale convenzionali (11).

Per quanto riguarda il secondo punto, esistono due possibilità principali: le disposizioni anticipate e la rappresentanza legale.

Le disposizioni anticipate sono oggetto di accese controversie, che coinvolgono non solo i bioeticisti, ma anche le autorità pubbliche, i politici e l’opinione pubblica. Esse sono oggetto di critica per numerosi motivi: la distanza tra il tempo della formulazione ed il tempo dell’attuazione le rende astratte, l’evoluzione delle conoscenze e delle tecniche nel tempo potrebbe indurre a cambiamenti di opinione, la professionalità medica viene ridotta da un servizio per la promozione del bene della persona un atto esecutivo di scelte altrui, i fiduciari spesso non sono efficaci interpreti della volontà dei loro assistiti, ecc. Ribadendo la separazione tra le valutazioni riguardanti la sperimentazione clinica e le considerazioni applicabili in altri ambiti (ed in particolare nelle fasi di fine della vita), un consenso “preventivo”, dato da un soggetto capace di intendere e di volere prima dello sviluppo della demenza, può avere un valore (12).

La rappresentanza legale può essere attuata in varie forme (13). In Italia non comporta necessariamente l’interdizione o l’inabilitazione. In Italia tali due istituti giuridici dovrebbero essere riservati a situazioni di particolare gravità. Nelle altre circostanze può intervenire un amministratore di sostegno (14). Tale figura è stata introdotta in Italia nel 2004, con una normativa che ha comportato una modifica del codice civile.

Bibliografia

1. Cantor NL. Making medical decisions for the profoundly mentally disabled. Cambridge: The MIT Press; 2009.
2. Jonsen AR, Veatch RM, LeRoy W. *Source book in bioethics. A documentary history*. Washington DC: Georgetown University Press; 1998.
3. Lock S, Wells F, Farthing MJG (Ed.). *Fraud and misconduct in biomedical research*. 3rd ed. (1st ed: 1993) London: BMJ Books; 2001. 268+xvii p.

4. Nuremberg Military Tribunals. *The Nuremberg Code. Trials of war criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law n. 10. Nuremberg, October 1946 - April 1949.* Washington, DC: Government Printing Office; 1949-1953. Volume 2. p. 181-2.
5. World Medical Association. *Declaration of Helsinki on ethical principles for medical research involving human subjects.* Helsinki; June 1964 and amended by the 59th WMA General Assembly, Seoul October 2008. WMA; 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>; ultima consultazione 11/02/10.
6. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research.* Washington, DC: U. S. Office for Protection from Research Risks (OPRR), National Institutes of Health (NIH), Public Health Service (PHS), Human Health Service (HHS); 1979. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mssm.edu/irb/pdfs/appendix/03.pdf>; ultima consultazione 11/02/10.
7. Bankert EA, Amdur R. (Ed.). *Institutional Review Board. Management and function.* Sudbury, MA: John and Bartlett Publishers; 2006.
8. DuBois JM. *Ethics in mental health research. Principles, guidance, and cases.* Oxford and New York: Oxford University Press; 2008.
9. Europa. Parlamento Europeo e Consiglio dell'Unione Europea. Direttiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 4 aprile 2001 concernente il riavvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri relative all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione della sperimentazione clinica di medicinali ad uso umano. *Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee* 1 maggio 2001; L 121:34-44.
10. Italia. Decreto Legislativo 24 giugno 2003, n. 211. Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 184, Supplemento ordinario n. 130, 9 agosto 2003.
11. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals.* Oxford and New York: Oxford University Press; 1998.
12. Atkinson JM. *Advance directives in mental health. Theory, practice and ethics.* London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher; 2007.
13. Lyon Levine M. *Mental illness, medicine and law.* Farnham, Surrey: Ashgate; 2009.
14. Italia. Legge 9 gennaio 2004, n. 6. Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del Codice Civile in materia di interdizioni e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale*, n. 14, 19 gennaio 2004.

DIMINUIRE LA DISTANZA: IL RAPPORTO CON L'ANIMALE DI LABORATORIO

Augusto Vitale

Dipartimento di Biologia cellulare e Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

In questo mio contributo presenterò una serie di argomentazioni sull'importanza di un rapporto empatico con l'animale sperimentale, e come questo tipo di rapporto può influenzare la nostra valutazione del benessere animale, e la validità del dato scientifico.

Un primo aspetto concernerà il capire se il legame che si instaura con l'animale sperimentale risulta in un impedimento per l'obiettività del dato scientifico che viene raccolto. Diverse ricerche sperimentali di tipo cognitivo, portate avanti per anni con individui mantenuti in cattività, appartenenti a diverse specie, hanno prodotto dati comportamentali importanti. In alcuni di questi casi tali risultati non si sarebbero ottenuti senza una interazione molto stretta tra lo/la sperimentatore/trice e il soggetto sperimentale. Un esempio classico in questo senso sono le ricerche della ricercatrice statunitense Irene Perpperberg e il pappagallo Alex.

Nel nostro Reparto di Neuroscienze comportamentali, presso il Dipartimento di Biologia cellulare e Neuroscienze (ISS), ospitiamo una colonia di scimmie marmoset (*Callithrix jacchus*). Queste scimmie sono oggetto di ricerche di tipo comportamentale, caratterizzate da un basso livello di invasività. Tutte le scimmie hanno un nome proprio. Il dare un nome alle scimmie, permette di mettere meglio in evidenza la personalità e l'individualità dei singoli soggetti. Ciò rafforza il senso di dignità che deve essere percepito nei confronti di questi animali, e facilita l'attenzione da parte dello staff verso le esigenze di benessere della colonia stessa.

Da un punto di vista della ricerca comportamentale, la conoscenza delle caratteristiche individuali, mediante anche da un rapporto empatico con l'animale, permette una più efficace programmazione sperimentale, dove il tipo di risultato atteso è tarato per la personalità e carattere di quel dato individuo. L'avere cura degli animali da laboratorio, attraverso un legame sentimentale con i soggetti sperimentali, può portare sia vantaggi che svantaggi. Per un tecnico di laboratorio, l'amore per gli animali trova soddisfazione nell'offrire il più possibile un adeguato livello di benessere ai soggetti mantenuti in cattività. Gli svantaggi sono rappresentati dal compito estremamente spiacevole nel quale il personale può trovarsi quando deve operare in prima persona, oppure assistere all'eutanasia di uno dei suoi soggetti preferiti. Il risultato può essere una grande tristezza e un senso di vuoto, qualche volta fenomeni depressivi. Negli Stati Uniti esistono oggi programmi di assistenza psicologica per tecnici di laboratorio che, specialmente nel caso di laboratori che utilizzano primati non umani, si trovano a dover affrontare situazioni di questo tipo.

Su questo ultimo punto, è interessante ragionare su come è possibile che un/una ricercatore/trice possa provare affetto per un animale sperimentale, quale una scimmia per esempio, e allo stesso tempo intervenire invasivamente su quella stessa scimmia. Una possibile spiegazione sarà offerta in termini di gerarchia di stati morali. Un individuo che ha uno stato morale è un individuo che ha degli interessi morali, qualcosa che è un "bene" per se stesso. Per esempio, un interesse morale di una scimmia può essere la possibilità di vagare libera per la foresta. Però, in alcune particolari situazioni, stati morali di differenti animali possono entrare in conflitto. Nonostante la possibilità di riconoscere in una scimmia degli interessi morali, noi possiamo considerare come eticamente giusto infliggere sofferenza a quella scimmia, in nome del benessere dei nostri simili. Questo è il caso della sperimentazione animale.

Ritornando al concetto di benessere animale, questa relazione si occuperà delle ricerche di Françoise Wemelsfelder, che lavora allo *Scottish Agricultural College* di Edinburgo. Questa ricercatrice, da più di 10 anni, si occupa di benessere animale adottando un approccio qualitativo al problema. La Wemelsfelder afferma che l'animale deve essere considerato come un "tutto" senziente. Quindi l'osservatore può essere in grado di giudicare il carattere e la personalità dell'animale, descrivendone il comportamento come "timido", "arrabbiato", "scontroso". Queste ricerche si sono concentrate sui maiali da allevamento, producendo risultati che sono stati confermati da metodologie più classiche di rilevazione comportamentale.

Questo intervento si concluderà con la presentazione di dati raccolti sulla colonia di scimmie marmoset, ospitata nel nostro laboratorio. Lo scopo di questo lavoro era di verificare se una interazione più stretta tra staff e animali sperimentali, potesse avere un qualche effetto sul profilo comportamentale generale della colonia di scimmie. In questo contesto, un tipo di arricchimento sociale è l'arricchimento sociale interspecifico ed una possibile forma di questo può essere rappresentata dall'interazione tra essere umano/animale non-umano. Si possono identificare due tipi interazione in cattività tra primati non umani e primati umani: la prima si può definire interazione umana strutturata, che oggi prende sempre più piede nei protocolli sperimentali che utilizzano scimmie di laboratorio. Infatti, questo tipo di interazione è alla base dei programmi di addestramento delle scimmie per ottenere al loro collaborazione durante le procedure di routine di un laboratorio: per esempio, nel caso del prelievo di sangue o nel caso dello spostamento di un individuo da una gabbia all'altra. Il secondo tipo di interazione essere umano-animale possibile è la cosiddetta interazione umana non strutturata che si può definire come il quotidiano rapporto che si instaura tra gli animali e chi si prende cura di loro. Ed è proprio quest'ultima il tipo di interazione che abbiamo considerato in questo lavoro. Negli animali, dopo il trattamento, abbiamo notato una significativa diminuzione in generale del livello di locomozione. Quindi una tendenza non significativa alla diminuzione di comportamenti aggressivi nei confronti di un osservatore, e una riduzione di comportamenti indicativi di uno stato di lieve disagio. Infine, un aumento non significativo di attività di tipo sociale in presenza di un osservatore, quali gioco e *grooming*.

Pertanto, concludendo, l'interazione umana diretta, positiva e prolungata nel tempo sembra avere effetti positivi sullo stato per così dire emotivo degli animali, i quali nel complesso appaiono più tranquilli e a loro agio di fronte allo sperimentatore e, conseguentemente, di fronte alla situazione sperimentale. Da un punto di vista di benessere animale, i risultati ottenuti indicano che abbiamo a che fare con animali che, grazie alla procedura di interazione, hanno in qualche modo diminuito la frequenza di comportamenti generalmente indicativi di disagio, e hanno mostrato un aumento di comportamenti invece indicativi di uno stato di tranquillità. Vorremmo anche suggerire che dati comportamentali ottenuti da animali che sono più calmi e rilassati è scientificamente più credibile di un dato ottenuto da animali guardinghi e in uno stato di allerta.

In conclusione, quindi, si può affermare che un rapporto empatico con l'animale sperimentale può portare benefici sia alla qualità del dato sperimentale, che al livello di benessere dell'animale stesso.

ATTIVITÀ CONDOTTE CON L'AUSILIO DEGLI ANIMALI IN SOGGETTI AFFETTI DA SINDROMI AUTISTICHE: POTENZIALITÀ E LIMITI

Donata Pagetti Vivanti
Autismo Italia Onlus

Priorità delle famiglie

Al di là delle priorità della singola famiglia, quelle delle organizzazioni di genitori che rappresentano i figli con disturbo autistico incapaci di rappresentarsi da soli sono la promozione e protezione dei loro diritti e pari opportunità. Queste priorità corrispondono ad una evoluzione degli approcci alla disabilità verso un modello della disabilità, ancora poco diffuso e accettato, che si distacca dal vecchio modello “negativo” che sottolineava le menomazioni della persona disabile, considerata oggetto di assistenza, se non addirittura di pietà, per evolvere verso il modello sociale “positivo” della disabilità, che mette in primo piano la persona e le sue potenzialità, e richiede un intervento che risponde alle necessità individuali della persona, ed approdare al modello della disabilità basato sui diritti, secondo il quale la disabilità è una questione di diritti e la persona con disabilità è un soggetto dotato di diritti umani e fondamentali.

Questo approccio comporta una responsabilità, anche individuale, di promuovere e adottare interventi appropriati a permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia e di giungere alla piena inclusione e partecipazione in tutti gli ambiti della vita. Un intervento appropriato per l'autismo dovrà quindi inquadrarsi in una cultura scientifica condivisa sulla natura dell'autismo e sul funzionamento psicologico delle persone che ne sono affette. I limiti e le potenzialità delle attività con animali si situano in questo contesto: esiste un razionale ed evidenze di efficacia che sostengano la necessità di promuovere e adottare queste attività?

Stato dell'arte delle conoscenze sull'autismo

L'autismo è definito come una serie di disturbi che si manifestano nell'area dell'interazione sociale, della comunicazione e del comportamento, attribuibili da anomalie dello sviluppo cerebrale causate da fattori genetici e probabilmente, almeno per una parte dei casi, da fattori ambientali che interferiscono con il normale sviluppo durante la prima fase della vita intrauterina. Se le cause dell'autismo non sono ancora del tutto conosciute, sappiamo invece dagli studi di ricerca condotti ad oggi disfunzioni dell'attaccamento precoce madre-bambino non sono in alcun modo coinvolte nella genesi dei disturbi dello spettro autistico.

Sappiamo inoltre che per lo sviluppo sociale e cognitivo del bambino la capacità di imitare ha un ruolo rilevante, e che questa capacità è in qualche modo compromessa nei bambini con autismo, che imitano meglio stimoli semplificati, come i movimenti compiuti da un robot, piuttosto che quelli compiuti da un'altra persona o anche da un animale. Non vi è invece alcuna

prova n  razionale a sostegno della tesi che il rapporto con un animale favorisca lo sviluppo sociale nell'autismo.

Appropriatezza degli interventi

Gli interventi appropriati per l'autismo si basano sulle conoscenze e sulle evidenze scientifiche relative al disturbo da trattare e sulla loro dimostrata efficacia nel migliorarne i sintomi e le conseguenze sull'autonomia, l'inclusione e la partecipazione delle persone che ne sono affette. Interventi inappropriati sono quelli basati su teorie e assunti non provati, supportati non da evidenze sperimentali, ma da aneddoti o singole testimonianze. I trattamenti inappropriati sono da evitare, perch  possono compromettere irrimediabilmente le possibilit  di sviluppo e miglioramento a lungo termine delle persone con autismo.

Bench  sia noto che gli interventi appropriati per l'autismo appartengono tutti alla famiglia dei trattamenti comportamentali, ovvero quei trattamenti a orientamento didattico che si basano sull'applicazione all'autismo delle regole che governano il comportamento umano, molti trattamenti inappropriati sono oggi disponibili e spesso adottati. Le ragioni del frequente ricorso a trattamenti inappropriati per l'autismo nella necessit  e urgenza di diminuire l'impatto del comportamento autistico sulla vita quotidiana della famiglia, nei fraintendimenti causati dall'aspetto fisico "normale", nell'assenza di una terapia ben definita, nell'effetto placebo che si verifica quando la speranza porta alla percezione di miglioramenti inesistenti, nella variabilit  individuale dei sintomi, nelle regressioni e miglioramenti spontanei che si possono verificare nel corso del tempo, e nell'errata interpretazione di concomitanze come relazioni di causa-effetto.

Fra i numerosi trattamenti inappropriati per l'autismo si inquadrano gli approcci di tipo psicanalitico, la cui efficacia nell'autismo era stata smentita fin dal 1975 dal *National Institute of Mental Health*, secondo il quale.

Uso terapeutico degli animali

La *Pet therapy*, ovvero l'utilizzo terapeutico degli animali da compagnia, fu introdotta dal neuropsichiatra psichiatra infantile Boris Levinson nella cura di malattie psichiatriche. Secondo Levinson, l'animale aveva la funzione di 'sciogliere il ghiaccio', aiutando il bambino ad abbassare le proprie barriere emotive e mitigando il processo attivo di inibizione delle capacit  relazionali.

