

ISSN 1723 - 7750

# *I luoghi della cura*

Anno V - N. 3  
Settembre 2007  
TRIMESTRALE

# *3/2007*

In caso di mancato recapito, rinviare al CPR Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente  
previo addebito pagamento resi



  
SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



**CIC** Edizioni Internazionali

## SOMMARIO

### Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

### Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Renato Bottura, Gianna Carella, Antonietta Carusone, Francesca Castelletti, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guerrini, Raffaele Latella, Luisa Lomazzi, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

### Direttore responsabile

Andrea Salvati

### Segreteria di redazione

Lorenza M. Saini

### Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile (Roma)  
arcangioli@grupppocic.it

### Area marketing & sviluppo

Antonietta Garzonio  
garzonio@grupppocic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

### Direzione, Redazione, Amministrazione:

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

### Area Nord Italia:

Via Matteotti, 52B - 21012 Cassano Magnago (VA)  
Tel. 0331282359 - Fax 0331287489

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003

Stampa: Litografica '79 - Roma

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

Finito di stampare nel mese di settembre 2007

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

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore. Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

© Copyright 2007



CIC Edizioni Internazionali

## Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

### EDITORIALE

**Perché diminuiscono gli anziani nelle strutture residenziali?**

*Antonio Guaita, Cristiano Gori, 5*

### ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

**La diarrea acuta nell'anziano fragile: proposta di un protocollo di lavoro integrato medico-infermieristico**

*Marco Pagani, Salvatore Speciale, Tiziana Dosi, Stefania Guarreschi, Suor Carla Antonini, Giuseppe Bellelli, Marco Trabucchi, 7*

### MATERIALI DI LAVORO

**I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer: cosa è cambiato?**

*Concetta Maria Vaccaro, 12*

### ESPERIENZE

**La gestione del rischio di infezioni correlate alle pratiche assistenziali in RSA**

*Il caso della Fondazione Santa Maria Ausiliatrice  
Adriana Belotti, 15*

### SPUNTI DI DIBATTITO

**L'empatia in Edith Stein: la giusta distanza per essere accanto all'altro**

*Giuliana Masera, 27*

### REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

**Un welfare anziano. Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società?**

*A cura di Marco Trabucchi, 30*

**La persona affetta da demenza in ospedale**

*A cura di Chiara Ciglia, 31*

## Perché diminuiscono gli anziani nelle strutture residenziali?

Cristiano Gori\*, Antonio Guaita#

\* Istituto per la Ricerca Sociale di Milano

# Istituto Geriatrico "C. Golgi" di Abbiategrasso

**P**er la prima volta diminuisce in Italia il numero di anziani ospiti in strutture residenziali. Questo risultato emerge dai più recenti dati Istat (Istat, 2007), riferiti al 2004: alla riduzione in termini percentuali già in atto da qualche tempo, si aggiunge quella in valore assoluto, con una diminuzione di quasi 4.000 presenze tra il 2003 ed il 2004, per un valore praticamente uguale al 1999, anno in cui l'Istat ha avviato la rilevazione di questi dati (Tab. 1). In anni in cui sempre più forti sono i richiami ad incrementare l'offerta di assistenza continuativa, si tratta di un dato significativo che delinea una tendenza chiara, pur con le cautele che richiedono simili base-dati di scala nazionale. L'esperienza italiana risulta peculiare nel panorama internazionale. La percentuale di anziani in strutture residenziali, infatti, è effettivamente diminuita in Paesi dell'Ocse in cui aveva raggiunto valori ben maggiori rispetto al nostro Paese (le riduzioni non hanno mai portato altri Paesi al di sotto del 4-3,5% di utenza), ed è stata perlopiù accompagnata da forti programmi di sviluppo dell'assistenza domiciliare, come nel caso dell'Austria. In Paesi tradizionalmente deboli nell'assistenza continuativa, come il nostro, la recente tendenza è stata di incremento della residenzialità, come nel caso della Spagna, passata dal 2,8% di presenze a metà anni '90 al 3,7% nel 2004 (Oecd, 2005). I dati illustrati sono in controtendenza rispetto alle indicazioni del recente documento della Commissione Nazionale Lea sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali, di cui *I Luoghi della Cura* si occuperà diffusamente nel prossimo numero. La

**Tabella 1** - Persone con almeno 65 anni ospiti in strutture residenziali<sup>1</sup>, anni vari.

Anno	Valore assoluto	Percentuale
1999	222.548	2,14
2003	227.315	2,04
2004	223.509	1,96

Fonte: Istat, L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anni vari.

Commissione, infatti, (pur non ritenendo opportuno indicare uno standard di offerta pre-ordinato) sottolinea la necessità di incrementare l'offerta di strutture residenziali nel nostro Paese lavorando su un'ipotesi nazionale di circa il 4% di anziani in strutture residenziali (Ministero della Salute, 2007).

I dati Istat ci interrogano sulle ragioni all'origine della riduzione dell'utenza: proviamo dunque a discutere qualche possibile risposta.

• **Per la riduzione della disabilità?** È stato registrato un aumento della aspettativa di vita attiva, che in 5 anni ha portato a guadagnare 1 anno di vita attiva; ciò significa che, a parità di numero, i 75enni sono più autonomi nel 2000 che nel 1994. Tale diminuzione proporzionale dei disabili fra gli anziani è un fenomeno presente anche fuori dall'Italia – ad esempio negli USA – ed è sicuramente influenzato da una serie di fattori, fra cui la scolarità, potenzialmente capaci di agire positivamente anche negli anni a venire (Waidmann e Liu,

<sup>1</sup> Le informazioni raccolte dall'Istat riguardano tutte le tipologie di strutture residenziali. L'Istat suddivide le strutture per gli anziani in: "Residenza assistenziale per anziani autosufficienti", "Residenza socio-sanitaria per anziani", "Residenza sanitaria assistenziale (RSA)" e "Altri presidi residenziali".

**Tabella 2** - Guadagno di speranza di vita attiva nella popolazione italiana negli anni e per le età indicate.

Età	15	45	60	75
Italia 1994	61,10	32,00	14,20	6,90
Italia 1999-2000	62,30	33,20	15,20	7,70
Incremento	1,20	1,20	1,00	0,80

Fonte: Istat 2003.

2000). È pur vero che sono aumentati i numeri assoluti degli ultra 75enni, e specialmente degli ultra 80enni; ma è altrettanto vero che dal 1915 al 1918 (I guerra mondiale) e tra il 1919 e il 1920 (epidemia di "spagnola") vi è stata l'assenza dei "non nati".

• **Per la carenza di offerta?** Le famiglie utilizzano quello che c'è e non possono utilizzare quello che non c'è. Se vi sono servizi li utilizzano, se non ci sono si arrangiano. In buona sostanza, dunque, in quali regioni italiane ci sono residenze per anziani che vantano posti vuoti e mancanza di liste di attesa? Ci piacerebbe conoscere il dato così come conosciamo quello della Lombardia, reperibile dal sito dell'Assessorato famiglia e politiche sociali<sup>2</sup>: questa Regione che ha, da sola, tante RSA quanto il resto d'Italia, ha ridotto ma non azzerato le liste di attesa. La nostra impressione – su cui occorrerebbero adeguati sforzi di riflessione e di ricerca – è che in diverse Regioni la diminuzione dell'utenza sia dovuta in parte rilevante ad una semplice carenza di offerta, ed anche ad un problema di costi che determina che le Regioni a più alto reddito possono rendere disponibile un servizio costoso sia per la Regione che per le famiglie, mentre altre Regioni meno ricche cercano di limitare l'offerta.

• **Per l'efficacia dei servizi domiciliari pubblici?** Il dibattito sull'efficacia delle cure domiciliari nel ridurre la domanda di residenzialità occupa da decenni il mondo della ricerca. Nei Paesi europei, infatti, il numero degli assistiti al domicilio e il numero dei ricoverati in RSA (Gori, 2001) presenta, contrariamente a ciò che ci si aspetterebbe, una correlazione lineare positiva: nei Paesi dove è maggiore uno è maggiore

anche l'altro. È, inoltre, interessante vedere quanti sono i minuti medi/die che i servizi domiciliari offrono nelle varie regioni: in nessuna realtà raggiungono almeno i 60 minuti.

• **Per la diffusione delle assistenti familiari?** Esiste un certo accordo nel ritenere che l'impetuosa diffusione delle assistenti familiari (badanti) abbia contribuito alla riduzione della domanda di istituzionalizzazione. Vi sono motivi legati alle caratteristiche del loro lavoro: possibilità di convivere e/o di coprire un elevato numero di ore nel corso della giornata, flessibilità dell'intervento e disponibilità ad operare anche durante la notte/nei fine settimana. Queste sono le tendenze degli ultimi anni, senza dimenticare i recenti cambiamenti dovuti alle aspettative di migliori condizioni di lavoro maturate dalle assistenti familiari da più anni in Italia. Vi sono ugualmente motivi di natura economica, dovuti alla minor spesa per le famiglie che sovente comporta remunerare un'assistenza familiare nel mercato irregolare rispetto a pagare una retta in strutture residenziali.

La discussione dovrebbe essere ben più ampia e i ragionamenti dovrebbero essere adattati alle singole Regioni ed agli specifici contesti. All'interrogativo "perché ciò accade?" bisognerebbe affiancare "è questo il welfare che vogliamo?".

I temi su cui confrontarsi non mancano e i lettori de *I Luoghi della cura* hanno le competenze e le esperienze giuste per arricchire il dibattito. La rivista sarà lieta di ospitare contributi in proposito.

## BIBLIOGRAFIA

- Gori C. I servizi sociali in Europa. Carocci editore, Roma 2001, p. 28.
- Istat. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2000, Istat, Roma 2003.
- Istat. L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, diffuso il 4 maggio 2007 ([http://www.istat.it/dati/dataset/20070504\\_00](http://www.istat.it/dati/dataset/20070504_00)).
- Ministero della Salute. Prestazioni residenziali e semiresidenziali, documento della "Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza", Roma, 30 maggio 2007.
- OCSE. Long-term care policies for older people, Parigi 2005.
- Waidmann TA, Liu K. Disability trends among elderly persons and implications for the future. *J Gerontol B* 2000; 55: 298-307.

<sup>2</sup> [www.famiglia.regione.lombardia.it](http://www.famiglia.regione.lombardia.it)

# La diarrea acuta nell'anziano fragile: proposta di un protocollo di lavoro integrato medico-infermieristico

Marco Pagani\*#, Salvatore Speciale\*#, Tiziana Dosi\*, Stefania Guarreschi\*,  
Suor Carla Antonini\*, Giuseppe Bellelli\*#, Marco Trabucchi#§

\* UO Riabilitazione Polifunzionale Casa di Cura "Ancelle della Carità", Cremona

# Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

§ Università Tor Vergata, Roma

## INTRODUZIONE

**L**a geriatria, e la riabilitazione geriatrica in particolare, sono un campo ricco di aree di confine tra le diverse competenze, aree in cui si incontrano e/o si scontrano filosofie e visioni appartenenti a figure professionali diverse quali i medici, i fisioterapisti, gli infermieri, gli operatori socio-sanitari, ecc. Se non definite correttamente le aree di competenza, i rapporti tra le figure professionali possono farsi alquanto problematici, creando dissapori e scontri all'interno dell'équipe. Diventa pertanto essenziale individuare le aree di confine e definire in modo puntuale e preciso i tempi di intervento e le figure coinvolte. Ciò potrebbe favorire la crescita di competenze inter-professionali e la condivisione delle procedure assistenziali in un'ottica di crescita della qualità assistenziale che è fondamentale in geriatria e riabilitazione. La creazione di un gruppo interdisciplinare per la definizione degli interventi assistenziali nei pazienti affetti da diarrea acuta ha avuto, nel nostro setting, questo preciso obiettivo, ed è stata un'occasione per esplicitare e condividere un'area di confine tra le diverse professioni dell'équipe sanitaria.

La diarrea acuta è un problema clinico comune nei Paesi sviluppati ed una piaga epidemica nei Paesi in via di sviluppo: si calcola che essa sia responsabile nel mondo di circa due milioni di morti l'anno. Negli USA viene stimato che si verifichino tra i 211 e 375 milioni d'episodi di diarrea acuta l'anno (con un'incidenza di 1,4 episodi per persona), con più di 900.000 ospedalizzazioni e

6.000 morti (Lew et al., 1991). Nella popolazione anziana fragile può avere anche conseguenze gravi: negli Stati Uniti circa la metà delle morti per diarrea avviene in persone con età superiore ai 74 anni con una mortalità complessiva superiore di quasi 400 volte rispetto a quella dell'adulto (Bennet e Greenough, 1999).

## DIAGNOSI

Si definisce diarrea l'emissione di feci di peso superiore ai 250 g/24 ore, con un aumento della frequenza d'evacuazione (superiore a tre volte al giorno) e una riduzione della consistenza (feci liquide) (McQuaid, 2002). Viene definita acuta quando è d'insorgenza improvvisa e di durata minore di due settimane. Le cause della diarrea nell'anziano possono essere molteplici (Tab. 1), ma solo in alcune situazioni e in alcuni pazienti è indicato un approfondimento diagnostico ed eziologico (coprocoltura, esami ematochimici).

Essendo generalmente la diarrea una manifestazione di breve durata ed a risoluzione spontanea, la valutazione approfondita ed eziologica è indicata solo per alcuni pazienti e per le forme moderate o gravi (Bennet e Greenough, 1999; McQuaid, 2002). Recenti studi clinici raccomandano la valutazione medica in caso di:

- febbre > 37,8;
- diarrea ematica;
- dolore addominale;
- 6 o più emissioni di feci liquide nelle 24 ore;

**Tabella I** - Cause di diarrea da considerare nel paziente anziano (Bennet e Greenough, 1999).

Non infettive	Infettive
latrogenesi. Pseudodiarrea da fecalomi. Antibiotico terapia. Supplementi dietetici. Antiacidi e farmaci inibitori della secrezione acida gastrica, lassativi. Farmaci vari (digossina, chinidina, metildopa).	Batteri: <i>Campilobacter</i> spp, <i>Clostridium difficile</i> , <i>Clostridium perfringens</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Salmonella</i> spp, <i>Vibrio colera</i> , <i>Vibrio</i> spp.
Neoplasia: lesioni ostruttive, adenoma secretorio, tumori ormono secernenti.	Virus: Adenovirus, Astrovirus, Calicivirus, coronavirus, agente Norwalk, Rotavirus.
Malattie gastrointestinali: lesioni ostruttive, dismotilità con formazione di fecalomi, malattia infiammatoria intestinale, malassorbimento. Aterosclerosi intestinale ed ischemia. Ipertensione portale.	Parassiti: <i>Cryptosporidium</i> , <i>Entameba istolitica</i> , <i>Guardia</i> .
Malattie sistemiche: diabete mellito, tireotossicosi, uremia.	