La *Pet therapy* applicata all'autismo si basa storicamente sull'assunto che l'innaturale relazione madre-bambino nelle fasi neonatali e infantili sia responsabile di danni neuropsicologici che si manifestano con l'autismo, e sia potenzialmente curabile dal rapporto affettivo con l'animale. Poich  questo assunto si   dimostrato completamente falso, non vi   alcuna ragione di considerare la *Pet therapy* un trattamento appropriato per l'autismo. Inoltre non esiste alcuna prova di efficacia terapeutica della *Pet therapy*, che, se   probabilmente innocua per il bambino, non lo   per la famiglia, nella misura in cui riesuma teorie colpevolizzanti superate o promette risultati terapeutici, indicando la famiglia ad un eccessivo investimento di risorse (come nel caso della delfino-terapia).

Dalla *Pet therapy* devono essere distinte tutte quelle attivit  svolte con l'ausilio degli animali, indicate con la sigla AAA (dall'inglese *Animal Assisted Activities*), che hanno lo scopo di migliorare la qualit  della vita di particolari categorie di persone "vulnerabili" (quali ad esempio le persone cieche, sorde o con autismo). In particolare queste attivit , che non

promettono di curare l'autismo né di avere un impatto diretto sulle capacità sociali primariamente compromesse nell'autismo, possono contribuire, in alcuni casi, a migliorare la qualità di vita delle persone con autismo e favorirne l'autonomia. Anche queste attività hanno tuttavia dei limiti, poiché richiedono alcune capacità non facilmente presenti nelle persone con autismo che dovrebbero avvantaggiarsene.

In generale, per garantire alle persone con autismo pari opportunità e diritti, è necessario che le famiglie imparino a diffidare di trattamenti che pretendono di ottenere risultati eclatanti, a chiedersi se poggiano su teorie sensate, a valutare il rapporto costi/benefici del trattamento, a verificare quanto i programmi di trattamento siano tagliati su misura sulle esigenze della persona con autismo e quanto regolarmente i risultati del trattamento vengano verificati, e a tener conto dell'effetto placebo che qualunque trattamento porta comporta rispetto alla mancanza di trattamento. Ciò che sembra troppo bello per essere vero, spesso non lo è.

Bibliografia consigliata

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. Fourth edition (Text revision)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2000.

Herbert JD, Sharp IR. Pseudoscientific treatments for autism. *Priorities for Health* 2001;13:23-6.

Klin A, Jones W, Schultz R, Volkmar FR, Cohen DJ. Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:809-16.

Klin A, Volkmar FR, Sparrow S. Autistic social dysfunction: some limitations of the theory of mind hypothesis. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33:861-76.

Levinson BM. The dog as a "co-therapist". *Ment Hyg* 1962;46:59-65.

National Institute of Mental Health. *Research on the service of mental health*. Bethesda: NIMH publications; 1975.

National Institute of Mental Health. *Autism*. Bethesda: NIMH publications; 1997.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. *Autism fact sheet*. Bethesda: NIMH publications; 1996.

National Research Council Report. *Educating children with autism*. Washington DC: National Academy Press; 2001.

Powers M. Behavioral assessment of individuals with autism. In: Cohen DJ, Volkmar FR (Ed.). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Wiley; 1997. p. 448-59.

Powers M. *Children with autism, a parent's guide*. Bethesda: Woodbinehouse; 2000.

Rapin I. Classification and causal issues in autism. In: Cohen DJ, Volkmar FR (Ed.). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Wiley; 1997. p. 847-67.

Rogers SJ. Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;27:168-79.

Rogers SJ, Ozonoff S, Maslin-Cole C. A comparative study of attachment behavior in young children with autism or other psychiatry disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1991;30:483-88.

Rutter M, Bailey A, Simonoff E, Pickles A. Genetic influences in autism. In: Cohen DJ, Volkmar FR (Ed.). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Wiley; 1997. p. 370-387.

Rutter M. Genetic studies of autism: from the 1970s into the millennium. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;28:3-14.

- Schreibman L. Intensive behavioral/psychoeducational treatments for autism: research needs and future directions. *J Autism Dev Disord* 2000;30:373-8.
- Schreibman L. *The science and fiction of autism*. Harvard University Press; 2006.
- Shermer M. *Why people believe weird things: pseudoscience, superstition, and other confusions of our time*. New York: W. H. Freeman; 1997.
- Volkmar F, Cook EH Jr, Pomeroy J, Realmuto G, Tanguay P. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:32S-54S.
- Volkmar FR. Autism and pervasive developmental disorders. In: Zeanah C (Ed.). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press; 1993. p. 298-310.
- Volkmar FR, Carter A, Sparrow S, Cicchetti D. Quantifying social development in autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:627-32.
- Volkmar FR, Klin A. The pervasive developmental disorders. In: Kaplan H, Sadock B (Ed.). *Comprehensive text of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2000. p. 2659-78.
- Volkmar FR, Klin A, Cohen DJ. Diagnosis and classification of autism and related conditions: consensus and issues. In: Cohen DJ, Volkmar FR (Ed.). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Wiley; 1997. p. 5-40.
- Volkmar FR, Lord C. Diagnosis and classification of autism and others pervasive developmental disorders. In: Volkmar FR (Ed.). *Autism and pervasive developmental disorders*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998. p. 1-31.

L'ESPERIENZA DELL'ULSS N. 4 DELLA REGIONE VENETO: QUANDO LA RELAZIONE CON L'ANIMALE PUÒ AIUTARE A GUARIRE

Lino Cavedon

Azienda Ulss 4 Alto Vicentino, Thiene, Vicenza

Nel periodo in cui sono stato responsabile di un Servizio tutela minori della mia Ulss, più volte ho incontrato bambini maltrattati, trascurati o abusati sessualmente da adulti, frequentemente da un genitore. Anche in Consultorio familiare i figli delle separazioni brutte e malfatte diventano ostaggio di adulti incattiviti tra loro.

Nel momento in cui un bambino si ritrovava privato della funzione protettiva dell'adulto che lo aveva prevaricato o tradito, mi prendeva la preoccupazione di come avremmo potuto cicatrizzare questa ferita, questo doloroso lutto.

Fu così che mi venne l'idea di utilizzare la *Pet therapy*: l'uso del cane come mediatore con l'adulto, come figura-ponte per ricostruire un rapporto saltato.

Ho coinvolto una collega psicologa che già aveva 2 bovini del Bernese, la neuropsichiatra infantile del Distretto sanitario e due colleghi veterinari con i quali già una decina di anni prima avevamo proposto l'utilizzo del cane in una casa di riposo. Questo gruppo spontaneamente si è dato un tempo per confrontarsi sulle diverse visioni che si potevano comporre in materia di interventi accompagnati con il cane. I diversi approcci culturali, linguistici ed esperienziali più sviluppati sul versante umano o animale hanno richiesto un confronto non facile, ma irrinunciabile al fine di comporre un modello di relazione, di contatto, di modo di curare nuovo ed inesplorato da noi tutti. Ne è scaturito il progetto "Argo" che abbiamo presentato al Direttore generale della nostra Azienda affinché potesse nascerne un primo atteggiamento ufficiale di considerazione di tale materia. Abbiamo ottenuto l'approvazione del progetto di respiro biennale, una convenzione con l'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie ed un finanziamento adeguato perché tutti i membri del gruppo avviassero un percorso di formazione. Come ente pubblico non potevamo infatti permetterci di fare improbabili e rischiose improvvisazioni. Tutti abbiamo seguito un corso per coadiutori del cane per prendere consapevolezza delle competenze che deve possedere chi accompagna il cane in seduta; qualcuno ha fatto il corso per referenti di progetto, chi il corso per il ruolo del veterinario, due hanno seguito il corso di istruttore cinofilo, un collega veterinario sta frequentando il corso di specializzazione di Pisa.

Si è poi evitato di chiedere all'azienda sanitaria di acquisire cani già addestrati e idonei per la *Pet therapy*, poiché ne avremmo ricevuto un rifiuto, a nostro giudizio comprensibilmente scontato, poiché la loro gestione sarebbe risultata troppo complessa.

Abbiamo pertanto fatto la scelta di lavorare con cani personali, più abituati alla relazione e alla coabitazione con l'uomo. Un periodo importante è servito per farci seguire da un valido Istruttore cinofilo, al fine di formare a livelli significativi varie coppie conduttore-cane, sempre appartenenti al gruppo di lavoro che ha dovuto far coesistere, non senza difficoltà iniziali, ruoli diversi (psicologo, neuropsichiatra, veterinario, coadiutore del cane, invianti dei casi).

In concomitanza con il cambio di direzione generale ci sentivamo timidamente pronti per iniziare una fase di sperimentazione che, per le nostre competenze, si è focalizzata su casi di terapie accompagnate con il cane. Avevamo già individuato presso Villa Nieve Bonin-Longare, struttura di proprietà dell'ULSS n. 4, uno spazio recintato che si prestava all'attività esterna ed una stanza riscaldata con ampio corridoio che ci consentiva di operare nelle giornate di pioggia o più fredde.

Sei mesi di tempo, facendo sedute ritagliate alle nostre normali attività lavorative, dovevano fornire a tutti noi, non solo alla direzione, riscontri in merito alle caratteristiche del nuovo *setting*, agli aspetti organizzativi, ai criteri di valutazione, alle nuove abilità professionali richieste, alla scelta e alla valutazione dei cani, alla loro tenuta emotiva, al loro corretto impiego, ai benefici sui pazienti. Infine, cosa molto importante, la *Pet therapy* non doveva risultare un diletto personale, uno svago degli operatori, bensì doveva rispondere a criteri di efficienza-efficacia, al fine di poterla ritenere strategia più incisiva ed economica di cui una particolare utenza avrebbe potuto beneficiare.

Infatti il *setting* di TAA è particolarmente costoso perché prevede la presenza di uno psicoterapeuta, del cane e del suo coadiutore, senza calcolare la presenza fuori scena del medico veterinario e dell'istruttore cinofilo. La TAA non va infatti confusa con la AAA che può essere attuata con la sola presenza del coadiutore e del suo cane, se ovviamente ben affiatati. Al fine di riuscire a convincere poi la direzione sanitaria dell'azienda, che ha il giusto compito di valutare costi-benefici delle varie prestazioni sanitarie, ad introdurre la *Pet therapy* tra le prestazioni erogate, dovevamo affrontare in modo molto professionale la fase sperimentale.

Potendo inizialmente individuare i casi per la sperimentazione all'interno di nostri due servizi di appartenenza, abbiamo scelto casi complessi e diversificati al fine di rendere significativa l'esperienza.

Di seguito l'elenco:

- *Bambini*: Ambra, di anni 6, affetta da Sindrome di Down; Guido, di anni 5, affetto da Sindrome di Peters Plus e diparesi spastica; Manuel, di anni 6, con disturbi d'ansia e di autocontrollo a seguito di separazione fortemente disturbante tra i suoi genitori; Andrea, di anni 8 con forte disturbo d'ansia e di relazione e fobia nei confronti dei cani.
- *Preadolescenti*: Irene di anni 12, con una diagnosi di Disturbo generalizzato dello sviluppo; Eleonora, di anni 12, affetta da sindrome di Noonan-like e disturbo intellettivo di grado lieve; Mattia di anni 12, con diagnosi in corso di sospetto autismo.
- *Adulti*: Mirco, di anni 23, disabile psichico con grave deficit intellettivo; Vittorio, di anni 33, con diagnosi di Oligofrenia; Antida, di anni 52, paziente psichiatrica inserita presso un Centro residenziale.
- *Anziani*: Luigi di anni 92, inserito presso una casa di riposo.

Per i casi da noi seguiti i risultati sono stati straordinariamente confortanti per l'immediatezza dell'attivazione emozionale e per obiettivi raggiunti.

Si sono inoltre attuate esperienze di AAA con una classe di scuola materna, di scuola elementare e di scuola media inferiore.

Presento ora 2 casi che reputo particolarmente significativi: Ambra e Guido.

Ambra è una sorridente bambina di sei anni, affetta da sindrome di Down, una creatura sempre in movimento che fatica all'inizio a creare un contatto delicato con Kim, bovaro del Bernese, cane di personalità e attento alle possibili intemperanze esterne. Ambra all'inizio cerca il contatto e poi ti mette alla prova, si allontana per verificare se la rincorri. Quante volte me la sono riportata in braccio con lei recalcitrante ed agitata! Un po' alla volta, esplorato lo spazio circostante, soppesate le persone con cui si relaziona, colloca sempre di più Kim tra i suoi interlocutori e lo fa diventare oggetto di interesse. Il contatto tattile con lui risulta meno brusco e più dolce, l'accudirlo con la spazzola, dandogli il cibo e permettendogli di dissetarsi, diventa un rito da farsi con modi appropriati, riconoscendo anche il cane come individuo cui portare rispetto e da comprendere nei suoi bisogni. Anche il gioco con Kim, condotto da Michela, l'altra psicologa dell'équipe, si sviluppa in modo meno confuso e discontinuo e sempre più coinvolgente per Ambra. Le sequenze degli esercizi, non semplici da memorizzare e da attuare, diventano oggetto di curiosità e di interessamento. Significativa è la scena in cui Ambra, per salutare il cane, lo bacia intensamente, di sua iniziativa e con molto slancio affettivo.

È commovente **Guido** quando attacca con fare deciso: “Vieni Chopper, vieni che ti aiuto io!”. Quando infatti nascondiamo le crocchette sotto i coni di plastica per verificare le doti di fiuto del cane, Guido si diverte ad essere complice con il suo amico quattrozampe. Ride, ride a crepappelle quando lo vede in difficoltà, quando con il naso cerca di rovesciare il cono che invece scivola sul pavimento.

Guido è un bambino di sei anni straordinariamente bello, con significative anomalie di tipo visivo, conseguenti a sindrome di Peters Plus, e motorio, a causa di una diparesi spastica; necessita di un deambulatore per i suoi movimenti, mezzo che per tutti è “la sua Ferrari”.

Quando la mamma ce lo porta la prima volta ci dice: “fate in modo che sorrida; spero che mi possa dire con le sue parole che è felice di vivere questa esperienza”.

Effettivamente Guido sembra all'inizio non avere voce ed ha un viso scarsamente espressivo. Temo poi di “romperlo”, talmente lo percepisco come fragile per cui lo tengo seduto, gambe incrociate, sempre appoggiato con la sua schiena a me per dare più stabilità al suo fragile corpo.

I medici veterinari dell'équipe, Ivano e Fabrizio, ci hanno suggerito Chopper, un pastore bergamasco ancora giovane, ma di indole mite, tranquillo e adatto per un lavoro al tappeto.

Nei primi incontri c'è anche Stefanella, la neuropsichiatra infantile che ha in carico Guido e che ci aiuterà nella fase di impostazione iniziale.

I primi incontri sono dedicati alla conoscenza olfattiva: Chopper si mostra disponibile al contatto con le mani, ad essere poi spazzolato e permette una vicinanza che un po' alla volta acquieta ed incuriosisce entrambi.

La gestione del premio, come rinforzo positivo al cane, è un rito che sancisce una priorità nella relazione con lo stesso. Guido infatti, dopo il primo incontro, racconta alla mamma che “Lino sì che aveva tanti premi per Chopper”. Già al secondo incontro lego in qualche modo il mio marsupio contenente le crocchette al corpicino di Guido. Al terzo incontro, tutto trionfante, Guido arriva con il suo marsupio, dentro il quale mettiamo una quantità di premi che sempre di più gestisce lui in prima persona. La vitalità espressiva affiora in lui con sempre maggiore freschezza. Sentiamo finalmente la sua voce, necessaria per il richiamo di Chopper, per i vari comandi e per distenderlo poi a terra.

I momenti di maggiore ilarità si manifestano quando creiamo situazioni di gioco con il cane; quando c'è la ricerca del cibo sotto i coni, quando si gioca a nascondino, quando si lancia la palla e si grida, per cadenzare le azioni del cane, il “prendi-porta-lascia”.