– diarrea acquosa profusa e disidratazione;  
– pazienti “fragili” e/o immunocompromessi.  
In ogni caso, la valutazione iniziale deve escludere la presenza di fecalomi (Bennet e Greenough, 1999; Beers e Berkow, 2000). Le indagini di laboratorio di prima istanza comprendono l'esame emocromocitometrico con conta leucocitaria, gli elettroliti serici, gli esami di funzionalità renale, alcuni parametri nutrizionali (albuminemia, transferrinemia e colesterolemia), l'esame delle feci per la ricerca del sangue occulto e globuli bianchi. La coprocultura è indicata in pazienti con grave diarrea, febbre, sangue fecale, leucociti fecali, o nel caso di diarrea prolungata nel tempo (Bauer et al., 2001).

## T RATTAMENTO

Lo scopo principale della terapia è il mantenimento dell'equilibrio idroelettrolitico, attraverso la reintroduzione delle perdite gastrointestinali con liquidi appropriati per volume e composizione. Sebbene apparentemente banale, si tratta in realtà di un intervento estremamente importante dal punto di vista della salute dell'individuo. Un editoriale di *Lancet* (*Lancet*, 1978), pubblicato sul finire degli anni '80, ha affermato che la terapia reidratante orale ha rappresentato il più importante avanzamento della medicina nell'ultimo ventennio, poiché un intervento di questo tipo è in grado, se effettuato correttamente (in alcuni casi in combinazione con la ripresa dell'alimentazione), di migliorare la prognosi ed accorciare i tempi della malattia. Sono disponibili in commercio soluzioni reidratanti già confezionate che possono essere

diluite con acqua ed utilizzate facilmente. In realtà la soluzione reidratante può essere confezionata artigianalmente combinando  $\frac{1}{2}$  cucchiaino di sale (3,5 g), 1 cucchiaino di bicarbonato di sodio (2,5 g di  $\text{Na HCO}_3$ ), 8 cucchiaini di zucchero (40 g) e 40 ml di succo di arancia (1,5 g KCl) diluiti in 1 litro di acqua. La quantità di liquido da introdurre è stimata in 50-100 ml/kg/24 ore a seconda dello stato d'idratazione e delle perdite (Rose Burton, 1995).

Il modo più semplice per controllare che la soluzione reidratante sia assunta in quantità adeguate è quello di verificare che la diuresi si mantenga appropriata (una minzione ogni 3-4 ore) e che il peso specifico delle urine sia minore di 1.015 (Bennet e Greenough, 1999). La stabilità del peso corporeo può essere considerata come un grossolano indicatore d'adeguatezza della terapia praticata nelle forme di diarrea prolungata.

Gli agenti antidiarroidici possono essere utilizzati come sintomatici in pazienti con diarrea lieve-moderata. Gli agenti oppiacei aiutano a ridurre il numero e la liquidità delle scariche diarroidiche, controllano l'urgenza fecale e forse ne riducono la durata, ma sono sconsigliati nel paziente con diarrea ematica, febbre elevata, segni di tossicità sistemica o in pazienti in cui si assista ad un peggioramento delle condizioni cliniche nonostante la terapia. La loperamide è il farmaco preferito ad un dosaggio iniziale di 4 mg, seguito da 2 mg da assumere dopo ogni scarica (massimo 16 mg/die). Una terapia antibiotica empirica può essere indicata dopo l'esecuzione di coprocultura o in caso di diarrea di gravità moderato-severa, non acquisita in ospedale ed associata a febbre, tenesmo e/o feci ematiche. I farmaci di scelta nel tratta-

mento antibiotico empirico sono i fluorochinoloni (ciprofloxacina 500 mg; ofloxacina 400 mg o norfloxacina 400 mg due volte al giorno), o il trimetoprim-sulfametossazolo e la doxiciclina 100 mg due volte al giorno (McQuaid, 2002).

## **PROTOCOLLO DI LAVORO PER UN MANAGEMENT MULTIPROFESSIONALE (MEDICO-INFERMIERISTICO) DELLA DIARREA ACUTA NELL'ANZIANO FRAGILE: IL PERCHÉ DI UN IMPEGNO E LO SVILUPPO DEL PROTOCOLLO**

La potenziale pericolosità della diarrea acuta nella persona anziana e fragile dipende dalle conseguenze della disidratazione e delle alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico (Bennet e Greenough, 1999; Beers e Berkow, 2000). I rischi della disidratazione sono maggiori nell'anziano per molteplici ragioni, tra le quali la riduzione del senso della sete, della capacità renale di concentrazione delle urine, della riduzione dell'efficacia del sistema renina-angiotensina-aldosterone e dell'ormone antidiuretico. Inoltre l'anziano è più esposto al rischio di scompenso cardiaco, insufficienza renale, effetti collaterali da farmaci o pratiche assistenziali incongrue (ad esempio la disidratazione da "mancata idratazione"). Il quadro è ancora più complesso per le persone disabili, a volte incapaci di comunicare o soddisfare le proprie necessità e dipendenti da altri nel loro approvvigionamento idrico. Un ulteriore problema è la "malpractice". Infatti il trattamento della diarrea è spesso rappresentato da una terapia sintomatica (antidiarroici, fermenti lattici, disinfettanti intestinali) e dalla somministrazione di liquidi per os (the, acqua, "brodini") o per via parenterale (in genere soluzione fisiologica o glucosata). In realtà, questo tipo di approccio non è appropriato non solo perché la diarrea è un meccanismo di difesa dell'organismo che permette l'eliminazione di tossine o batteri e, quindi, non sempre andrebbe arrestata immediatamente (Bennet e Greenough, 1999), ma anche perché i liquidi persi con la diarrea sono isosmolari e di composizione elettrolitica simile al siero, molto diversi dalle soluzioni fisiologiche o glucosate che usualmente vengono impiegate (Rose Burton, 1995); allo stesso modo il the ed il caffè, per la presenza di derivati xantinici, possono addirittura peggiorare il quadro clinico, aumentando la peristalsi intestinale (Rose Burton, 1995), così come non vi sono sufficienti indicazioni, allo stato attuale, in merito ad un utilizzo diffuso dei fermenti lattici (Boyle et al., 2006; Miselli, 1997).

Per tutti questi motivi, dopo una condivisione delle varie problematiche tra tutte le figure dell'équipe si è deciso di creare un gruppo di lavoro allargato a medici, infermieri e farmacista. La stesura di un protocollo di lavoro integrato è stato considerato un modello paradigmatico di assistenza multiprofessionale, i cui elementi centrali sono stati individuati nell'esplicitazione e nella condivisione da parte di ogni figura del gruppo della corretta pratica assistenziale (che cosa fare), delle responsabilità (chi fa che cosa) e delle modalità di controllo (come verificare l'efficacia dell'intervento). Gli obiettivi di fondo consistevano nel definire le corrette modalità di gestione della diarrea acuta, nell'uniformare i comportamenti diagnostici ed assistenziali e nel porre le basi per un'efficace comunicazione e coordinazione tra le varie figure.

Il protocollo è stato realizzato in tre incontri a cadenza mensile. Ogni figura che ha partecipato all'incontro si è presentata dopo aver effettuato una revisione della letteratura più recente e dopo aver analizzato attentamente le possibili carenze organizzative incontrate nella gestione del problema "diarrea acuta" nella pratica quotidiana. L'incontro tra le diverse figure professionali ha permesso di integrare in un progetto comune sensibilità, esigenze e priorità differenti. Uno dei punti centrali che il protocollo ha voluto mettere in risalto è la figura infermieristica come case-manager del problema. Nelle prime righe del protocollo si afferma in modo esplicito che la gestione del paziente con diarrea non complicata è compito e responsabilità dell'infermiere: è l'infermiere che stima le perdite, assicura un'adeguata assunzione della soluzione reidratante e controlla tramite il monitoraggio dei parametri vitali l'efficacia dell'intervento. Solo in presenza di precise condizioni di rischio (i semafori rossi) viene coinvolto il medico che procede ad un successivo approfondimento diagnostico.

La procedura così descritta è stata schematizzata in un protocollo costituito da una serie di passi successivi:

- 1) diagnosi accurata: l'infermiere esclude forme spurie di pseudodiarrea verificando tramite l'esplorazione rettale che non vi siano fecalomi;
- 2) prima igiene ed identificazione della potenziale pericolosità del quadro clinico: viene praticata una corretta igiene intima e si rilevano i parametri vitali e possibili condizioni di rischio (semafori rossi);
- 3) management: l'infermiere decide, dopo aver escluso o rilevato condizioni di rischio, se deve essere coinvolto il medico nella gestione/terapia della diarrea;
- 4) terapia: vengono reintegrate le perdite secondo protocollo e sono monitorati i parametri vitali.

## CONCLUSIONI

La stesura di questo protocollo di lavoro si è rivelata proficua dal punto di vista operativo ed anche utile per una crescita professionale dei membri dell'équipe; la stesura del protocollo ha infatti obbligato i partecipanti ad una metodologia di lavoro che costituisce la base del lavoro in équipe. Il protocollo è stato realizzato infatti tramite una serie incontri preordinati, ai quali ogni membro del gruppo di lavoro si è presentato dopo aver studiato la letteratura più recente, aver definito le determinanti del proprio intervento, aver considerato le difficoltà e le esigenze delle altre figure coinvolte nel progetto di assistenza e aver proposto un modello pratico di intervento. Gli elementi centrali di questo lavoro sono stati l'esplicitazione e la condivisione da parte di ogni figura dei seguenti quesiti: "che cosa fare, chi fa che cosa, come verificare l'efficacia dell'intervento?". Il protocollo ha definito in modo chiaro le competenze ed i limiti di ogni singola figura dell'assistenza, mettendo in risalto l'infermiere come case-manager del problema.

Crediamo che l'esperienza positiva della discussione e del lavoro possa essere utilizzata come modello di collaborazione tra medici ed infermieri in cui "ciò che rende produttivo il lavoro di collaborazione è ciò che le persone hanno di differente, non ciò che hanno in comune", e che possa essere utilizzata per la revisione di altre pratiche clinico assistenziali comuni.

## PROTOCOLLO CLINICO ASSISTENZIALE PER IL MANAGEMENT DELLA DIARREA ACUTA

La diarrea è definita come "un aumento della frequenza di evacuazione, superiore a tre volte al giorno, o l'emissione di feci liquide".

La gestione della diarrea acuta è compito infermieristico. L'infermiere deve:

- Escludere, tramite esplorazione rettale, la presenza di pseudodiarrea secondaria a fecalomi.
- Eseguire successivamente igiene accurata:
  - a) se il paziente è *continente alle feci*: viene fornita crema protettiva allo zinco ed iniziato monitoraggio delle caratteristiche e della frequenza della diarrea;
  - b) se il paziente è *incontinente alle feci*, dopo il lavaggio e l'applicazione della crema protettiva allo zinco, viene posizionato pannolone.

### • Monitoraggio e controllo del paziente:

a) *Rilevazione dei parametri vitali*

**A. Modificazione dello stato mentale** (delirium); **B. Pressione arteriosa**; **C. Frequenza cardiaca**; **D. Temperatura corporea**; **E. Frequenza Respiratoria**; **F. SO<sub>2</sub>** (Saturazione di Ossigeno ematico).

b) *Rilevazione e monitoraggio della diuresi (una diuresi accettabile corrisponde ad almeno 40 ml/ora)*

Se il *paziente* è *continente alle urine* monitorare la diuresi raccolta in vaso (consigliata verifica ogni almeno tre ore).

Se il *paziente* è *incontinente alle urine* monitorare la diuresi mediante cateterismo (se il *paziente* è già *portatore di catetere vescicale*) o, in alternativa, pesare il pannolone (consigliata verifica almeno ogni tre ore).

- **Valutazione specifica della diarrea:** (volume delle feci emesse, presenza di sangue, presenza di sintomi, frequenza).

Devono essere identificate una serie di condizioni la cui presenza va intesa come potenzialmente pericolosa e suggestiva di diarrea di tipo infiammatorio (**semaforo rosso**). In presenza di **semaforo rosso il paziente deve essere valutato dall'équipe (infermiere, OSS/OTA, medico)**.

#### Semafori rossi:

- febbre (> 37,8°);
- emissione di sangue e/o coaguli misto a feci;
- dolore addominale di intensità rilevante;
- > 6 scariche di feci non formate nelle 24 ore;
- episodio singolo di diarrea di volume ed entità significative (oltre 1 litro);
- fragilità biologica del paziente;
- terapia antibiotica prolungata o sistema immunitario compromesso;
- delirium ipocinetico o ipercinetico e/o marcato peggioramento delle condizioni cliniche generali.

#### In assenza di semafori rossi:

- 1) preparare e somministrare soluzione **dicodral** (50-100 ml/kg per os nelle 24 ore);
  - 2) calcolare bilancio idrico (monitoraggio introito/perdite);
  - 3) sospendere alimentazione per os (sono vietati anche the, caffè, succhi di frutta, o altre bevande ad eccezione dell'acqua) per le prime 12 ore;
  - 4) monitorare la diuresi almeno ogni tre ore;
  - 5) monitorare parametri vitali almeno ogni sette ore;
- A. Modificazione dello stato mentale** (delirium);



**B. Pressione arteriosa; C. Frequenza cardiaca; D. Temperatura corporea; E. Frequenza Respiratoria; F. SO<sub>2</sub>** (Saturazione di Ossigeno ematico);

- 6) a giudizio dell'infermiere, per il comfort del paziente e a fini puramente sintomatici (*ma deve esserne considerata la potenziale pericolosità*), può essere somministrata loperamide (lopermid, dissenten, imodium, diarstop, ecc.) 2 cp in un'unica somministrazione ed a seguire una compressa dopo ogni scarica. Superate le cinque compresse il paziente deve essere valutato dal medico;
- 7) se il paziente non assume la quantità prescritta di liquidi per os (almeno 2 litri ogni 24 ore) l'infermiere deve chiamare il medico per iniziare terapia endovenosa con elettrolitica III endovena 40-50 ml/kg/die (più le perdite).

**In presenza di semafori rossi:**

- 1) non somministrare farmaci antidiarroidici;
- 2) chiamare il medico di riferimento (medico responsabile del reparto o, se assente, il medico di guardia).