Sempre di più Guido assume sicurezza nell'usare il proprio corpo con crescente disinvoltura. Si muove all'esterno nel prato alberato con grande curiosità perché lo vuole esplorare. Quando, a causa delle variazioni climatiche, lavoriamo all'interno, scopro in lui una capacità di spostamento che mi sorprende e mi rilassa da qualsivoglia preoccupazione. Si imbastisce addirittura una gara a tre, Guido, Ivano e cane compreso, per raggiungere carponi la fine del corridoio.

Guido ha attuato una trasformazione straordinaria: a livello relazionale sia con noi che con Chopper; a livello emozionale, facilitato dalla disinvoltura del cane, si è sentito velocemente a suo agio, si è sciolto in sorrisi sorprendenti, in chiacchierate spigliate e sicure. Quando è felice, appoggia gli avambracci sul deambulatore e solleva raggianti le sue gambe in ripetuti movimenti di contentezza. È cambiato sensibilmente il suo rapporto con lo spazio fisico. Dall'essere poi oggetto di attenzioni da parte di tutti, ha acquisito espressioni toccanti di autonomia (“Ti aiuto io Chopper!”).

La metodologia di lavoro che la nostra équipe si è data risponde perfettamente alle Linee Guida che la Regione Veneto ha di recente deliberato.

- La domanda viene sempre approfondita con i genitori (o familiari) e l'équipe che ha in carico il caso; viene quindi effettuata la necessaria raccolta anamnestica.
- Il tutto arriva alla valutazione dell'équipe prescrittiva-progettuale, di cui fanno parte i referenti dell'équipe (medici-psicologi/psicoterapeuti), altri specialisti ritenuti utili alla valutazione (eventualmente anche chi ha inviato il caso) e il medico veterinario che sceglie il cane ritenuto più idoneo per il caso. Si costruisce il progetto che definisce il luogo di attuazione, gli obiettivi e i criteri di valutazione pre e post-intervento.

- L'équipe operativa (psicologo o NPI e coadiutore del cane) organizza il calendario delle sedute che possono variare da 10 a 20 a seconda delle problematiche. Le prime tre sedute servono di osservazione per una conferma della fattibilità del progetto.
- Alla verifica finale segue la restituzione agli invianti con i quali si mantiene il contatto anche in itinere.

Il Centro di *Pet therapy* di Villa Nieve ha organizzato in collaborazione con l'IZSVE e con la Facoltà di Veterinaria dell'Università di Padova un corso di formazione per coadiutori del cane e un Convegno nazionale dal titolo "Pet therapy: quando l'animale può aiutare a guarire" tenutosi il 24 maggio 2009.

Oggi c'è una équipe stabile, insediata presso Villa Nieve, con una zona di operatività straordinariamente accogliente ed idonea, che si andrà a migliorare ulteriormente. Si è creata un'area vasta con le Aziende sanitarie del vicentino con cui abbiamo avviato un intenso rapporto di collaborazione e l'azienda agricola sperimentale "La decima" della Provincia.

Il centro dell'Ulss n. 4 è diventato, per la parte umana, partner dell'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, nominato dal Ministero per la Salute, Centro di riferimento nazionale in materia di interventi coadiuvati dall'animale.

L'incarico ricevuto richiede di avviare una rigorosa sperimentazione che dimostri che la *Pet therapy* può configurarsi come prestazione sanitaria, quindi prescrivibile dal medico di famiglia quale livello essenziale di assistenza.

A tale scopo si è già costituito un comitato scientifico formato dalle Facoltà di Medicina veterinaria, Medicina e chirurgia, Psicologia e Scienze dell'educazione dell'Università di Padova. Il Ministero ha già approvato un programma di attività in ambiti diversificati nei quali andremo ad operare.

L'intendimento è di aprirsi a tutte le esperienze già effettuate ed in corso, valorizzando al meglio anche gli studi che in Italia hanno dato contributi straordinari alla conoscenza della *Pet therapy*.

Ritengo che tale fase sia prodigiosa e possa portare tale co-terapia a dignità scientifica e all'inserimento tra le prestazioni sanitarie, alla definizione dei criteri della formazione, al riconoscimento dei titoli, ad un vantaggio per l'utenza. Per gli psicologi oserei prospettare addirittura una formazione *post-lauream* per il conseguimento del titolo di psicoterapeuti in *Pet therapy*.

Auspico infine che, fra i molti centri di prestigio, pubblici e privati esistenti in Italia e in altri Paesi stranieri, possa nascere un movimento straordinario di confronti, di scambi e di crescita per tutti.

SCELTA DELLA RAZZA CANINA NEI PROGRAMMI DI TERAPIA E ATTIVITÀ ASSISTITE

Arianna Manciocco

Dipartimento di Progettazione Molecolare, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma

Le attività e terapie assistite con gli animali trovano applicazione in due campi sostanzialmente differenti quali, quello sanitario e socio-educativo. Questo comporta che le strutture coinvolte siano molto diverse tra di loro, soprattutto per il tipo di utenza presente (bambini, anziani, malati, disabili, carcerati). Alla luce di questa realtà, affinché un cane possa risultare un valido compagno nelle attività di assistenza, è importante considerare, oltre alla sua indole generale, anche la razza di appartenenza. Infatti, è innegabile che alcune razze possano essere migliori di altre per svolgere al meglio specifici compiti. A esempio, accanto a un'indole socievole e equilibrata, l'inserimento in realtà difficili e stressanti per il cane, richiede anche una tempra e una docilità elevate. Inoltre, quando all'individuo è richiesto lo svolgimento di assistenza ai disabili, la capacità di apprendimento e memorizzazione, nonché la motivazione a lavorare, sono elementi fondamentali. Questi aspetti non sono presenti nella stessa misura in tutte le razze, e pertanto la scelta della razza più adeguata, può fare la differenza in termini di ottimizzazione delle risorse economiche, umane e canine.

Creazione delle razze: una selezione funzionale

La selezione funzionale, cioè con fini utilitaristici, del cane di razza pura si basa sull'osservazione che determinate caratteristiche fisiche e comportamentali consentono all'individuo di svolgere in maniera migliore un determinato compito, piuttosto che un altro. Una razza è definibile come una popolazione di individui, appartenenti alla stessa specie, che soddisfano tre criteri: a) discendono da uno specifico gruppo di soggetti-fondatori (antenati); b) condividono una specifica funzione utilitaristica per l'uomo; c) condividono caratteristiche morfologiche e caratteriali tra loro più simili, rispetto a quelle con altri individui della stessa specie (1). Ogni razza canina è descritta da uno *standard di razza*, che indica in modo dettagliato le caratteristiche morfologiche e caratteriali che un soggetto deve rispettare, affinché si possa considerare appartenente a quel gruppo. In questo decalogo vengono trattati quegli aspetti morfologici e comportamentali necessari affinché il cane possa svolgere il compito per cui è stata creata quella specifica razza. Inoltre, vengono messi in risalto le caratteristiche di particolare pregio, da ricercare nei soggetti utilizzati per la riproduzione, e quegli aspetti considerati difetti gravi, che ne devono determinare invece l'esclusione dall'allevamento. A esempio, nelle razze create per la guardia o la difesa, tratti caratteriali quali la paura, la timidezza e l'aggressività ingiustificata sono da considerare motivi che portano al non utilizzo dell'individuo nella riproduzione. Generalmente, lo *standard di razza* viene redatto dalle associazioni (Società di Razza) che tutelano la razza nel suo paese d'origine, e quindi sottoposto all'approvazione dell'ente cinologico internazionale, la Federazione Cinologica Internazionale (FCI). Quest'ultimo passo è fondamentale per l'ottenimento dello status di 'razza riconosciuta'.

A differenza della selezione naturale, che opera in modo casuale e con tempi estremamente lunghi, la selezione artificiale attuata dall'essere umano è un processo che segue una direzione ben prefissata e procede molto rapidamente. Infatti, anche se un allevatore non può controllare

le mutazioni genetiche, può, mediante una serie di azioni, fissare rapidamente dei caratteri ed eliminarne degli altri. L'istituzione di rigidi registri di purosangue (i *pedigree*) determina un meccanismo artificiale di isolamento genetico, impedendo che geni di popolazioni estranee si mescolino con quelli delle linee pure; inoltre, l'allevatore, scegliendo i riproduttori attraverso un rigido programma di incroci, determina la fissazione o la scomparsa di una mutazione, nonché la migrazione dei geni; infine, è da notare che ogni buon allevatore di cani conosce bene il grado di parentela e il tasso di omozigosi presente nel proprio gruppo di animali. La combinazione di queste azioni e conoscenze permette di sfruttare a proprio vantaggio le mutazioni considerate utili, quando queste compaiono, ed eliminare quelle indesiderate più rapidamente di quanto non avvenga in natura.

Pertanto, ogni razza è una collezione di geni e le differenze tra esse esprimono i diversi scopi per cui sono state create. A seconda dell'utilizzazione per la quale il cane viene selezionato si sviluppano, nel corso dei secoli, alcuni *tipi* fondamentali, in ognuno dei quali viene accentuata una o più caratteristiche che lo rendono specialista nella sua categoria. A esempio, i Levrieri, specializzati nella caccia a vista alla selvaggina veloce, in cui le doti di velocità e scatto sono privilegiate; i Segugi, specializzati nel rintracciare le tracce del selvatico, in cui un tratto fortemente caratterizzante è il grande fiuto; i Cani Pastore, capaci di controllare e condurre greggi anche di enormi dimensioni, in cui è fondamentale l'inibizione dell'istinto predatorio; i Cani da guardia, in cui il temperamento ed il senso di territorialità fanno la differenza.

Caratteristiche di razza e AAA/T

Il carattere di un cane di razza pura si considera definito per circa il 60% dalla genetica, cioè dalla linea di sangue da cui proviene, e per la restante parte dall'esperienza che avrà nei primi mesi di vita, derivata dalla madre e dall'ambiente con cui entrerà in contatto (2-4). Gli elementi che definiscono il carattere del cane possono essere così riassunti: docilità (predisposizione a farsi guidare dall'uomo), socievolezza (capacità di inserirsi naturalmente in qualsiasi ambiente, senza alcuna esitazione, in presenza di individui della stessa e di diversa specie), temperamento (intensità e velocità di reazione a stimoli esterni di qualsiasi natura), curiosità (attitudine a esplorare territori e ambienti nuovi), vigilanza (sensibilità ad avvertire un pericolo esterno, per lui stesso o per il suo branco), tempra (capacità di tollerare azioni esterne, fisiche o psichiche, di natura spiacevole), possessività (verso qualcosa o qualcuno, retaggio del comportamento predatorio), combattività (capacità di lottare contro uno stimolo esterno spiacevole), aggressività (reazione fisica a un pericolo che minaccia l'integrità dell'individuo o del territorio, legata all'istinto predatorio).

Naturalmente, è bene sottolineare che un buon cane da terapia è il frutto di molti fattori, che vanno dalla predisposizione genetica, alla socializzazione, all'educazione. Tuttavia, a seconda del compito che il cane è chiamato a svolgere nell'ambito delle AAA/T, la razza di appartenenza può giocare un ruolo importante. In generale, più è complesso il compito richiesto al soggetto, maggiore è la considerazione che si deve dare alla razza di appartenenza dell'individuo. Questo è dovuto, soprattutto, per il diverso grado di addestrabilità riscontrabile nelle differenti razze, intesa sia in termini di complessità dei compiti che gli possono venire richiesti, sia per la rapidità con cui l'individuo comprende e impara cosa ci si aspetta da lui.

Nell'ambito delle attività di assistenza, si distinguono i *cani sociali* e i *cani di servizio*. Ai primi può venire richiesto un impegno fisico e psicologico relativamente ridotto (cani sociali di livello 1) oppure una collaborazione più intensa, perché svolta in ambienti più difficili e potenzialmente stressanti per il soggetto (cani sociali di livello 2). I *cani di servizio*, invece, sono quei cani che vengono "donati" all'utente e lo accompagneranno spesso per tutta la loro

vita. Tra questi ci sono i cani per guida per persone non vedenti, gli *hearing dogs* e i cani per disabili motori (5).

Gran parte delle razze possono svolgere adeguatamente la funzione di *cani sociali di livello 1*. Infatti, per questo tipo di compito, l'ambiente in cui l'animale è cresciuto, più che le caratteristiche di razza, ha un ruolo determinante per il successo dell'attività. Una buona socializzazione del cucciolo verso i conspecifici e gli essere umani, un'abitudine alle interazioni fisiche con questi ultimi, oltre a una buona educazione di base, sono di solito sufficienti perché il cane possa essere condotto in residenze per anziani o piccole comunità scolastiche, senza incontrare particolari problemi. Comunque, con alcune razze, anche questi compiti relativamente semplici possono risultare ostici, soprattutto in termini di affidabilità del cane verso le persone considerate da lui estranee. I grandi cani da pastore (es. pastore del Caucaso, pastore dell'Asia centrale, pastore maremmano-abruzzese), estremamente indipendenti e restii al contatto umano, ne sono un esempio.

Ai *cani sociali di livello 2* sono richiesti una docilità e una socievolezza elevate, una reattività e un temperamento medi. Sono cani che devono rimanere tranquilli in ambienti affollati e rumorosi, rimanere indifferenti a suoni o eventi improvvisi (es. chiusura di una porta, caduta di una sedia). Quanto richiesto a questi cani è molto simile a quanto ricercato nelle razze da guardia e da difesa, durante la valutazione del carattere nelle prove di lavoro (es. gli Ztp *ZuchtTauglichkeitsPrüfung* o prove di idoneità all'allevamento). Razze quali Pastore tedesco, Dobermann, Boxer e Rottweiler, che da quasi trent'anni sono selezionate in Italia con una particolare attenzione al carattere, sono tutti candidati validi nell'accompagnare il volontario in ospedali o comunità di recupero. Tuttavia, spesso l'aspetto estetico di questi cani, che può suscitare timore nelle persone, riduce le possibilità del loro reale utilizzo. Inoltre, razze che si distinguono in queste attività, in particolare per la loro capacità di tollerare situazioni stressanti, appartengono al gruppo dei bovari svizzeri e ad alcune razze di levrieri (es. *whippet*, *greyhound*).

Prestazioni molto maggiori, in termini di complessità e di stress, vengono richieste ai *cani di servizio*. Poiché, l'addestramento di questi individui è molto costoso, tanto in termini economici che di tempo, è ritenuta fondamentale l'ottimizzazione del lavoro. Questi animali vengono coinvolti, fin da cuccioli, in addestramenti molto laboriosi, in cui la motivazione e il desiderio di compiacere l'essere umano, oltre all'interesse verso questo, devono essere molto elevati. Queste caratteristiche fanno parte della così detta "intelligenza ubbiditiva o lavorativa" del cane (6). Seguendo quanto riportato da Coren (1995) nel suo libro "*L'intelligenza dei cani*", il Border collie, il Barbone, il Pastore tedesco, il Dobermann, il Golden retriever, sembrano essere i migliori in quanto a volontà e capacità di soddisfare le richieste dell'essere umano. A esempio, queste sono indicate essere le razze in cui, i fenomeni di distrazione e frustrazione, che tipicamente intervengono durante le sessioni di lavoro, intervengono in misura ridotta. Comunque, accanto a una notevole intelligenza lavorativa, i *cani di servizio* devono presentare delle caratteristiche specifiche a seconda del compito richiesto. A esempio, i cani guida per persone non vedenti devono presentare una reattività media. Per decenni il Pastore tedesco è stato il più utilizzato, ma oggi più comune è la presenza del Labrador e Golden retriever. L'istinto al riporto, spontaneo e praticamente automatico in questi cani, rappresenta un tratto molto importante per il loro ruolo di assistenti.