## PROCEDURA DI IGIENE INTIMA PER PAZIENTE CON DIARREA

**Rischio della procedura:  
contaminazione fecale della vagina e dell'uretra**

1. Procurare tutto il materiale necessario per la procedura sistemandolo nei pressi del paziente (telo monouso, guanti monouso, manopole monouso, bricco con acqua tiepida, asciugamani, sacchetto nero per smaltire i rifiuti, ricambio di biancheria o pannolone).
2. Se sono previsti accertamenti diagnostici sulle feci (es. coprocultura, esame chimico fisico delle feci, SOF), preparare una provetta ed effettuare la procedura.
3. Creare un ambiente adeguato (temperatura e privacy) ed informare il paziente in merito a ciò che ci si accinge ad effettuare. È utile richiedere esplicitamente la collaborazione del paziente alla manovra.
4. Rimuovere le feci con la manopola: si procede rimuovendo inizialmente il materiale fecale dalla regione vaginale (dall'avanti all'indietro) e solo successivamente dall'ano.
5. Detergere accuratamente e lavare con acqua saponata, sciacquare ed asciugare per compressione e non mediante manovre di sfregamento.
6. Applicare la crema protettiva all'ossido di zinco (ad esempio decortil).
7. Rivestire il paziente.
8. Eliminare il materiale utilizzando l'apposito sacco nero o halipac (vedi procedura semaforo rosso).

L'équipe deciderà in merito alla:

- richiesta di esami ematochimici: (emocromo completo, elettroliti sierici, funzionalità renale, feci per sangue occulto, coprocultura, compresa ricerca tossina clostridium difficile);
  - somministrazione di terapia antibiotica orale (ad esempio ciprofloxacina 500 mg × 2 die, ofloxacina 400 mg die o norfloxacina 400 mg × 2 die, trimetoprim-sulfametossazolo × 2 die, doxiciclina 100 mg × 2 die);
- 3) eliminare il pannolone e/o le feci secondo la procedura dei rifiuti ospedalieri speciali (tramite halipac).

## BIBLIOGRAFIA

- Bauer TM, Lalvani A, Fehrenbach J, Steffen I, Aponte JJ, Segovia R, Vila J, Philippczik G, Steinbrückner B, Frei R, Bowler I, Kist M. Derivation and validation of guidelines for stool cultures for enteropathogenic bacteria other than Clostridium difficile in hospitalized adults. JAMA 2001; 285 (3): 313-9.
- Beers MH, Berkow R. The Merck manual of geriatrics, Edizione italiana Medicom, Milano 2000.
- Bennet RG, Greenough WB III. Diarrhea in the elderly. In: Hazzard WR, Blass JA, Ettinger WH Jr, Halter JB, Ouslander JG. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, McGraw Hill, New York 1999: 1507-17.
- Boyle RJ, Robins-Browne RM, Tang ML. Probiotic use in clinical practice: what are the risks? Am J Clin Nutr 2006; 83 (6):1256-64.
- Lew JF, Glass RI, Gangarosa RE, Cohen IP, Bern C, Moe CL. Diarrheal deaths in the United States, 1979 through 1987. JAMA 1991; 265 (24): 3280-4.
- McQuaid KR. Alimentary tract. In: Tierney L, McPhee S, Papadakis M. Current medical diagnosis and treatment, McGraw Hill, New York 2002: 613-5.
- Miselli M. Va rivisto il giudizio sui fermenti lattici? Informazione sui farmaci 1997; 21: 5.
- Rose Burton D. Fisiologia clinica dell'equilibrio acido-base e dei disordini elettrolitici. McGraw Hill Libri Italia, Milano 1995.
- Water sugar and salt (editorial). Lancet 1978; 2 (8084): 300-1.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Alam Nur H, Yunus M, Faruque AS, Gyr N, Sattar S, Parvin S, Ahmed JU, Salam MA, Sack DA. Symptomatic hyponatremia during treatment of dehydrating diarrheal disease with reduced osmolarity oral rehydration solution. JAMA 2006; 296 (5): 567-73.
- Avery ME, Snyder JD. Oral Therapy for acute diarrhea. The underused simple solution. N Engl J Med 1990; 323 (13): 891-4.
- Miselli M. Soluzioni idroelettrolitiche orali nella diarrea. Informazione sui farmaci 1994; 18 (3): 139-142.
- Thielman NM, Guerrant RL. Clinical Practice. Acute infectious diarrhea. N Engl J Med 2004; 350 (1): 38-47.

## I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer: cosa è cambiato?

Concetta M. Vaccaro

Responsabile Welfare Fondazione Censis e Direttore della ricerca

**L**a nuova indagine sui costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer, realizzata dal Censis su un campione di 401 caregiver<sup>1</sup> distribuito sul territorio nazionale, a sette anni da "La mente rubata" (Censis, 1999), di nuovo in collaborazione con l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (AIMA), restituisce un quadro complesso della situazione dei malati di Alzheimer e dei loro caregiver, in cui sono presenti importanti novità ma anche molte, forse troppe, conferme.

Il primo risultato che la nuova indagine ci restituisce conferma che la famiglia è ancora totalmente e globalmente coinvolta nella cura, nella tutela e nell'assistenza al proprio malato. Questo coinvolgimento familiare, che rimane il tratto essenziale del modello di intervento per far fronte alle molteplici e complesse esigenze del malato di Alzheimer è, per molti versi, una scelta, ribadita dalla stragrande maggioranza dei caregiver intervistati, convinti che la casa debba essere il luogo deputato all'assistenza, dove il paziente deve rimanere il più a lungo possibile e può ottenere le cure migliori. L'87,5% del campione non è d'accordo sull'ipotesi di un ricovero definitivo per il malato: di fatto è la stessa famiglia che si pone autonomamente al centro del sistema di assistenza. La presenza di una patologia così progressivamente e profondamente invalidante, con tali e tante esigenze assistenziali, mentre rende la famiglia progressivamente ed efficacemente "esperta" diviene, nello stesso tempo, un elemento dirompente all'interno della stessa che può, in qualche modo, a sua

volta "ammalarsi perché schiacciata dal peso di un impegno anche psicologicamente pesante, coinvolta su tutti gli aspetti di cura ed assistenza ed in grado di contare su un sostegno dei servizi spesso estremamente limitato, sempre a rischio di precipitare in situazioni di impoverimento ed isolamento sociale.

La seconda conferma è che la diagnosi di Alzheimer è ancora una diagnosi difficile. Nonostante i percorsi per il suo ottenimento abbiano subito dal 1999 modificazioni importanti, soprattutto dovute all'istituzione delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) (che hanno diagnosticato la malattia alla quota più elevata dell'attuale campione (41,1%), mentre per il 37,9% è intervenuto uno specialista pubblico, prevalentemente un neurologo nel 22,2% dei casi), l'intervallo di tempo tra la comparsa dei primi sintomi e la diagnosi rimane bloccato sui 2,5 anni di media.

Anche i problemi legati al suo ottenimento sono in larga parte confermati, (45,6% del campione), con il prevalere della tendenza a confondere l'esordio della malattia con l'invecchiamento (44,8%) o la depressione (28,4%), soprattutto quando gli interlocutori a cui ci si è rivolti non sono stati gli specialisti pubblici e le UVA. Chi sono dunque i caregiver che si trovano a dover far fronte quotidianamente al carico assistenziale imposto dalla malattia?

Sono soprattutto figli (64,1% contro il 25,2% dei coniugi/partner) e donne (il 76,6% di cui 50,1% figlie e 17% mogli) confermando che, nel caso di pazienti uomini ad occuparsi di loro sono soprattutto le mogli

<sup>1</sup> Con il termine caregiver si definisce la persona responsabile della cura del malato e punto di riferimento prevalente dell'assistenza. Inoltre, il campione è costituito da caregiver che assistono malati non istituzionalizzati e dunque, rispetto alla popolazione delle persone affette da Alzheimer, è presumibile siano sottodimensionati i pazienti allo stadio grave; inoltre si tratta di aderenti all'AIMA che hanno espressamente acconsentito ad essere intervistati, il che fa supporre che si tratti di caregiver tendenzialmente più informati rispetto all'universo; di questi elementi di selezione del campione si deve tener conto nella valutazione dei risultati.

## MATERIALI DI LAVORO

(54,3%), mentre le donne malate vengono seguite soprattutto dalle figlie (60,3%). Si tratta di *caregiver* che si concentrano nella fascia d'età tra i 46 ed i 60 anni (51,6%), impegnati in buona misura in un'attività lavorativa (il 40,7% delle donne ed il 52,1% degli uomini). Inoltre, il 53,9% ha un suo nucleo familiare diverso da quello del paziente ed il 55,9% convive con lui, condizione che rende comunque diffuso il problema del sovraccarico e della conciliazione dei ruoli familiari, di assistenza e lavorativi.

Rispetto all'insieme di conferme fin qui delineate, proprio sul fronte dell'attività di cura ed assistenza familiare emerge un reale elemento di novità.

Una delle più significative variazioni nel modello di assistenza riscontrato tra le due rilevazioni consiste infatti nell'aumentato ricorso alle badanti. Si tratta non solo e non tanto di un incremento numerico<sup>2</sup>, quanto di una vera e propria variazione di modello caratterizzata dalla prevalenza di badanti straniere e conviventi. Il 32,7% dei malati è assistito da badanti straniere (erano il 7,5% nel 1999) che in misura prevalente dormono nella stessa casa del paziente: donne al 95,1% e nell'89% senza titolo professionale specifico, retribuite per l'82,3% con denaro dello stesso malato o del coniuge.

Le badanti rappresentano un innegabile sostegno che sembra produrre, tuttavia, ricadute limitate in termini di riduzione degli oneri assistenziali del *caregiver*, come se il diffuso utilizzo di questa figura professionale (anche in virtù della poca specializzazione) fosse in gran parte destinato più all'espletamento degli oneri domestici, all'affiancamento più che alla sostituzione del *caregiver* nella cura e nell'assistenza del malato.

La loro presenza finisce quindi per determinare una sorta di effetto perverso: l'aiuto parziale che esse garantiscono determina una accentuazione della delega alle famiglie riaffermando, se possibile in modo ancor più marcato, la responsabilità familiare nell'assistenza e nella tutela del malato di Alzheimer.

Responsabilità così accentuate che non possono non avere un impatto significativo su tutti gli aspetti della vita del *caregiver*.

Sono infatti confermate le conseguenze sulla salute del *caregiver*: il 21,9% si ammala più spesso e circa il 20% indica di aver preso farmaci, soprattutto antidepressivi e ansiolitici, a causa delle conseguenze anche psicolo-

giche provocate dall'assistenza, oltre l'87,3% dei *caregiver* afferma di sentirsi spossato ed il 43,1% dichiara di soffrire di depressione.

Poco meno del 50% denuncia cambiamenti nella vita lavorativa, che presentano significative connotazioni di genere, mentre l'impatto psicologico appare fortemente connotato dalla dimensione dell'ambivalenza: viene confermato l'impegno morale nei confronti del proprio congiunto, che è fatto di affetto e di riconoscenza, ma una quota consistente di *caregiver* ammette che la situazione mette alla prova i legami familiari (87%), di sentirsi particolarmente sfortunato (78,3%), di temere l'ereditarietà della malattia (62,3%).

Ciò non meraviglia se si considerano gli elevati livelli di dipendenza che caratterizzano la malattia (nel 63,9% dei casi per il bagno o la doccia, nel 54,4% per vestirsi, nel 57,4% per la toletta personale e nel 49,4% per la continenza) e, più in generale, viene segnalata (dal 74,1%) una grande diffusione di problemi di comportamento (aggressività verbale e i momenti di attività motoria continua soprattutto) a tutti gli stadi della malattia, il che tratteggia con forza la complessità degli oneri assistenziali anche nelle fasi iniziali. Cosa allora può determinare il vero salto di qualità nella condizione del paziente e del *caregiver*?

Sono gli stessi intervistati a dare un'indicazione precisa in questo senso: il miglioramento della propria condizione viene segnalato in misura maggiore da quei *caregiver* che dichiarano di poter contare su un modello di assistenza articolato a più dimensioni, dove al supporto della badante sia affiancato quello della frequenza di uno o più servizi.

Sul fronte dell'offerta, inoltre, va sottolineato che rispetto al "quasi-deserto" rilevato nel 1999 la situazione è per molti versi migliorata grazie alla presenza delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), frequentate dal 66,8% dei pazienti che, per poco meno della metà del campione (47,6%), rappresentano il punto di riferimento unico per il trattamento della malattia consentendo l'accesso ormai gratuito a farmaci specifici per l'Alzheimer come gli inibitori dell'acetilcolinesterasi (AChE), (i pazienti trattati passano dal 52% al 59,9% ma, mentre nel 1999 i farmaci erano a totale carico delle famiglie, il 94,2% li ottiene oggi gratuitamente), la maggiore disponibilità di servizi importanti come i Centri diurni e l'Assistenza domiciliare (usufruisce dei

<sup>2</sup> La presenza della badante è segnalata dal 40,9% del campione contro il 30% circa nel 1999, ma nella valutazione del dato si deve tener conto dell'ampia diffusione del ricorso a badanti non regolarizzate che determina sistematicamente una sottostima di coloro che ne dichiarano la presenza.

primi il 24,9%, a fronte di poco meno dell'8% del 1999, anche se l'81% deve sostenere un costo, e della seconda il 18,5% contro il 6,1%).

Ma si tratta di un quadro solo parzialmente migliorato, con un'assistenza ancora limitata e soprattutto con profonde differenziazioni territoriali che talvolta coinvolgono i contenuti stessi del servizio offerto, pur a fronte di un'etichetta apparentemente univoca che impatta solo marginalmente sul sovraccarico assistenziale del caregiver e della famiglia, che si mantiene elevatissimo.

Ecco perché, in merito al modello auspicabile di servizi, l'opzione prevalente (53,3%) è per la rete di servizi, una rete articolata e gratuita su cui poter contare, che dia un peso decisamente maggiore anche all'informazione, una sorta di intervento modulare che mitighi senza sostituire la delega alla famiglia, ma la renda più tollerabile e proficua.

L'analisi svolta sui costi sociali evidenzia, una volta di più, che il peso della assistenza a questa tipologia di malati ricade sostanzialmente sulle spalle dei privati ma non senza conseguenze a carico della collettività in generale che rendono a maggior ragione impellente e necessaria una revisione dei modelli istituzionali ed organizzativi dell'offerta per l'Alzheimer, come per le altre patologie cronico-degenerative, e delle sue forme di finanziamento.