Gli *hearing dogs*, cioè i cani per persone non udenti, devono presentare un'alta reattività, oltre a una socievolezza spiccata. Infatti, comportamenti fondamentali per questi soggetti sono il toccare il padrone in presenza di un suono, accompagnarlo vicino alla fonte del rumore, riconoscere i segnali di allarme e avvertire l'uomo rimanendo fermo al suo fianco. Tra le razze più impiegate, ci sono i Terrier e il Chihuahua. In fine, tra i *cani di servizio* si hanno i cani per disabili motori, ai quali, oltre a grande docilità, è richiesta tempra e temperamento in dosi

elevate. Infatti, ci si aspetta che questi individui soddisfino numerose e diversificate richieste verbali, oltre a aiutare fisicamente la persona. Attualmente, le razze più usate sono i Retrievers (prevalentemente Labrador, Golden e Flat Coated). La scelta di questi cani non è casuale, ma dettata da precise caratteristiche rilevate maggiormente in queste razze, quali uno spontaneo interesse verso l'uomo e un basso indice di stress nella ripetizione degli esercizi, oltre ovviamente il forte istinto al riporto. Nell'ambito dei *cani di servizio*, la taglia, la forza fisica, nonché il giusto mantello, sono anche aspetti da tenere in considerazione. Infatti, il cane deve essere pronto a sollevare pesi, compresa la stessa persona accudita, oltre a svolgere la sua attività all'esterno in presenza di freddo, neve, e pioggia.

Al fine di utilizzare al meglio le risorse disponibili, altri elementi che dovrebbero intervenire nella scelta della razza, sono i suoi tempi di sviluppo psicologico e la sua aspettativa di vita media. Infatti, cani caratterialmente non formati, non garantiscono il livello di affidabilità necessaria per il loro utilizzo nell'ambito delle AAA/T, soprattutto per quel che riguarda i compiti più impegnativi. Inoltre, lo stesso cane non è tutelato nel suo equilibrio psicologico, se viene sottoposto a stress quando è ancora in crescita. A questo riguardo, la *Delta Society* sottolinea come sia importante che i cani utilizzati abbiano almeno un anno di età. Tuttavia, tale limite di età, inevitabilmente, aumenta per quelle razze dal lento sviluppo sia fisico sia caratteriale, come il gruppo dei molossoidi. Inoltre, i cani appartenenti a questo gruppo sono soggetti che per caratteristiche di razza presentano un'aspettativa di vita media tra gli 8 e 10 anni. È da notare che la *Delta Society*, nel suo linee guida *Minimum Standards for Service Dogs*, indica come requisito richiesto un'attesa di vita di almeno 6 anni. Pertanto, alla luce di queste considerazioni, l'uso di razze dalle grandi potenzialità, come mastini di vario tipo, Alani oltre anche a boxer, si trova ad essere notevolmente ridotto.

Bibliografia

1. Bragg J. *Purebred Dog Breeds into the Twenty-First Century — Achieving Genetic Health for Our Dogs*. 1996. Disponibile all'indirizzo: <http://documents.seppalasleddogs.com/pdf/pbdb21c.pdf>; ultima consultazione 10/02/10.
2. Fogle B. *The Dog's Mind*. New York: Howell Book House; 1990.
3. Andreoli M. *La genetica e il cane. Un approccio moderno e scientifico ai problemi dell'allevamento canino*. Torino: Kallisté; 1995.
4. Scanziani P. (Ed.). *Il cane utile*. Piacenza: "Elvetica" Edizioni; 2002.
5. Fossati R. *Guida alla pet therapy*. Firenze: Editoriale Olimpia; 2003.
6. Coren S. *L'intelligenza dei cani*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore; 1995.

VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO DEL CANE

Giulia Bompadre (a), Stefano Cinotti (b)

(a) Centro Studi sulle Terapie Assistite dagli Animali, DCV, Università di Bologna

(b) Direzione Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna

Come è noto, il comportamento aggressivo è una componente essenziale del normale repertorio comportamentale di molte specie e rappresenta un fattore importante per la salvaguardia delle stesse.

Anche nel cane l'aggressività ha valore adattativo ed è parte integrante dell'etogramma di specie. I primi comportamenti aggressivi compaiono nei cuccioli già all'età di 4-5 settimane e sono scatenati dalla competizione fra conspecifici.

Tuttavia, al fine di limitare le inevitabili conseguenze dei comportamenti aggressivi, l'evoluzione ha premiato la strategia dell'aggressività ritualizzata da esibire nella competizione per le risorse (cibo, spazi, riproduzione, ecc.). L'aggressività ritualizzata serve dunque a rendere gli incontri agonistici il meno pericolosi possibile, attraverso l'esibizione della dominanza, della sottomissione, dei cerimoniali di saluto e di pacificazione. La selezione naturale ha favorito gli individui che hanno saputo meglio ritualizzare l'aggressività poiché la motivazione non è mai uccidere il rivale, bensì allontanarlo.

Nell'animale da compagnia l'aggressività è considerata un comportamento spiacevole e, talvolta, pericoloso (1). Sulla base di quanto sopra ricordato, si definiscono comportamenti normali, anche se molesti o inaccettabili per il proprietario o addirittura pericolosi per le persone o per gli altri animali, tutti quei comportamenti che, benché indesiderati, rientrano nel repertorio comportamentale di specie. Al contrario, si definiscono anormali, e perciò patologici, tutti quei comportamenti non appartenenti all'etogramma specie-specifico o che se ne discostano per quantità (intensità e frequenza del comportamento) o per qualità (contesto, sequenza comportamentale, linguaggio posturale).

In base all'art. 5 dell'Ordinanza 14 gennaio 2008 "Tutela dell'incolumità pubblica dall'aggressione di cani" (G.U. n. 23 del 28 gennaio 2008, Ministero della Salute) si definisce cane con aggressività non controllata quel soggetto che, non provocato, lede o minaccia di ledere l'integrità fisica di una persona o di altri animali attraverso un comportamento aggressivo non controllato dal proprietario o detentore dell'animale (2).

Davanti ad un comportamento aggressivo il primo compito del medico veterinario comportamentista è quello di definire la tipologia di aggressione. L'aggressione è una sequenza comportamentale normalmente rappresentata da tre fasi (minaccia, morso, appagamento). I tipi di aggressione sono classificate, a seconda degli Autori (3, 4), in base al contesto in cui si verificano, alla motivazione o al tipo di sequenza. Le prime classificazioni dell'aggressività canina risalgono a Moyer (1968), per arrivare fino ai giorni nostri con Pageat (1999) e Overall (2001). L'esame minuzioso della sequenza comportamentale (semiologia) è fondamentale per appurare se è strumentalizzata.

Dopo aver stabilito il tipo di aggressione in causa, un'accurata anamnesi, unitamente alle indagini diagnostiche collaterali, permette al veterinario comportamentista di escludere le cause organiche e di collocare l'aggressione in un contesto nosografico.

Di fondamentale importanza è stabilire, sulla base dei sintomi, lo stato patologico del soggetto, utile a individuare l'alterazione funzionale del o dei principali sistemi di neurotrasmettitori coinvolti, a cui far fronte mediante un adeguato trattamento farmacologico.

La valutazione dell'aggressività, misurata da Pageat tramite indici specifici, e la valutazione della pericolosità del cane dopo la comparsa di un comportamento di aggressione (formula della valutazione del rischio secondo Dehasse) sono strumenti utili a livello preventivo ma senza alcun valore diagnostico (5).

Ai fini del recupero comportamentale del soggetto, la terapia comportamentale propriamente detta, spesso associata alla terapia cognitiva e alla terapia sistemica, ha come obiettivo la modificazione dello stato emotivo e motivazionale del soggetto. Infatti, la motivazione e le emozioni che ad essa si correlano sono alla base dell'impulso ad agire di ogni individuo. Anche negli animali esistono dei circuiti emozionali di base, ovverosia sistemi di associazioni predeterminate tra le situazioni esterne rilevanti dal punto di vista biologico e le risposte soggettive evocate. Le emozioni, dunque, costituiscono dei sistemi, con una precisa base anatomica e una specifica organizzazione neurobiochimica, a cui tanto la terapia farmacologica quanto la terapia comportamentale si indirizzano.

Secondo quanto già affermava Santiago Ramon y Cajal (6), l'applicazione di stimoli appropriati produce modificazioni in particolari sistemi di neuroni grazie ad una proprietà intrinseca nota come plasticità sinaptica. Le principali tecniche (7) di modificazioni del comportamento (estinzione, controcondizionamento e desensibilizzazione sistematica), basate sui principi elementari dell'apprendimento, esitano, a livello dei circuiti nervosi, in risposte plastiche riconducibili a modificazioni della forza delle sinapsi esistenti e, nelle forme di plasticità a lungo termine, a modificazioni dell'espressione genica (8).

La stretta correlazione tra la percezione di uno stimolo e il comportamento aggressivo che ne consegue è il punto di partenza del processo rieducativo. È stato infatti dimostrato che i cani hanno la capacità di generare una rappresentazione mentale visiva a partire da una informazione, ad esempio, uditiva (9). L'obiettivo della terapia comportamentale è di generare un cambiamento di natura stabile nella percezione, e perciò nella emozione ad essa correlata, di uno stimolo, e nel comportamento abitualmente conseguente. Nel perseguire tale obiettivo, il medico veterinario comportamentista collabora con istruttori cinofili qualificati. Le modificazioni comportamentali permanenti, e perciò terapeutiche, sia pur con possibili recidive, sono il risultato di un processo di apprendimento che implica, a livello sinaptico, modificazioni funzionali e anatomiche.

Bibliografia

1. Antoni M, Gallicchio B, Gazzano A, Notari L. Behavioural testing for good citizen dog. Undesired behaviours or behavioural disorders. 10° European Congress on companion animal behavioural medicine. Cremona: ESVCE; 2004.
2. Italia. Ordinanza Ministeriale 14 gennaio 2008. Tutela dell'incolumità pubblica dall'aggressione di cani. *Gazzetta Ufficiale*. n. 23, 28 gennaio 2008.
3. Pageat P. *Pathologie du comportement du chien*. Maisons-Alfort Cedex: Editions du Point Veterinaire; 1998.
4. Overall KL. *Clinical behavioral medicine for small animals*. St Louis: Mosby; 1997.
5. Dehasse J. *Le chien agressif* Paris: Publibook.com; 2002.
6. Cajal SR. The structure and connexions of neurons. *Nobel Lecture, December 12, 1906*. Disponibile all'indirizzo: http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1906/cajal-lecture.pdf ; ultima consultazione 17/2/2010.

7. Pittavino MR. *Dispense di Tecniche di Modificazione Comportamentale*. Master in Medicina Comportamentale Facoltà di Medicina Veterinaria Pisa: Università di Pisa; 2008.
8. Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principi di neuroscienze*. Milano: CEA; 2003.
9. Adachi I, Kuwahata H, Fujita K. Dogs recall their owner's face upon hearing the owner's voice. *Anim Cogn* 2007;10(1):17-21. Epub 2006 Jun 21.

IL CENTRO DI RIABILITAZIONE EQUESTRE DI VILLA BUON RESPIRO

Daniela Zoppi, Paola Marinaro

Centro di Riabilitazione Equestre Villa Buon Respiro, San Raffaele SpA, Viterbo

Introduzione

Villa Buon Respiro è un casa di cura del Gruppo San Raffaele specializzata in interventi riabilitativi diretti al recupero funzionale e sociale di persone affette da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualunque causa.

All'interno della struttura è presente da oltre 20 anni un Centro di Riabilitazione Equestre, che nasce alla fine degli anni '80 quasi per caso. Qualcuno dona a Villa Buon Respiro un cavallo, che suscita tale entusiasmo da decidere di avviare una vera e propria attività equestre.

Progetto riabilitativo e aspetti interdisciplinari

Modalità di accesso al Centro di Riabilitazione Equestre (CRE)

Villa Buon Respiro è una struttura privata accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale. Al suo interno sono disponibili varie tipologie d'intervento: Residenziale, Semi e Non Residenziale Adulto, Semi e Non residenziale di Neuropsichiatria Infantile. Tutti i pazienti vi approdano tramite un'impegnativa del medico di base.

Il Centro utilizza una modalità di confronto interdisciplinare che coinvolge, ognuno secondo le proprie competenze, tutte le figure professionali (medici, psicologi, assistenti sociali, terapisti, istruttori-educatori, operatori) che si occupano del paziente.

La formulazione di un progetto individuale per ogni paziente nasce, infatti, dall'insieme delle proposte elaborate dal team riabilitativo che determina gli obiettivi a breve medio e lungo termine e ne verifica il raggiungimento.

Il nostro concetto di abilitazione e ri-abilitazione ha come fondamento l'idea che ogni persona, compatibilmente con i suoi limiti iniziali, possa e debba raggiungere il massimo dell'autonomia possibile nell'ambito personale, abitativo, socio-integrativo e socio-adattivo.

Le varie attività educative, oltre a sollecitare delle abilità specifiche, sono cornice e contenitore dello stesso messaggio riabilitativo: acquisire la capacità del rispetto di regole e tempi del vivere in comunità, della comprensione e comunicazione, della tolleranza alla frustrazione, del confrontarsi con i propri limiti.

Gli interventi educativo-riabilitativo previsti sono molteplici. Entrando nello specifico argomento, a seconda delle capacità e della motivazione della persona la riabilitazione equestre può essere inserita come intervento educativo tra le attività riabilitative e in questo caso ne vengono programmate le fasi e individuati gli obiettivi.

Obiettivi

L'intervento riabilitativo per mezzo del cavallo è finalizzato al recupero e/o allo sviluppo di:

- *capacità di relazione* interpersonali semplici e complesse che implicano al loro interno motivazione, apertura all'esperienza e controllo delle funzioni emozionali;
- *competenze tecniche* riguardanti le funzioni della memoria, psicomotorie, cognitive, linguistiche, muscolari.

L'équipe riabilitativa interna e il rapporto del CRE con le équipes dei servizi di provenienza dei pazienti

Al maneggio affluiscono pazienti provenienti da tutti i servizi della casa di cura (residenziali adulti, semi e non residenziali adulti, neuropsichiatria infantile), ognuno dei quali è dotato di una propria équipe tecnica composta da più figure professionali (psichiatra o neuropsichiatria infantile, psicologo, assistente sociale) integrate in una modalità di comunicazione circolare che mette *al centro il paziente*, i suoi bisogni, le sue difficoltà.

In base a questo criterio, anche il Centro di riabilitazione equestre ha un'équipe "interdisciplinare" composta da un medico specialista (secondo il tipo di disabilità: psichiatra o neuropsichiatria infantile o fisiatra), uno psicologo, alcuni terapisti della riabilitazione (secondo il tipo di disabilità educatore professionale o fisioterapista), da tecnici equestri specializzati in riabilitazione equestre e da un veterinario che vigila sul benessere fisico e psichico del cavallo utilizzato per la riabilitazione equestre.

L'attività di riabilitazione equestre è monitorata tramite una scheda di osservazione-valutazione appositamente costruita sulla base dei codici ICF (*International Classification of Functioning*).

La riabilitazione equestre a Villa Buon Respiro

Programma di riabilitazione equestre per persone con disabilità intellettive

La riabilitazione equestre si basa sul particolare rapporto tra persona e cavallo, fondato su un linguaggio ricco di sensazioni piacevoli e rassicuranti, coinvolgenti dal punto di vista emotivo.

Sin dal primo contatto con l'animale e il suo ambiente si instaura un senso di fiducia e sicurezza che aumenta nella fase del montare a cavallo.

L'assetto proprio del montare a cavallo è una vera correzione di schemi posturali patologici: il movimento ritmico e ondulatorio tipico del cavallo offre al paziente una serie di stimoli sensoriali e propriocettivi che stimolano i meccanismi di equilibrio, di raddrizzamento e coordinazione.

Con il tempo, si evidenzia un miglioramento delle capacità di progettare e organizzare il proprio movimento, di controllare la propria emotività e si sviluppano il senso di autostima e l'inserimento sociale.

Possiamo definire dunque la riabilitazione equestre come un complesso di tecniche che, utilizzando il rapporto di scambio che nasce tra paziente e cavallo, sulla base di un progetto terapeutico individuale e specifico, conducono al miglioramento delle autonomie personali e sociali.

Tali tecniche riabilitative, attraverso l'uso del cavallo, sono indirizzate al superamento di problemi cognitivi, sensoriali, motori e già sin dall'ottocento fu riconosciuta la positività del contatto con questo animale sia dal punto di vista fisico che psichico.