Il *Costo Medio Annuo per Paziente* (CMAP), comprensivo sia dei costi familiari che di quelli a carico della collettività, è risultato pari a poco più di 60.000 euro. In particolare i *costi diretti* (pari a 14.886,89 euro) rappresentano in totale il 25% circa dei costi complessivi con la quota decisamente più consistente (71,4%) a carico della famiglia, mentre risulta a carico del SSN una quota pari al 28,6%. I *costi indiretti*, per definizione a carico della collettività, rappresentano il 75,6% del totale, ed ancora una volta sono ampiamente legati agli oneri di assistenza che pesano sul caregiver, qui monetizzati, che rappresentano quasi il 95% del totale di questa categoria di costi.

Anche il confronto con la precedente stima, per gli

aspetti paragonabili, offre una serie di interessanti spunti.

Considerando l'insieme dei costi diretti a carico delle famiglie rilevati nel 1999, si evidenzia nel 2006 un significativo incremento in valore reale (i valori in lire del 1999 sono stati rivalutati in euro a prezzi 2006) passando dal corrispondente di circa € 6.300 a poco più di € 10.600 ed una lieve riduzione di quelli indiretti.

Di fatto, i dati registrano lo spostamento di una parte dei compiti di assistenza e sorveglianza dal caregiver alla badante che, nel computo dei costi, si traduce in un passaggio dai costi indiretti a quelli diretti con un ulteriore incremento di questi ultimi, legato al maggior accesso a servizi e prestazioni che richiedono un esborso di denaro.

Anche in relazione a tale aspetto, come gli stessi caregiver affermano, il modello di assistenza tutto italiano fondato sulla presenza delle bandanti può essere un modello a termine e comunque a rischio: oggi le bandanti sono poco qualificate ed hanno un costo che è sicuramente destinato ad incrementarsi, nella auspicabile prospettiva di una loro progressiva professionalizzazione, senza contare che già oggi non tutte le famiglie sono in grado di sostenere quest'onere economico.

Inoltre, l'accentuazione della delega alla famiglia che la loro presenza finisce per determinare continua ad avere un costo sociale elevatissimo mentre, perché tale delega possa continuare ad essere posta in modo proficuo in capo alle famiglie, è necessario garantire anche una tutela collettiva dei grandi rischi, è fondamentale che ci sia la disponibilità anche di una rete di servizi e di un sostegno economico perché le famiglie che non vogliono trasferire a terzi la delega possano continuare ad assistere ed a prendersi cura del proprio congiunto nel modo migliore.

## BIBLIOGRAFIA

Censis. La mente rubata. Bisogni e costi sociali della malattia di Alzheimer; F. Angeli, Milano 1999.

# La gestione del rischio di infezioni correlate alle pratiche assistenziali in RSA

## Il caso della Fondazione Santa Maria Ausiliatrice

Adriana Belotti

Fondazione Santa Maria Ausiliatrice, Bergamo

**L**e infezioni ospedaliere sono da anni all'attenzione degli addetti ai lavori per gli alti costi umani ed economici, e la possibilità di prevenzione attraverso l'implementazione di misure di sorveglianza e controllo. Meno noto è il problema delle infezioni nelle strutture residenziali per anziani: negli ultimi anni si è però cominciato a parlarne, anche nel nostro paese, in occasione di convegni scientifici e dopo che specifiche indagini, condotte in Friuli ed Emilia Romagna, hanno evidenziato un tasso di prevalenza di infezioni non inferiore a quella osservata negli ospedali.

Numerosi lavori in letteratura confermano che le infezioni, spesso correlate alle pratiche assistenziali, si verificano di frequente in strutture residenziali per anziani e costituiscono, negli Stati Uniti, la principale causa di morbosità, di ricovero in ospedale e di mortalità. Il dato non deve stupire se si considera che queste strutture ospitano una popolazione "fragile" ad alto rischio di infezioni.

È opportuno ricordare come i "Centers for Disease Control and Prevention" (CDC) abbiano sostituito il termine "nosocomial infections" con la dizione "health-care-related infections". Anche in Italia si comincia ad abbandonare la dizione di "infezioni nosocomiali" e si parla sempre più spesso di "infezioni legate alle pratiche assistenziali", "infezioni legate alle organizzazioni sanitarie", "infezioni legate alle strutture sanitarie", ricomprendendovi le complicanze infettive per i soggetti assistiti, sia in regime di ricovero che ambulatoriale, presso ospedali, strutture ambulatoriali e strutture socio-assistenziali.

I dati della letteratura indicano che le infezioni endemiche colpiscono più frequentemente il tratto urinario, le vie respiratorie, la cute e i tessuti molli, ma anche il tratto intestinale e le congiuntive.

Rare, invece, diversamente dagli ospedali per acuti, le infezioni della ferita chirurgica. Nelle RSA si possono anche verificare infezioni, in forma di focolai o epidemie, a carico del tratto gastrointestinale, delle vie respiratorie (a eziologia soprattutto virale), della cute (da Stafilococchi, *Streptococcus pyogenes*, ma anche scabbia).

La diagnosi di infezione nei residenti delle RSA si presenta molto più difficile che in ambito ospedaliero per diverse ragioni:

- tipo di popolazione assistita: le manifestazioni cliniche delle malattie infettive sono spesso subdole o inesistenti nelle persone molto anziane; la febbre può essere bassa o assente nei residenti in RSA anche in presenza di infezione; il paziente può lamentare i disturbi in ritardo o non esserne capace; i dati clinici possono essere di difficile interpretazione per la presenza di malattie concomitanti e perché la sintomatologia si presenta diversa che nel giovane e nell'adulto;
- il ridotto numero di operatori sanitari: le visite del medico non sono frequenti e la responsabilità della diagnosi di infezione ricade inizialmente sull'infermiere;
- la difficoltà di accedere a indagini di laboratorio o strumentali: la difficoltà ad accedere ad indagini microbiologiche, in particolare, impedisce la somministrazione di terapie antibiotiche mirate, contribuendo

do alla inappropriata di tali terapie segnalata da diversi autori.

Le linee guida e gli standard usati per la diagnosi e la sorveglianza delle infezioni dei pazienti degenti in ospedale possono quindi non essere applicabili o risultare inappropriate per i residenti in RSA.

Pur non numerose, sono oggi disponibili alcune linee guida per la gestione delle infezioni nelle RSA: sulla valutazione della febbre, sulle misure di prevenzione e di controllo delle infezioni, sui criteri per iniziare una terapia antibiotica, sulla definizione di infezioni per la sorveglianza.

In ospedale, di fronte ad una sospetta infezione, è facile e frequente il ricorso alle indagini microbiologiche che possono consentire l'individuazione del patogeno in causa (conferma dell'infezione e diagnosi eziologica), l'avvio di una terapia mirata sulla base dell'antibiogramma, la disponibilità di dati epidemiologici e la loro divulgazione (utili per una terapia empirica), la pronta segnalazione di microrganismi "alert", con l'attivazione di misure per prevenirne la diffusione.

Nelle RSA, come sopraddetto, gli accertamenti microbiologici non sempre sono possibili e pertanto diventa essenziale focalizzare l'attenzione sulla attività di prevenzione.