Nel Congresso Internazionale sulla Riabilitazione Equestre di Amburgo del 1982, sono state definite tre fasi attraverso le quali si articola l'attività di riabilitazione equestre:

- Ippoterapia
- Rieducazione attraverso l'equitazione e il volteggio
- Equitazione presportiva
- A Villa Buon Respiro esiste una quarta fase: il carosello equestre

Particolarità del metodo del CRE di Villa buon Respiro

Le sue peculiarità sono:

1. la filosofia dell'integrazione sociale tra disabili intellettivi e persone normodotate;
2. una modalità di lavoro interdisciplinare
3. il principio del non intervento
4. l'approccio personalizzato

Il lavoro in campo: gli strumenti

La parola chiave del metodo di lavoro è "rispetto". Rispetto degli altri, delle regole, dell'ambiente.

Gli strumenti sono tre: l'ambiente, il rapporto con il cavallo, lo sport. In tutti e tre ritroviamo alla base questo concetto di rispetto.

La scuola di equitazione

Il maneggio è nato per accogliere i pazienti di Villa Buon Respiro, ma da oltre 20 anni è aperto anche ad utenti esterni che lo frequentano come allievi della scuola di equitazione e lavorano fianco a fianco con i colleghi disabili.

In estate sono attivi i corsi estivi settimanali, un servizio rivolto ai genitori.

La scelta del cavallo e l'importanza dell'addestramento e dell'allevamento

Uno degli aspetti fondamentali di questa attività riguarda la selezione dei cavalli adottati per le attività riabilitative e l'equitazione.

In ogni caso, è fondamentale avere a disposizione un cavallo sano nella mente e nel corpo e addestrato, sia nel comportamento che nelle andature, in modo finalizzato al lavoro con disabili e bambini.

A Villa Buon Respiro si utilizzano anche cavalli di statura normale, mini pony e asini per rispondere a molteplici e diverse esigenze e per affrontare in modo sempre più specifico e individualizzato ogni necessità dei nostri pazienti.

PERCORSI TERAPEUTICI CON GLI ASINI

Patrizia Reinger Cantiello

Ospedale Fatebenefratelli, Genzano di Roma, Roma

Asini: spesso, chi da anni frequenta gli ambienti della cura ha un sobbalzo alla parola stessa e non necessariamente si dimostra disponibile ad approfondire l'argomento. L'asino non è ancora entrato fisicamente in scena, eppure già offre uno spunto di lavoro: il pregiudizio.

La reazione può anche essere un'altra: un sorriso, legato a memorie personali, un "rivisitare casa", involontario. L'asino è di nuovo all'opera, pescando in un vissuto che ha radici profonde, non sempre a disposizione dei pensieri che accompagnano la quotidianità.

Ma dove ha casa l'asino? In un contesto rurale che, trasformandosi, non ha più spazio per questo animale, o in un sentimento di nostalgia che si appaga nel ricordo, o magari in un desiderio struggente di incontrarlo? Il solo immaginare l'asino può aprire ad un aspetto importantissimo di un percorso terapeutico: il desiderio.

Abbiamo, dunque, individuato tre elementi cruciali del lavoro con l'asino: il pregiudizio, il ricordo, il desiderio. L'elemento fondante del nostro approccio è l' "incontro", come luogo metaforico in cui pregiudizio, memoria e desiderio, dunque le stigmate della sofferenza, la storia personale e le aspettative, confluiscono in un processo che ha in sé le caratteristiche di un percorso verso la realizzazione di sé. L'asino è un compagno prezioso, in questo percorso, quando inserito in un *setting* che ne rispetti le caratteristiche e che sia pensato in modo da valorizzare sia le competenze professionali dell'operatore che le risorse personali del paziente.

L'asino si è affacciato al mondo della cura in Italia verso la fine degli anni '80, ma la rivalutazione della specie asinina aveva già interessato da anni parecchi paesi nel mondo, a partire dal Regno Unito, la Francia, gli Stati Uniti. Attualmente, gli asini sono al centro di un interesse sempre più attivo e sempre più condiviso: come se, scossi dalla concreta possibilità di perdere per estinzione uno dei più fedeli complici del nostro cammino nella storia, ci si fosse resi conto di non poterci permettere di farne a meno e si reclamasse a gran voce il diritto ad un compagno così prezioso. Compagno di vita e di fatica, l'asino conferma tutt'oggi la sua versatilità e disponibilità a "fare con" ed è significativo che l'asino ci sia, ora, di supporto in una fatica diversa da quella alla quale da sempre l'associamo: una sorta di fatica esistenziale.

Le trasformazioni degli ultimi decenni sono state così rapide e radicali che una nuova fatica caratterizza la nostra vita: la fatica di procedere con fiducia, di essere al passo con le aspettative di un vivere sociale sempre più asfissiante e livellante, caratterizzato da ritmi vorticosi e contenuti ambigui, di essere accettati e di accettarsi con le proprie caratteristiche e difficoltà. La società dell'apparire e dell'efficienza scatena sofferenze, le più svariate, la cui gestione risulta, a volte, difficilissima.

Non vorremmo parlare semplicemente di patologie, quanto, al di là di queste, di un malessere che in molti casi ci accomuna e ci affatica. Dar sollievo alla sofferenza ci impegna quotidianamente sotto tutti i profili (personale, sociale, politico, professionale, nel nostro caso). L'approccio olistico alla cura ci orienta verso dimensioni terapeutiche che aiutino ad integrare più aspetti nell'affrontare la sofferenza, nella ferma convinzione che le risposte professionali della sanità vadano sostenute ed integrate da interventi di supporto che facilitino il continuum tra la cura e la "vita vissuta", concorrendo al ripristino della salute.

Disabilità e salute, due aspetti dello stesso fenomeno, attengono alla nostra condizione umana che, per alcuni comporta disabilità nel presente, ma che per tutti può comportarla nel

futuro. L'enfatizzare ciò che noi abbiamo in comune, come esseri umani, rende più facile il rispetto e l'adattamento alle cose che ci rendono diversi*.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come uno *“stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”* e la considera un diritto e come tale la pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone e *“può essere definita come una risorsa di vita*

a quotidiana che consente alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico”.

In tale contesto, la salute viene considerata più un mezzo che un fine, il che sposta l'attenzione sul processo, nei percorsi di cura, piuttosto che sul cambiamento in sé.

Questa, a nostro avviso, la cornice di riferimento degli interventi di mediazione con gli animali: una risposta alla consapevolezza dell'importanza del processo inteso, al tempo stesso, come obiettivo e come strumento del percorso terapeutico. Ci muoviamo nell'area dei Codici ICF (*International Classification of Functioning*).

Innanzitutto, l'incontro. A tutti i livelli di intervento terapeutico, l'incontro con l'altro è il momento cruciale, nonché imprescindibile. Gli animali ci aiutano ad incontrare l'altro e a non farci confondere dal pregiudizio insito nelle diagnosi, gli animali ci aiutano a strutturare un *setting* in cui l'intervento multidisciplinare sia realmente costitutivo della modalità di intervento, in cui il paziente sia partecipe con le sue personali caratteristiche e risorse, non riducibile al suo stato di sofferenza.

A vario titolo, la sofferenza comporta problemi nell'area dell'affettività, delle emozioni, nella relazione con se stessi e con gli altri, sia in termini personali che sociali. Dunque, la relazione e la comunicazione entrano prepotentemente in scena, quando si parla di percorsi terapeutici.

Bisogno umano elementare: intesa come il collante dei sentimenti che tengono insieme le persone, dando stabilità al tessuto sociale, la comunicazione assolve due bisogni fondamentali, bisogno di solidarietà (bisogno di amore, di relazione) e bisogno psicosociale (l'uomo è un animale sociale). La comunicazione è partecipazione e si fonda su processi di condivisione e di negoziazione. Si instaura umanità quando si instaura società e si instaura società quando vi è scambio di segni. Cosa avviene quando questo scambio è interrotto, o viene distorto e reso traumatico? La persona soffre di un estraniamento che rende difficile l'incontro, che ingabbia le potenzialità della percezione e dell'espressione di sé, che mette l'interlocutore nell'impossibilità di accedere, che impedisce uno stare in relazione appagante.

Il lavoro con l'asino si colloca nel quadro di un intervento terapeutico che ha l'obiettivo della relazione e consiste nell'esplorazione di tutte le possibilità relazionali e comunicative.

Gli elementi che avvalorano la scelta dell'asino originano dall'esperienza delle caratteristiche naturali di questo animale.

Innanzitutto, si tratta di un animale relazionale, ama condividere, cerca il contatto: l'indole stessa dell'asino è fortemente socievole, ma, al tempo stesso, non invadente. Non ci stiamo riferendo ad un animale appositamente addestrato alla relazione, o espressamente educato al lavoro con pazienti; semplicemente, un asino abituato al contatto con l'uomo, cresciuto con la mamma e il suo gruppo di appartenenza, i cui imprinting e storia siano sani, per caratteristiche di specie, in varia misura a seconda dell'individuo, è portatore di questa modalità relazionale.

L'asino induce disponibilità, la stessa che esprime nel cercare il contatto degli esseri umani che entrano a far parte della sua realtà: questo lo rende un elemento di aggancio importante nelle

* Leonardi M. Disabilità oggi: la classificazione internazionale della funzione e della disabilità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. ICIDH-2. In: Valobra GN. *Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione*. Vol. 1 Torino: UTET; 2000. pag. 11-19.

relazioni terapeutiche che faticano ad instaurarsi laddove le strategie di sopravvivenza hanno per lo più prodotto distanza dall'altro.

L'asino è un erbivoro, dunque una preda; nel suo habitat naturale (il nord Africa) la fuga, a causa della conformazione del terreno, pietroso e accidentato, non risulta essere una buona strategia di salvezza: ecco che l'asino naturalmente "sta", ponderando in che modo affrontare il pericolo e disponendosi alla difesa non meno che alla fuga. Questa inclinazione a "stare" ne fa un compagno preziosissimo nel processo di avvicinamento e di consolidamento della relazione; non avrà, in linea di massima, reazioni brusche né tendenze ad allontanarsi rapidamente, senza darci modo di stabilire un contatto pur nella difficoltà.

Ancora, i gruppi di asini non hanno un leader vero e proprio, bensì ogni asino ha, all'interno del suo branco, un ruolo, intercambiabile, fatto salvo per i ruoli legati all'età e al sesso. Questo aspetto fa dell'asino un interlocutore attivo, portatore di decisioni proprie (la proverbiale testardaggine dell'asino!): ecco che "fare con" diventa, con l'asino, un esercizio di negoziazione, di estrema importanza nel lavoro sull'individuazione e la consapevolezza di sé e delle proprie istanze.

L'asino si presta, con le sue dimensioni, ad essere un interlocutore sufficientemente ingombrante per essere visto da chi entra in relazione con lui, anche nei casi più gravi; difficile prescindere dalla sua presenza. Il suo corpo, inoltre, è fonte di tantissimi stimoli piacevoli (il calore, il pelo, la morbidezza, l'andatura lenta, cadenzata, rassicurante) che consentono di addentrarci nella dimensione corporea per accedere ad una percezione del proprio corpo inteso come possibilità, altro elemento cruciale in un processo di riappropriazione di sé e del proprio vissuto emotivo.

L'asino "contiene", grazie alle sue dimensioni e alla sua indole attenta e riflessiva, nonché alla sua ben nota stoicità, tutte le reazioni che evoca, dalle coccole smodate a gesti forti: non tradisce, con il suo comportamento, il bisogno di essere accettati così come si è, ci aiuta a recuperare il senso di essere capiti, oltre che di capire. La sua presenza non soltanto non produce inquietudine, ma anzi induce tranquillità e consente il sorriso. Si può dire che il sorriso è il più semplice eppur più sconvolgente obiettivo che noi abbiamo nel nostro lavoro. Quel sorriso è una metafora di un possibile sentirsi a casa: tutto discende dalla tranquillità di non sentirsi in pericolo, soprattutto ne discendono tutti gli obiettivi che vengono individuati dall'équipe per i progetti individualizzati. La metafora, dunque: introduciamo il punto di forza della significazione terapeutica che diamo alla dimensione relazionale con l'asino. La possibilità di vivere un simile incontro e di costruire, a partire da questo, una storia personale, fatta non di negazione, bensì di un riconoscimento autentico offre l'occasione, alle figure della cura e della riabilitazione coinvolte nel processo, ognuna con la propria specificità, di costruire un humus, mediato dall'asino, che consenta di conoscere l'altro (il paziente, l'operatore e l'asino) e di attuare il progetto personalizzato nella cornice di una relazione particolare, nel lento percorso che, attraverso la consapevolezza e l'accettazione, porta al cambiamento. E la relazione è di per sé un fattore potentissimo di cambiamento.

METODOLOGIE STATISTICHE E DISEGNO SPERIMENTALE

Flavia Chiarotti

Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Sperimentazione clinica

Nel campo della salute pubblica, la presenza di risorse finanziarie limitate e insufficienti a coprire tutte le diverse esigenze rende necessario l'esame approfondito delle diverse strategie di intervento, con la valutazione dei costi e dei benefici che si accompagnano a ciascuna strategia. In particolare, i benefici di un intervento nel campo della salute pubblica possono e debbono essere valutati in termini di aumento del tasso di guarigione o della sopravvivenza, o di riduzione del rischio di sviluppo della patologia in studio.

Una corretta valutazione dei benefici derivanti da un intervento sanitario deve essere fondata sulla medicina basata sull'evidenza, meglio nota come *Evidence-Based Medicine*. Essa si avvale principalmente di sperimentazioni cliniche e di studi osservazionali.

Per sperimentazione clinica controllata randomizzata si intende una sperimentazione per la verifica dell'efficacia relativa di due o più trattamenti scelti dallo sperimentatore, che vengono assegnati casualmente ai pazienti arruolati nello studio. Elementi fondamentali di questo tipo di studio sono quindi: (i) il confronto fra più trattamenti; (ii) la scelta dei trattamenti da parte dello sperimentatore; (iii) l'assegnazione casuale dei pazienti ai diversi trattamenti.

Trattamenti e controlli

Per trattamento si intende una qualunque terapia, procedura o intervento che possa essere somministrato o applicato ai pazienti per la cura della patologia considerata. Nel caso più semplice i trattamenti a confronto sono due, e specificatamente un trattamento sperimentale di cui lo sperimentatore vuole valutare l'efficacia e un trattamento di controllo. Per motivi etici, nel caso in cui esistano già terapie di dimostrata efficacia per la cura della patologia in studio, il trattamento di controllo deve essere la terapia più efficace già disponibile. Nel caso in cui, invece, non esistano cure per la patologia considerata, il trattamento di controllo è un placebo appropriato. Sempre per ragioni di carattere etico, i diversi trattamenti a confronto debbono avere potenzialmente la stessa efficacia, il che significa che non vi debbono essere evidenze scientificamente dimostrate di una loro diversa efficacia terapeutica.

Esistono diversi tipi di controlli: i controlli storici, i controlli simultanei passivi e i controlli simultanei attivi. I controlli storici sono precedenti rispetto ai trattati, e per questo possono avere un iter diagnostico e una valutazione clinica non comparabile. Inoltre, non essendo necessariamente stati sotto la cura diretta dello sperimentatore, possono aver subito una diversa gestione, per quanto riguarda ad esempio trattamenti aggiuntivi e trattamenti concomitanti. La verifica della loro somiglianza ai trattati può essere difficile, quando non impossibile per tutte quelle variabili che non siano state rilevate nel momento in cui erano in cura. I controlli simultanei passivi sono contemporanei ai trattati, e per questo sono caratterizzati da un iter diagnostico e una valutazione clinica comparabile. Resta però il fatto di non essere sotto la cura

diretta dello sperimentatore, con la conseguente possibile diversa gestione della malattia. I controlli simultanei attivi sono invece contemporanei ai trattati e sotto la cura diretta dello sperimentatore; per questi motivi, la presenza di controlli simultanei attivi è un elemento di cui tenere conto nella valutazione di validità di una sperimentazione clinica.

Disegno dello studio

Il disegno di una sperimentazione clinica può essere ricondotto sostanzialmente a due diverse tipi: il disegno per gruppi indipendenti e il disegno per gruppi appaiati.

Nel primo, tutti i soggetti sono indipendenti fra loro, entro ogni gruppo e tra gruppi: questo disegno è il più semplice dal punto di vista dell'organizzazione della sperimentazione e dell'analisi statistica.

Nel secondo, invece, i soggetti sono indipendenti fra loro entro ogni gruppo, ma appaiati fra i gruppi, sulla base di una o più variabili indipendenti (quali, ad esempio, sesso, età, consanguineità, gravità della patologia). Il disegno per gruppi appaiati (o paralleli) è più complicato dal punto di vista dell'organizzazione della sperimentazione, sia per la scelta delle variabili di appaiamento, la creazione dei gruppi appaiati e l'assegnazione ai gruppi, sia per la gestione dei soggetti: particolare cura deve essere messa per minimizzare i soggetti persi al follow-up. Un tipo particolare di disegno a gruppi paralleli è il disegno cross-over, in cui ogni soggetto viene usato come controllo di se stesso, la randomizzazione si applica per la scelta dell'ordine di somministrazione o della sede dei trattamenti. Nel disegno cross-over, nel caso di trattamenti ripetuti nel tempo, deve essere previsto un congruo periodo di wash-out per eliminare gli eventuali effetti di trascinamento di un trattamento sul successivo. Vi è una maggiore difficoltà nell'analisi dei dati, per il possibile effetto sia del tempo (soprattutto se il periodo di wash-out è lungo e/o se la patologia è progressiva) sia della sede di somministrazione. Tali effetti sono infatti difficilmente scindibili dagli effetti del trattamento vero e proprio.

Descrizione dei trattamenti, dei criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti e dimensionamento dello studio

Gli schemi terapeutici seguiti nello studio debbono essere descritti in dettaglio, in modo che chiunque voglia integrare la sperimentazione o applicare nella pratica clinica quanto dimostrato nel corso di essa lo possa agevolmente fare. Per poter valutare la sola efficacia relativa dei diversi trattamenti, essi debbono essere resi il più possibile simili per accettabilità, costo e modalità di somministrazione. Questi ultimi elementi, infatti, dovranno essere presi in considerazione solo nella successiva fase di analisi costi-benefici. Per poter verificare nel corso della sperimentazione che l'obiettivo di rendere i trattamenti ugualmente accettabili sia stato raggiunto, occorre indagare l'adesione al protocollo (*compliance*) durante lo studio. È infine opportuno cercare di evitare il più possibile la somministrazione accidentale del trattamento, sperimentale o di controllo, ai pazienti assegnati all'altro trattamento (contaminazione) o la somministrazione di interventi diagnostici o terapeutici addizionali (cointervento).

Per quanto riguarda la selezione dei pazienti, occorre innanzitutto preventivamente stabilire in dettaglio i criteri di inclusione e di esclusione dalla sperimentazione. Fra i criteri di esclusione deve essere considerata la presenza nei pazienti di controindicazioni per uno qualsiasi dei trattamenti in studio, al fine di evitare distorsioni sistematiche fra i gruppi che

possano influire sugli esiti clinici dei trattamenti e inficiare i risultati della sperimentazione. I pazienti che rispettino i criteri di inclusione e di esclusione debbono essere adeguatamente informati sugli scopi e le modalità della sperimentazione, e debbono dare il proprio consenso informato prima di essere ammessi alla sperimentazione.

Il numero di individui da includere in ciascun gruppo di trattamento deve essere stabilito a priori, sulla base della minima differenza clinicamente rilevante che si vuole essere in grado di evidenziare nella risposta tra i gruppi di trattamento a confronto, e della probabilità di errore di I tipo e della potenza del test prescelte.

Assegnazione dei pazienti ai gruppi: randomizzazione e pseudo-randomizzazione

Allo scopo di rendere comparabili i gruppi, con particolare riguardo alle variabili potenzialmente confondenti, di difficile rilevazione e di significato prognostico ignoto, l'assegnazione dei pazienti arruolati nello studio ai diversi gruppi di trattamento deve essere casuale: tale procedura viene detta randomizzazione.

Diversi sono i tipi di randomizzazione: in particolare, si possono avere la randomizzazione semplice e quella ristretta.

Nella randomizzazione semplice si utilizza una serie di numeri casuali per stabilire la sequenza dei trattamenti. Al primo paziente che, rispettando i criteri di inclusione e di esclusione, verrà arruolato nello studio, dovrà essere associato il trattamento corrispondente al primo numero estratto, al secondo paziente il trattamento corrispondente al secondo numero estratto, e così fino all'esaurimento dei pazienti arruolati. Vantaggio della randomizzazione semplice è l'assoluta imprevedibilità del trattamento da assegnare al paziente successivo ammesso alla sperimentazione, svantaggio è il possibile sbilanciamento finale fra i gruppi. Lo sbilanciamento può avere conseguenze abbastanza rilevanti, ad esempio nelle sperimentazioni multicentriche: in questo caso, infatti, i pazienti arruolati in ogni singolo centro sono solitamente pochi, e può accadere che a causa dello sbilanciamento tutti i pazienti di un centro vengano assegnati a un solo trattamento. Ciò può costituire un problema sia per i ricercatori del singolo centro, che sono ovviamente interessati a poter sperimentare su propri pazienti entrambi i trattamenti, sia per la sperimentazione in toto, poiché l'effetto "centro" potrebbe agire come confondente nella valutazione finale dell'effetto del trattamento.

Può essere allora opportuno ricorrere alla randomizzazione ristretta, ovvero a blocchi a permutazione randomizzata. In questo caso, i numeri casuali vengono utilizzati per stabilire le sequenze dei blocchi di trattamenti, che verranno poi assegnati ai pazienti secondo l'ordine di arruolamento. Vantaggio della randomizzazione ristretta è ovviamente il bilanciamento dei trattamenti entro ogni blocco, svantaggio è la maggiore prevedibilità del successivo trattamento da assegnare, soprattutto nel caso di blocchi di piccola dimensione.

Qualora vi siano dei fattori potenzialmente confondenti, può essere opportuno stratificare i pazienti per tali fattori applicando poi la randomizzazione all'interno di ciascuno strato, così da evitare che i pazienti nei diversi gruppi di trattamento possano essere distribuiti in modo diverso per i fattori considerati. Quando uno dei trattamenti (solitamente il trattamento di controllo) sia già stato precedentemente studiato in modo esauriente, può essere opportuno assegnare un maggior numero di pazienti al trattamento sperimentale: si può in questi casi ricorrere alla randomizzazione sbilanciata, con rapporto fra le dimensioni del gruppo sperimentale/gruppo di controllo di 3/2 o al massimo 2/1: sbilanciamenti maggiori non sono consigliabili perché potrebbero influire pesantemente sulla potenza dello studio.

È importante notare che vi sono alcune procedure di assegnazione dei trattamenti che vengono ritenute erroneamente casuali, come ad esempio l'assegnazione basata sul giorno di arruolamento (ai pazienti arruolati nei giorni dispari – della settimana o del mese – viene assegnato il trattamento A, ai pazienti arruolati nei giorni pari il trattamento B). È ovvio che viene in questo caso a mancare il requisito di imprevedibilità del trattamento che verrà assegnato al paziente, con conseguente possibilità di influire sulla composizione dei gruppi di trattamento e, quindi, di introdurre anche involontariamente distorsioni sistematiche.

Dopo aver selezionato i pazienti per la sperimentazione e averli randomizzati ai diversi gruppi di trattamento, è sempre opportuno descriverne le principali caratteristiche demografiche (sesso, età, ecc.) e quelle legate alla patologia (gravità, stadiazione, tempo trascorso dall'insorgenza, ecc.), in totale e in ciascun gruppo di trattamento. Ciò serve sia per verificare la somiglianza fra i pazienti in studio e i pazienti che si incontrano nella pratica clinica (verifica utile ai fini della generalizzabilità dei risultati della sperimentazione), sia per controllare l'efficacia della randomizzazione nel rendere confrontabili i diversi gruppi di trattamento.

Cecità

Vi è la necessità di mantenere, se possibile, il paziente (cieco semplice) lo sperimentatore (doppio cieco) e il valutatore (triplo cieco) all'oscuro del trattamento somministrato, per evitare nella valutazione della risposta possibili interferenze dovute a opinioni preconcepite sull'efficacia relativa dei trattamenti. La condizione di cecità è tanto più importante quanto più la valutazione dell'esito sia soggettiva e influenzabile (*soft*), come nel caso, ad esempio, dell'accertamento della presenza di uno stato depressivo, della quantificazione dell'intensità di un dolore o dell'ampiezza di un movimento articolare. Nel caso di esiti *hard*, come ad esempio la mortalità, la condizione di cecità è meno rilevante.

Non sempre è possibile garantire la completa cecità in uno studio: ad esempio, quando il trattamento attivo produca una modificazione di parametri ematici soggetti a controllo per l'adeguamento della terapia, lo sperimentatore non potrà essere in cieco durante la sperimentazione. Si può allora separare la figura dello sperimentatore da quella del valutatore, mantenendo il cieco almeno per quest'ultimo.

Da evidenziare in ultimo l'opportunità di prevedere negli studi multicentrici la centralizzazione della valutazione degli esiti, o di introdurre un programma di controllo della concordanza tra ed entro osservatori, utilizzando misure di completezza, accuratezza e precisione. Questo al fine di ridurre quanto più possibile l'influenza di fonti di variabilità indesiderate nella valutazione delle differenze fra i trattamenti in studio.

Sperimentazioni cliniche in chirurgia

Le sperimentazioni cliniche in chirurgia presentano aspetti peculiari rispetto alle sperimentazioni cliniche su trattamenti farmacologici. Il tipo di intervento sottoposto a sperimentazione può essere caratterizzato da una diversa invasività rispetto al controllo, e questo rende non etico o quanto meno difficile il mantenimento della cecità (non è etico infatti prevedere un trattamento *sham*, con stesse procedure ed esiti in termini di incisioni, suture e cicatrici, anche nei controlli). Il diverso grado di invasività può inoltre rendere i trattamenti diversamente accettabili per i pazienti: ciò si riflette nella difficoltà di ottenere il consenso informato e, conseguentemente, nella difficoltà di applicare la randomizzazione. Analoghe

difficoltà in questa specifica situazione si hanno in conseguenza della diversa esperienza che solitamente gli sperimentatori hanno nelle diverse tecniche. A causa di ciò, nella sperimentazione in chirurgia esse vengono solitamente affidate a chirurghi diversi, introducendo quindi un elemento di confondimento nella valutazione della loro efficacia relativa.

Conclusioni

In conclusione, i principali vantaggi della sperimentazione clinica controllata randomizzata sono la possibilità di stabilire un nesso di causalità fra trattamento ed esito, e un adeguato controllo dei fattori confondenti. I principali svantaggi, di contro, sono la possibilità di *crossover bias* (contaminazione, cointervento), e la possibilità di limiti nella generalizzabilità dei risultati (validità esterna), date le condizioni estremamente controllate in cui la sperimentazione viene condotta, che non sempre rispecchiano in modo realistico la pratica clinica. Per questo motivo, quando sia trascorso un congruo periodo di tempo dall'introduzione nella pratica clinica corrente di un trattamento o di una procedura sottoposta alla valutazione in una sperimentazione clinica, è opportuno procedere con una indagine volta a valutare il risultato finale di trattamenti sanitari nella vita di tutti i giorni, e relativamente alla popolazione generale. Tale tipo di indagine, che va sotto il nome di *Outcome research*, si avvale di studi epidemiologici osservazionali, come ad esempio gli studi longitudinali.

Bibliografia consigliata

- ICH* Guidelines. *E7. Studies in Support of Special Populations: Geriatrics*. St. Louis, MO: ICH Press Release; 1993. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ich.org/LOB/media/MEDIA483.pdf>; ultima consultazione 10/02/10.
- ICH Guidelines. *E8. General Consideration of Clinical Trials*. St. Louis, MO: ICH Press Release; 1997. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ich.org/LOB/media/MEDIA484.pdf>; ultima consultazione 10/02/10.
- ICH Guidelines. *E9. Statistical Principles for Clinical Trials*. St. Louis, MO: ICH Press Release; 1998. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ich.org/LOB/media/MEDIA485.pdf>; ultima consultazione 10/02/10.
- ICH Guidelines. *E10. Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials*. St. Louis, MO: ICH Press Release; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ich.org/LOB/media/MEDIA486.pdf>; ultima consultazione 10/02/10.
- ICH Guidelines. *E11. Clinical Investigation of Medicinal Products in the Pediatric Population*. St. Louis, MO: ICH Press Release; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ich.org/LOB/media/MEDIA487.pdf>; ultima consultazione 10/02/10.
- European Medicines Agency EMEA. *Scientific Guidelines for Human Medicinal Products. Clinical Efficacy and Safety Guidelines*. London, UK: EMEA. Disponibile all'indirizzo: <http://www.emea.europa.eu/hums/human/humanguidelines/efficacy.htm>; ultima consultazione 10/02/10.

* International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use (ICH)

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'ANZIANO FRAGILE: PUNTI CRITICI E ASPETTI METODOLOGICI

Antonella Gigantesco, Isabella Cascavilla, Claudia Meduri

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Prevenzione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Premesse

Nella redazione di questo documento si è tenuto conto anche di quanto scritto nelle Linee Guida sull'Utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi (Progetto Finalizzato del Ministero della Sanità ICS 110.1 RF 98.98), alla cui stesura Pierluigi Morosini ha collaborato in qualità di autore e Antonella Gigantesco di consulente.

Questo documento dà priorità alla valutazione dello stato funzionale e cognitivo dell'anziano, come espressione della sua fragilità complessiva. Non contiene raccomandazioni sulle terapie successive alla valutazione, anche per la quasi completa mancanza di dati sull'efficacia di diversi interventi decisi in base alla valutazione multidimensionale (VMD).

L'obiettivo generale è quello di descrivere sinteticamente gli aspetti salienti della valutazione degli esiti degli interventi, anche per agevolarla. Tra gli obiettivi specifici di questo lavoro vi sono quelli di precisare:

- quali anziani devono essere considerati “fragili” e quindi da valutare in modo multidimensionale;
- quali sono le aree essenziali da valutare;
- quando fare la valutazione;
- quali sono gli strumenti idonei.

Le evidenze

Si è lamentata prima la carenza di evidenze sulla terapia. Tuttavia va riconosciuto che la ricerca in ambito geriatrico ed in particolare quella sui servizi per gli anziani è cresciuta esponenzialmente negli ultimi 10 anni, sia come quantità che come qualità. Sono pubblicate quasi ogni giorno nuove evidenze, che qualche volta confermano o completano, ma qualche volta smentiscono le acquisizioni precedenti.

L'efficacia della valutazione multidimensionale in geriatria è ormai generalmente accettata e dimostrata da molte sperimentazioni apparse nella letteratura degli ultimi anni (1). Si è cioè d'accordo che è opportuno rilevare in ciascun anziano:

- la condizione medica (presenza e gravità di malattie);
- lo stato funzionale;
- lo stato cognitivo;
- la condizione socio-economica;
- lo stato psicologico;
- e, in generale, la presenza di fragilità.

L'analisi della letteratura ha tuttavia messo in luce che vi sono scarse evidenze su quali siano i tempi, i modi e gli strumenti più appropriati da utilizzare nelle diverse situazioni cliniche e nei diversi *setting*. Oltretutto, quasi tutte le evidenze disponibili derivano dalla letteratura inglese ed americana i cui sistemi sanitari sono più o meno diversi dal nostro. Anche a causa di ciò, si è ritenuto da qualche anno comunque indispensabile una standardizzazione delle modalità di valutazione in modo da facilitare l'erogazione di un'assistenza mirata e l'acquisizione di elementi fondamentali per una migliore organizzazione dell'assistenza.

Luoghi e figure professionali della valutazione

Uno dei fattori che ostacolano l'applicazione omogenea di procedure di valutazione e di intervento è la mancanza di una terminologia comune per i luoghi in cui si svolge il percorso terapeutico e per le figure professionali coinvolte. Alla disomogeneità della terminologia corrisponde una grande disomogeneità nella tipologia e nell'organizzazione dei servizi. Il tutto è complicato dal fatto che alcuni servizi fondamentali (ad esempio l'Assistenza Domiciliare Integrata - ADI) in alcune realtà regionali non esistono o esistono solo sulla carta (2).

I luoghi in cui eseguire la valutazione sono:

1. La medicina di base nel territorio
2. L'ospedale per acuti
3. Il Day Hospital
4. Le strutture di cura intermedia e riabilitazione
5. L'assistenza domiciliare integrata
6. Le strutture di lungodegenza e le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Un ruolo centrale è svolto dalla Unità di Valutazione Geriatrica, il cui compito, oltre a quello di gestire i casi più difficili, è anche quello di individuare le strettoie e le discontinuità nella rete dei servizi che ne compromettono il funzionamento e l'efficienza. Va detto che valutazione, riabilitazione e prevenzione sono aspetti che dovrebbero essere presenti nella definizione del piano terapeutico in un soggetto anziano fragile. Ad esempio, in occasione del ricovero di un soggetto anziano fragile in un ospedale per acuti, diventa necessario attuare gli interventi di sorveglianza e di attivazione che possano prevenire la disidratazione, la denutrizione, la sindrome da immobilizzazione, gli episodi confusionali.

È importante sottolineare che non è tanto importante chi esegue la valutazione quanto che la formazione di chi la esegue sia adeguata. Corsi ed esercitazione nell'uso delle tecniche di valutazione multidimensionale nel soggetto anziano fragile dovrebbero essere inseriti nei corsi di formazione di: medici di medicina generale; infermieri professionali e generici; terapisti della riabilitazione; assistenti sociali e sanitari; operatori tecnici alla assistenza. I corsi dovrebbero avere un carattere pratico, applicativo; alle lezioni teoriche dovrebbe essere riservato non più del 30% del tempo; alle esercitazioni pratiche (utilizzo degli strumenti di VMD in soggetti anziani) almeno il 60% del tempo; alle verifiche (supervisione da parte di un esperto) circa il 10% del tempo.

Gli anziani da valutare

Le indicazioni della letteratura identificano nella "fragilità" una condizione in cui è presente un elevato rischio di deterioramento ma in cui sono ancora possibili interventi terapeutici e preventivi efficaci (3). In alcune situazioni, tutti gli utenti anziani sono da considerare "fragili"

salvo prova contraria (ad esempio, i residenti di una RSA). In questi casi perciò, la valutazione multidimensionale dovrebbe essere raccomandata per tutti.

Strumenti di valutazione multidimensionale

Attualmente sono disponibili molti strumenti di valutazione multidimensionale dell'anziano. Fra questi, ne descriviamo brevemente due. Il primo è lo strumento RAI, a livello internazionale considerato il più completo e validato. La sua diffusione è stata promossa in diversi paesi del mondo: negli Stati Uniti, dove ha avuto origine, Canada, Islanda, Israele, Italia, Giappone, Spagna e Regno Unito. La sua applicazione nella routine ha tuttavia presentato qualche difficoltà, in quanto troppo lungo (il cosiddetto 'core' dello strumento è composto da quasi 400 item) e possibile solo dopo un lungo addestramento (il corso di addestramento per l'uso della versione italiana di questo strumento, il VAOR (4), dura 6 giorni). Nell'indagine condotta dall'Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio, il VAOR ha ottenuto una valutazione di 2 requisiti soddisfatti pienamente su 6 (5).

Il secondo è il VALGRAF (VALutazione GRAFica), uno strumento di valutazione longitudinale dell'anziano di dimostrata validità convergente e riproducibilità. È derivato dallo SMAF di Hébert (6) ed arricchito con item relativi agli aspetti psicologici e sociali, a piccoli test cognitivi e a condizioni particolarmente rilevanti nell'anziano fragile (piaghe da decubito, condizioni dei piedi, stato di idratazione, dolore, uso di psicofarmaci, ecc.).

Le sue caratteristiche principali sono:

- è disponibile in due versioni: per le residenze protette e le RSA e per i servizi domiciliari sanitari. Un recente sviluppo del VALGRAF ha riguardato la messa a punto di una versione per i servizi sociali comunali;
- è in gran parte compilabile facilmente e in modo riproducibile da tutte le categorie di operatori, dopo un breve addestramento;
- è *users' friendly*, non solo per la semplicità di linguaggio, ma anche per la presenza di disegni relativi alle varie funzioni (Figura 1), che attirano l'attenzione e consentono di identificare immediatamente i campi di applicazione;
- ha una veste grafica che sollecita ad effettuare più compilazioni successive per valutare l'andamento nel tempo delle varie funzioni; la soluzione grafica adottata porta a costruire delle specie di grafici, simili a quelli noti della temperatura e della pressione arteriosa, in modo che si possa apprezzare con immediatezza l'andamento nel tempo della funzione;
- ha una soluzione grafica che consente al compilatore di segnalare anche piccole modificazioni in meglio o in peggio che sono inferiori ad 1 livello nella scala ordinale perlopiù a 5 livelli (da A ad E);
- consente la "personalizzazione" dello strumento e quindi anche di ridurre i tempi di compilazione nelle rilevazioni successive, segnalando quali sono le funzioni che si ritiene debbano essere monitorate, grazie a una casella MON (per monitoraggio) presente in ogni item;
- consente di ricavare i punteggi di altri brevi strumenti di ampio uso: ADL di Barthel (7), ADL di Katz (8), e IADL di Lawton (9);
- le versioni attuali del VALGRAF comprendono anche 53 variabili su condizioni mediche e prestazioni erogate che non fanno parte integrante dello strumento ma che sono inserite perché sono tutte quelle che consentono di determinare le categorie RUG-III per la valutazione del bisogno assistenziale (10).

MON							
8. VESTIRE							
		1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<						
B	<						
C	<						
D	<						
E	<						

A. Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi (anche se con indumenti adattati).
 B. Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci da scarpe.
 C. Come B e in più occorre preparargli in ordine i vestiti.
 D. Ha bisogno di aiuto fisico ma collabora in modo appropriato.
 E. Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.

E' autonomo per:							
9. Calze		A	B	C			
10. Bottoni		A	B	C			
11. Scarpe		A	B	C			

A. Autonomo.
 B. Autonomo con accorgimenti o ausili (velcro, scarpe senza lacci, tiranti, ecc.).
 C. Ha bisogno di aiuto.

Figura 1. ValGraf (Versione Residenziale): item "Vestire"

Bibliografia

1. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Bula CJ, Gold MN *et al.* A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-9.
2. Abate, G (Ed.). *Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Indagine conoscitiva sulla situazione nazionale*. Roma: CNR; 1995.
3. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing* 1997;26:315-8.
4. Bernabei R, Landi F, Lattanzio F, Di Niro MG, and L. Manigrasso (Ed.). *Resident Assessment Instrument-VAOR (Valutazione Anziano Ospite di Residenza): Manuale d'istruzione*. Roma: Pfizer Italia Spa; 1996.
5. Mastromattei A, Casagrande S, Marceca M, Pasquarella A. La scelta dello strumento VMD: ipotesi di una metodologia di analisi comparativa di orientamento. In: Pasquarella A, Marceca M, Mastromattei A, Casagrande S, Guasticchi G (Ed.). *Misurare la salute. La valutazione multidimensionale in Sanità pubblica*. Roma: Regione Lazio, Agenzia di Sanità Pubblica; Documento tecnico ad uso interno anni 2002-2004.

6. Hebert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age Ageing* 1988; 17:293-302.
7. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989;42:703-9.
8. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963;185:94-99.
9. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-86.
10. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R and Cornelius E Refining a Case-Mix measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (Rug III). *Med Care* 1994;32:668.

ATTIVITÀ ASSISTITE CON GLI ANZIANI: STRUTTURAZIONE DI UNO STUDIO PILOTA COORDINATO DALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ NELLA REGIONE LAZIO

Francesca Cirulli, Maria Livia Terranova, Alessandra Berry, Marta Borgi, Nadia Francia
Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

L'Italia è tra i Paesi con la più alta percentuale di anziani nella popolazione. Si prevede che entro il 2051 gli anziani raggiungeranno il 33% della popolazione totale. Parallelamente alle manifestazioni di demenza, anche disordini apparentemente minori come deficit di memoria (operativa o recente) o di equilibrio emotivo possono causare gravi alterazioni relazionali e di autonomia.

È necessario integrare l'assistenza sanitaria tradizionale con attività innovative di supporto che migliorino lo stato complessivo dell'individuo – fisico, cognitivo e affettivo – prevenendo o attenuando lo stress psicofisico che spesso accompagna l'istituzionalizzazione e la conseguente carenza di affetti o di supporto sociale. Va sottolineato a tale proposito come fattori stressanti possano incidere fortemente sull'insorgenza di malattie, soprattutto ad andamento cronico, e che un'efficace prevenzione possa contribuire a una significativa riduzione della spesa sanitaria.

Una delle categorie che appare trarre maggiore giovamento dal contatto con un *pet* è rappresentata proprio dagli anziani. Nel caso di soggetti ricoverati in una casa di riposo, l'utilizzo dell'animale da compagnia può rivelarsi uno strumento utile per ridurre lo stato di isolamento e la perdita di controllo dovuti alla situazione di novità e scarsa familiarità. Alcuni studi statunitensi, finalizzati all'analisi degli effetti benefici della *Pet therapy* in un gruppo di anziani ospiti in una casa di riposo, hanno dimostrato un miglioramento dell'umore e maggiore reattività e socievolezza. Spesso i pazienti ricoverati devono rinunciare alla compagnia del proprio *pet* perché le strutture di ricovero non accolgono animali per ragioni logistiche o igieniche. In questo modo, alla solitudine dovuta alla mancanza dei familiari si aggiunge l'assenza della compagnia e dell'affetto del *pet*. Estremamente interessante appare a tale proposito uno studio che dimostra come la convivenza strutturata con un animale da compagnia prima del ricovero aumenti l'efficacia della terapia svolta con un animale, valutata come riduzione del grado di solitudine percepito dal soggetto. Studi di tipo epidemiologico hanno a volte evidenziato come la presenza di un animale da compagnia aumenti la probabilità di sopravvivenza dopo un infarto.

Sebbene, nel caso di specifiche patologie, esista un generale consenso sull'importanza dell'interazione uomo-animale, appare necessaria un'accurata sperimentazione scientifica per valutare l'efficacia delle terapie assistite con gli animali. Il Reparto di Neuroscienze comportamentali dell'Istituto Superiore di Sanità, grazie a un co-finanziamento della *Nando Peretti Foundation*, ha intrapreso il Progetto "Studio degli effetti di terapie assistite con il cane sul benessere psicologico e fisico dell'anziano" il cui scopo è quello di verificare l'efficacia di Terapie Assistite con gli Animali (TAA) in pazienti anziani mediante valutazione neuropsicologica e analisi di parametri ormonali indici di stress. Infatti, sebbene esistano numerose iniziative sia a livello nazionale che internazionale, allo stato attuale le terapie assistite con gli animali rappresentano una potenzialità terapeutica che necessita di ulteriori verifiche scientifiche.

Obiettivi specifici del progetto consistono proprio nello i) sperimentare l'uso di terapie effettuate utilizzando il cane, come ausilio nella vita dell'anziano ospite in casa di riposo, anche mediante valutazione degli effetti su indicatori di ansia e stress e ii) promuovere attività assistenziali innovative che riducano lo stato di solitudine del paziente, migliorandone le capacità relazionali e attenzionali e il mantenimento o il recupero di autonomie.

Strutturazione dello studio e metodologia

Il progetto è stato realizzato nella Regione Lazio in due Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani. Dopo alcune sedute con il personale sanitario della struttura i soggetti sono stati suddivisi in due gruppi, omogenei per fasce di età e quadro clinico, come di seguito riportato: a) anziani ospitati in struttura (RSA) in condizioni di controllo e b) anziani ospitati in struttura (RSA) sottoposti a TAA. I soggetti coinvolti nelle terapie a mediazione animale sono stati suddivisi, a loro volta, in due gruppi a seconda che il cane fosse utilizzato nelle sessioni di fisioterapia o in quelle di socializzazione. L'inclusione definitiva dei soggetti nei vari gruppi è seguita ad alcune sedute di familiarizzazione con i cani a seguito delle quali sono stati esclusi quei soggetti che non si trovavano a loro agio nell'interazione con il cane.

Prima dell'inizio della terapia, a tutti i soggetti coinvolti è stato richiesto il consenso informato previa informativa sulla sperimentazione e richiesta del trattamento dei dati personali.

Lo staff dell'Associazione Nazionale Utilizzo del Cane per Scopi Sociali (ANUCSS Onlus), da sempre costituito da coppie Conduttori-Cani da terapia e specialisti esperti in *Pet therapy* (psicologi, educatori professionali, veterinario, assistente sociale, ecc.), si è occupato di programmare e realizzare gli interventi di terapie assistite con l'animale. L'associazione ha una decennale esperienza nel settore delle attività e terapie a mediazione animale ed ha già effettuato precedenti esperienze e interventi in case di riposo. Le sedute di trattamento riabilitativo e ludico-ricreativo-socializzante con il cane (TAA), della durata di 2 ore ciascuna, sono state videoregistrate e hanno avuto frequenza bisettimanale in ciascuna struttura.

La valutazione neuropsicologica si è avvalsa di diversi strumenti, tesi a quantificare in maniera scientificamente valida e attendibile le condizioni psico-fisiche dei pazienti in generale (RUG II, a sua volta diviso in diverse sottosezioni), e in particolare il loro livello di autonomia (ADL) e il loro funzionamento cognitivo (MMSE) prima dell'inizio della terapia e al termine delle sedute. La valutazione è stata effettuata nei mesi di febbraio-marzo per il periodo pre-terapia e nei mesi di giugno-luglio per il periodo post-terapia; le prime due schede (RUG II e ADL) sono state compilate da operatori socio-sanitari della RSA che conoscevano personalmente e adeguatamente i soggetti in esame, mentre il MMSE è stato somministrato da una psicologa clinica esterna alla struttura e dunque priva di *bias* riferibili alla conoscenza pregressa dei soggetti. Per quanto riguarda queste valutazioni, sono attualmente in corso le analisi statistiche, i cui risultati ci permetteranno di verificare l'efficacia delle terapie in merito ai suddetti parametri. Per quanto riguarda gli effetti dell'interazione con il cane sulla sfera emotiva, sono stati inoltre somministrati, in via preliminare, i classici test di valutazione del livello di depressione (*Geriatric Depression Scale*) e di ansia di stato e di tratto (STAI), la cui reale applicabilità e utilità nella popolazione in oggetto andrà tuttavia valutata, in un secondo momento, mediante confronto con i risultati ottenibili utilizzando strumenti maggiormente mirati a pazienti geriatrico-psichiatrici istituzionalizzati. I risultati di tale confronto-pilota permetteranno di scegliere gli strumenti maggiormente adeguati a offrire, per una popolazione particolare come quella delle RSA, una valutazione attendibile, e nel contempo fine, delle modifiche emozionali potenzialmente riconducibili alla TAA in un eventuale prosieguo dello

studio. Per quanto riguarda le misure fisiologiche, sono stati valutati i livelli salivari di base di ormoni dello stress -cortisolo- e i livelli serici di citochine pro-infiammatorie (IL-1, IL-6, IL-6R).

Gli animali coinvolti nelle terapie sono stati sottoposti periodicamente a controlli finalizzati a tutelarne il benessere e a monitorare l'assenza di stress.

Risultati

Sulla base delle videoriprese e dell'analisi della letteratura rilevante è stato elaborato un etogramma per la valutazione dell'interazione uomo-animale. I risultati ottenuti mostrano come il cane, integrato nel percorso di fisioterapia, abbia motivato i pazienti a sottoporsi agli esercizi in palestra, trasformando un momento vissuto svogliatamente e con fatica, in un'attività piacevole e stimolante. D'altra parte, la presenza del cane durante i momenti di vita sociale ha facilitato l'attività di relazione, fungendo da catalizzatore dei rapporti interpersonali. Nei gruppi di socializzazione, le attività con il cane hanno riscosso un'altissima partecipazione al punto di rendersi necessario, in alcune occasioni, un intervento da parte degli operatori della struttura per limitare la partecipazione solamente al gruppo degli utenti selezionati per il progetto.

Gli anziani traggono piacere, stimolo e divertimento nell'interazione con l'animale, sia durante le attività di gioco con il cane, come il lancio-riporto della pallina e il nascondino, che in quelle maggiormente orientate all'accudimento. I nostri dati dimostrano come, dal punto di vista fisiologico, tale interazione ha comportato una riduzione nel rilascio di ormoni, quali il cortisolo, indici di stress dell'individuo, che sono stati misurati mediante saggi salivari non invasivi. Per quanto riguarda l'analisi della funzionalità immunitaria, è stato evidenziato un importante effetto della stagionalità sui livelli di citochine seriche con valori significativamente più bassi nella stagione invernale che in quella estiva. La socializzazione con il cane è stata in grado di modulare le variazioni stagionali dei livelli serici di recettore per l'Interleuchina 6 (sIL-6R) solubile. Infine, sono attualmente in corso ulteriori valutazioni per correlare le variazioni di citochine pro-infiammatorie con i dati neuropsicologici.

Nel complesso, i dati analizzati fino a questo punto indicano che la valutazione di efficacia delle TAA risulta complessa, e richiede la costituzione di protocolli di intervento rigorosi e codificati, capaci di comprendere e valutare l'efficacia complessiva di tali pratiche utilizzando, allo stesso tempo, studi e scale di valutazione propri dell'ambito medico/scientifico (test neuropsicologici standardizzati o questionari multidimensionali precedentemente validati in grado di misurare la funzionalità individuale ivi incluse le misure di benessere e qualità della vita e indici fisiologici di benessere) e strumenti capaci di tenere conto della specificità, anche relazionale, della natura dei percorsi avviati. La necessità di documentare l'efficacia delle TAA è nell'interesse di tutti coloro che vogliono incoraggiare questo co-terapie. Il protocollo di intervento standardizzato, messo a punto nelle due strutture coinvolte ha la potenzialità di essere trasferito ad altre realtà assistenziali, quali gli ospedali, o ad altri soggetti che potrebbero beneficiarne, quali bambini o adulti con difficoltà di relazione.

Ringraziamenti

Si ringraziano:

- per l'Istituto San Michele: Carlo Fiore, che ha dato la sua approvazione formale al progetto, Maria Pia Teodonio (assistente sociale), Vincenzo Grotti (direttore sanitario), Barbara Lunerti (educatrice professionale), Fabrizio Tofani (educatore professionale), Marco Valli (fisioterapista), Mirko Capotosti (fisioterapista), Alessandro Fiorda (fisioterapista); Daniela Cavinato, Maria Leo,

Domenico Carlomusto, Titina Ivanescu e Teodorina Simona Sechelario (infermieri professionali) per i prelievi di sangue; Cristina Delise e Laura Ruzzo (operatrici socio sanitarie) che hanno curato la compilazione dei questionari ADL;

- per l'Istituto Parco delle Rose: Antonio Marasca (direttore sanitario), Rita Morotti (fisioterapista) e Rosalba Crisostomo (caposala).

Bibliografia consigliata

- Banks MR, Banks WA. The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57:M428-32.
- Cirulli F, Alleva E. *Terapie e attività assistite con gli animali: analisi della situazione italiana e proposta di linee guida*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/35).
- Cirulli F, Capone F, Alleva E. Terapie e attività assistite con gli animali: approcci innovativi per integrare terapie tradizionali e migliorare la qualità della vita dell'anziano. *Pro Terza Età* 2008;38:10-6.
- Cirulli F, Natoli E, Alleva E. Utilizzo di un corretto rapporto uomo animale ai fini di una riabilitazione psicologica: la pet-therapy in Italia. In: C. Bedetti (Ed.). *Seminario su recenti tematiche in biologia e in medicina: dalla ricerca scientifica un sostegno alle persone disabili*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1998. p. 13-8.
- Corson SA, Corson EO, Gwynne PH, Arnold LE. Pet-facilitated psychotherapy in a hospital setting. *Curr Psychiatr Ther* 1975;15:277-86.
- Filan SL, Llewellyn-Jones RH. Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *Int Psychogeriatr* 2006;18:597-611.
- Friedmann E, Katcher AH, Lynch JJ, Thomas SA. Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Rep* 1980;95:307-12.
- Kerepesi A, Jonsson GK, Miklósi A, Topál J, Csányi V, Magnusson MS. Detection of temporal patterns in dog-human interaction. *Behav Processes* 2005;70:69-79.
- Milani MM. *The body language and emotion of dogs: a practical guide to the physical and behavioral displays owners and dogs exchange and how to use them to create a lasting bond*. New York: William Morrow and Company, Inc; 1986.
- Serpell J. *The domestic dog: its evolution, behaviour and interactions with people*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.

ATTIVITÀ E TERAPIE A MEDIAZIONE ANIMALE: IL MODELLO INTEGRATO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE UTILIZZO DEL CANE PER SCOPI SOCIALI (ANUCSS ONLUS)

Francesca Allegrucci, Claudio de Cato

Associazione Nazionale Utilizzo del Cane per Scopi Sociali - ANUCSS Onlus, Roma

Il Modello Integrato ANUCSS

Il Modello Integrato ANUCSS è caratterizzato da:

- a) una prassi che fa riferimento a teorie psicologiche integrate;
- b) una progettazione e una realizzazione degli interventi operata da un'équipe multidisciplinare integrata, costituita da professionisti tutti specializzati e formati in attività e terapie a mediazione animale;
- c) un protocollo d'intervento strutturato;
- d) una ricerca sperimentale finalizzata alla valutazione delle terapie sia in termini di *processo* che in termini di *esito*.

Teorie psicologiche di riferimento

Le attività e le terapie con la mediazione degli animali si sono sviluppate a partire da approcci di tipo empirico e sono realizzate a tutt'oggi ponendo grande attenzione in particolare al livello comportamentale, mancando, spesso, di un modello unitario. Nella ricerca di una maggiore coerenza e al fine di rendere più stabili i cambiamenti, abbiamo sentito la necessità di integrarlo con un modello esplicativo dell'uomo che consenta di intervenire sui contenuti emotivi e cognitivi e con un modello esplicativo delle modalità con cui gli esseri umani comunicano ed entrano in relazione tra loro e con altri esseri viventi appartenenti a specie differenti.

Da queste riflessioni nasce il modello teorico integrato di riferimento all'interno del quale nascono e si realizzano gli interventi condotti dall'ANUCSS; in particolare il modello integrato ANUCSS integra i fondamenti della psicologia umanistico-esistenziale (in particolare della psicoterapia della *gestalt*), con le teorizzazioni di Bowlby (1-3) sull'importanza dell'attaccamento e sul concetto di "base sicura", con le molteplici tecniche messe a disposizione dalla psicologia cognitivo-comportamentale, con i principi della zooantropologia e dell'approccio etologico.

Lavoro d'équipe

Il *modello integrato* ANUCSS prevede una équipe "multidisciplinare" e "integrata", ovvero la collaborazione tra molteplici figure professionali (sia inerenti la sfera umana che quella animale), tutti specializzati in Attività e Terapie con Animali, che attraverso un confronto e uno

scambio continuo mettono in comune le specifiche competenze al fine di realizzare un intervento multidimensionale. Attraverso questo intenso lavoro d'équipe è possibile produrre risultati e metodologie d'intervento qualitativamente migliori e quantitativamente superiori e sostanzialmente diversi rispetto a quanto potrebbe ottenersi seguendo altre procedure.

Protocollo d'intervento strutturato

Il protocollo d'intervento rappresenta il piano attraverso il quale possiamo raggiungere gli obiettivi fissati (che sono parte integrante del protocollo) attraverso una serie di *step* predefiniti che comprendono:

1. *analisi del territorio* (quanto dista la struttura, ambienti dove è possibile svolgere gli incontri con l'animale, composizione del personale, tempi delle varie fasi della vita giornaliera degli ospiti, ecc.);
2. *stesura profilo utenti* (colloqui con il referente del personale della struttura, visione eventuale delle cartelle cliniche, osservazioni in vivo degli utenti prima dell'incontro con il cane e durante il primo approccio, ecc.);
3. *selezione degli utenti da coinvolgere negli incontri con l'animale*;
4. *formulazione degli obiettivi generali* (plausibili e auspicabili in base alle caratteristiche dell'utenza e della strutturazione del *setting*);
5. *definizione dei tempi di svolgimento dell'intervento* (frequenza e durata degli incontri);
6. *costituzione del team operativo interno* (che deve prevedere la coppia conduttore-cane e il terapeuta esperto ATA per la mediazione con l'utente);
7. *costituzione del team operativo esterno* (selezionare le figure della struttura che saranno utili nel *setting* e nella realizzazione del progetto),
8. prevedere almeno un *incontro informativo* sul progetto che si andrà a realizzare (per presentare l'associazione e informare il personale della struttura sul tipo di lavoro e le finalità del nostro lavoro);
9. *visita ed eventuale sistemazione del setting* (gli spazi dovranno preventivamente essere noti ai cani impiegati nel progetto e dovrà essere valutata la sicurezza e l'idoneità dell'arredo al fine del corretto svolgimento delle sessioni);
10. *definizione a grandi linee di quali attività* dovranno essere proposte dalla coppia conduttore-cane agli utenti al fine di realizzare gli obiettivi prefissati;
11. *definizione degli ausili per il monitoraggio* delle singole sessioni (videoripresa, griglia strutturata, ecc.);
12. *cadenza mensile di incontri di supervisione del personale e/o riunioni di programmazione interne e/o con il personale della struttura*;
13. *definizione della metodologia di ricerca per la valutazione del processo e degli esiti dell'intervento* (test standardizzati, griglie d'osservazione, esami per i parametri fisiologici, ecc.);
14. *analisi ed elaborazione dei dati*;
15. *chiusura e restituzione con gli utenti*;
16. *chiusura e restituzione con la struttura*.

Obiettivi e gestione del cane con utenti anziani in residenza sanitaria assistenziale (RSA): modalità di lavoro e fasi d'intervento

Facendo riferimento al progetto di ricerca presentato, svolto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, abbiamo visto che, nello specifico progetto, abbiamo fissato due obiettivi generali:

- *gruppo A*: favorire l'adesione dell'utente al percorso di fisioterapia
- *gruppo B*: favorire la socializzazione tra utenti

Per realizzare il progetto abbiamo seguito tutti gli *step* previsti dal nostro protocollo d'intervento (vedi sopra) e in particolare andremo qui a descrivere le modalità d'intervento della coppia conduttore-cane che sono state adottate, secondo la ns. metodologia di lavoro, in *setting* strutturati con utenti anziani residenti in RSA.

Nella strutturazione di un intervento il conduttore dell'animale dovrà in particolare considerare due dimensioni: il primo approccio e lo svolgimento dell'intervento.

Il primo approccio

Definiamo “primo approccio” il primo contatto tra cane e utente, riferendoci sia al primo incontro che l'anziano ha con l'animale sia alla fase iniziale di ogni intervento successivo; è un momento molto importante in quanto anche in base al tipo di patologia presentata, può divenire difficile per l'utente memorizzare quanto fatto negli incontri precedenti o addirittura in alcuni casi ricordarsi di noi e/o del nostro animale. Per fare in modo che questa prima interazione avvenga in modo funzionale dovremo:

- Conoscere il profilo dell'utente (aggressività, paure, comportamenti particolari, sintomatologia presentata).
- Valutare il *setting* nel quale dovremmo lavorare (all'aperto o in luogo chiuso, le dimensioni, l'arredamento, ecc.).
- Considerare il numero di utenti .
- Acquisire tutte le altre informazioni che ci potranno essere utili.

Nell'incontrare l'anziano è necessaria la massima cura e delicatezza in quanto questa tipologia di utenza potrebbe essere caratterizzata da una serie di compromissioni nel funzionamento sia a livello fisico (problematiche legate alla vista ed all'udito, ecc.).che psicologico (demenza senile, Alzheimer, morbo di Parkinson, ecc.).

È infatti preferibile prediligere un avvicinamento lento, in posizione frontale e leggermente laterale, per stabilire prima un contatto visivo; ponendo il cane in posizione più bassa rispetto al viso dell'utente e lasciandolo per qualche istante in posizione di “seduto” si ha la possibilità di valutare l'interesse, la disponibilità, la confidenza o il timore dell'anziano nei confronti dell'animale; successivamente è possibile stabilire anche un contatto verbale con l'utente chiedendo apertamente il permesso di avvicinarci con il cane.

In questa fase è molto importante tenere il nostro cane sotto controllo e il più possibile tranquillo, rassicurandolo se necessario, cercando di non tenerlo in una situazione di costrizione ma piuttosto favorendone il rilassamento.

Svolgimento dell'intervento

Nell'esecuzione dell'intervento risulta importante seguire sempre un percorso coerente e strutturato che ci permetta di svolgere in maniera consecutiva le diverse attività che andremo a proporre, in modo da facilitarne la memorizzazione da parte dell'utente; nello specifico la nostra metodologia prevede quattro fasi principali: 1) fase di incontro con il cane (primo approccio), 2) fase d'attività: lavoro con il cane, gioco con il cane, 3) fase d'accudimento del cane, 4) fase di chiusura.

All'interno delle diverse fasi saranno proposte all'utente varie attività in interazione con il cane, attraverso le quali potranno essere perseguiti gli obiettivi previsti dal progetto; la specifica tipologia delle attività proposte dipenderanno dalle specificità della coppia conduttore-cane, dalle capacità performative dell'animale impiegato e dal grado di preparazione dello stesso.

A seconda degli obiettivi (socializzazione o supporto alla fisioterapia) e/o della presenza o meno del fisioterapista, lo stesso tipo di attività proposta potrà essere gestita in maniera diversa, accentuando maggiormente l'aspetto relazione o maggiormente l'aspetto gestuale d'esecuzione in base agli obiettivi prefissati appunto; nello specifico l'attività di spazzolare o accarezzare l'animale potrà essere eseguita sia in maniera strutturata come attività riabilitativa, che in maniera spontanea come accudimento nella socializzazione.

- *Tipologie d'attività proponibili con utente anziano nella fase di lavoro con il cane:*
accarezzare/spazzolare, camminare, esercizi di riporto, percorsi attrezzati, mettere e togliere i guinzagli, sciogliere e riannodare il fazzoletto, lanciare la pallina o un pupazzo, giocare con il cane.
- *Tipologie d'attività proponibili con utente anziano nella fase di accudimento del cane:*
spazzolare il cane, accarezzare il cane, interagire con il cane, dar da mangiare al cane, dar da bere al cane, parlare del cane.
- *La fase di chiusura:*
diviene estremamente importante la fase finale nella quale avviene la conclusione di un intervento, soprattutto per lasciare l'utente con un ricordo piacevole dell'incontro; quindi nel congedarsi è importante dare il tempo all'utente di salutare il cane con una carezza, un abbraccio o un bacio, oppure di farsi accompagnare fino alla porta dal cane o viceversa accompagnare il cane e l'operatore fino all'uscita.

Dopo che il cane sarà andato via dalla visuale dell'utente, il terapeuta provvederà a distribuire le "salviettine umidificate": rispettare le norme igieniche proponendo la detersione delle mani, può diventare anche un modo di cadenzare la chiusura dell'intervento, anche nei casi in cui può esserci difficoltà di distacco dal cane da parte dell'utente.

Bibliografia

1. Bowlby J. *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'Attaccamento alla madre.* Torino: Bollati Boringhieri; 1999.
2. Bowlby J. *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre.* Torino: Bollati Boringhieri; 2000.
3. Bowlby J. *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre.* Torino: Bollati Boringhieri; 2000.