In generale, comunque, si può affermare che le indagini microbiologiche sono indicate in base alla semplicità/fattibilità di raccolta del materiale, ai costi, al miglioramento atteso nella gestione del malato (se i risultati del test non portano a modificare le decisioni cliniche e/o le strategie terapeutiche ci sono scarse giustificazioni della prescrizione di esami di laboratorio).

Nonostante le difficoltà citate diventa ormai indispensabile per le RSA affrontare in modo significativo il problema delle infezioni.

Nel caso descritto in questo elaborato la scintilla d'avvio è riconducibile allo slogan di seguito riportato: *"Da un evento avverso spesso nascono proposte e idee che si possono concretizzare in azioni migliorative quando vi è univocità di intenti e caparbietà nel raggiungerli"*.

Proprio a seguito di un evento avverso (tossinfezione alimentare) nella Fondazione Casa di Ricovero Santa Maria Ausiliatrice di Bergamo è nato il progetto denominato "programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali".

Il Progetto, realizzato con la collaborazione della Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università

degli Studi di Udine, con l'unità Operativa di Microbiologia dell'Azienda Ospedaliera di Bergamo, e successivamente con l'Azienda Sanitaria Locale di Bergamo, si è posto come obiettivo principale di fornire una prima dimensione del fenomeno rischio infettivo nelle RSA della provincia di Bergamo ed evidenziare le aree a maggior criticità per poter poi implementare in modo più specifico ed appropriato il sistema di sorveglianza da attuare.

In questo elaborato si andranno ad evidenziare tutte le fasi progettuali, soffermandosi in modo particolare sull'elaborazione dei risultati forniti dai dati raccolti per poter, successivamente, identificare delle strategie da implementare nelle realtà assistenziali.

## LE FASI PROGETTUALI

1) **Analisi del contesto:** alcuni ricercatori della Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Udine, con alcuni operatori dell'unità Operativa di Microbiologia dell'Azienda Ospedaliera di Bergamo, e con il contributo della Direzione Sanitaria e Infermieristica della Fondazione, hanno svolto più sopraluoghi in RSA per evidenziare il contesto di riferimento inteso come struttura (unità operative), pazienti (tipologia), personale (numero, qualifiche, formazione permanente), processi assistenziali (protocolli/ procedure, documentazione sanitaria e schede di valutazione, utilizzo disinfettanti, gestione dei rifiuti, sanificazione ambientale, processo di sterilizzazione, percorsi sporco/pulito e gestione lavanderia, gestione dei servizio pasti, sorveglianza dell'acqua potabile).

2) **Analisi delle criticità e proposte operative:** al termine dei sopraluoghi si è redatta una relazione finalizzata ad evidenziare le possibili criticità, anche se la situazione generale è apparsa correttamente impostata. Nello specifico si è richiesto un maggior coinvolgimento della direzione dell'Ente nel definire una politica aziendale centrata sul controllo del rischio infettivo (strategie, risorse assegnate, politica di incentivazione per il personale, formazione) e una rivalutazione di alcune procedure particolarmente soggette a rischio (sterilizzazione, ristorazione, percorsi, utilizzo dei disinfettanti, isolamento funzionale dei pazienti infetti).

3) **Progetto di sorveglianza:** il progetto di sorveglianza ha previsto un percorso completo che va dalla fase di formazione del personale operante nella struttura, alla supervisione dello studio di sorveglianza con "tutor" in sede, all'elaborazione dei dati di prevalenza con produzione dei "report" relativi ai risultati di studio.

## STUDIO DI PREVALENZA

1) **Obiettivo principale:** definire la prevalenza delle tipologie di ICPA più frequenti all'interno della struttura.

2) **Obiettivi secondari:** sorvegliare le procedure assistenziali al fine di identificare comportamenti non corretti e migliorabili; stimare il rischio infettivo associato alle procedure assistenziali; stimare la prevalenza dei pazienti esposti alle procedure invasive/assistenziali; valutare l'utilizzo di antibiotici; valutare la completezza della documentazione sanitaria; creare un sistema di indicatori sentinella.

3) **Disegno dello studio:** nelle unità di degenza il carattere di puntualità dell'indagine è stato garantito dal fatto che in uno stesso reparto l'indagine si è completata nell'arco di un solo giorno; hanno partecipato allo studio tutti i reparti della struttura. L'indagine di prevalenza è stata preceduta da un corso di formazione rivolto agli operatori, riguardante la metodologia degli studi epidemiologici e le procedure dello studio, al fine di garantire la corretta rilevazione dei dati da parte dei rilevatori; la popolazione in studio è stata rappresentata da tutti i pazienti ricoverati da almeno 48 ore; sono stati utilizzati i criteri della "America Practioner Infection Control" per la definizione di caso.

4) **Ampliamento del disegno dello studio:** l'Azienda Sanitaria Locale di Bergamo, messa a conoscenza del progetto di studio, ha deciso di coinvolgere anche altre RSA della provincia; lo studio, pertanto, è stato realizzato in 14 RSA.

5) **Formazione del personale:** si sono realizzate tre edizioni formative che hanno visto la partecipazione di 26 medici, 83 infermieri, 24 terapisti e 14 OSS.

6) **Lo studio di prevalenza,** che ha visto coinvolte 14 RSA della provincia Bergamo, si è svolto nella settimana

dal 6 al 12 giugno 2005. Ogni RSA ha svolto l'indagine in un giorno definito. Durante lo svolgimento dell'indagine è stato a disposizione dei rilevatori un supervisore della cattedra di Igiene dell'Università degli Studi di Udine. Il protocollo adottato per lo studio di prevalenza è di seguito riportato.

\* \* \*

## INDAGINE DI PREVALENZA PROTOCOLLO OPERATIVO

Questo protocollo deve essere applicato ad **ogni paziente** ricoverato presso la RSA. Se un paziente ricoverato è momentaneamente fuori sede per qualsiasi motivazione (ad esempio per indagine diagnostica) la scheda di rilevazione verrà compilata al suo rientro in RSA.

### I. Valutare se (criteri di esclusione):

- il paziente è entrato in RSA da meno di 48 ore;
- il paziente è in dimissione nella giornata della rilevazione;
- il paziente è deceduto nella giornata della rilevazione.

Se il paziente risponde ad uno di tali criteri, verrà escluso dallo studio e, quindi, non verrà compilata la scheda di rilevazione.

### II. Facendo riferimento a:

- diario medico;
- diario infermieristico;
- grafiche;
- quaderno delle terapie;
- eventuale altra documentazione a disposizione relativa sia al **giorno della rilevazione** che alle **24 ore precedenti il giorno della rilevazione**, compilare accuratamente i **fogli A, B, C1 e C2** della scheda facendo attenzione a non tralasciare nessuna informazione.

III. Se nel giorno della rilevazione o nel giorno precedente sono stati eseguiti sul paziente esami strumentali o microbiologici, molto probabilmente il referto di tali indagini non sarà ancora disponibile al momento della compilazione della scheda. In tal caso l'operatore indicherà correttamente sul  **foglio B** della scheda l'indagine svolta, quindi si preoccuperà di creare un promemoria di tutti i referti mancanti affinché, una volta pervenuti, possano essere comunicati all'incaricato dell'ASL.

## INDAGINE DI PREVALENZA RSA n.

### Foglio A

Data di rilevazione \_\_\_\_\_

## GENERALITÀ

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Sesso:  Maschio  Femmina

Data di nascita \_\_\_\_\_

Data ingresso in struttura \_\_\_\_\_

Provenienza  Domicilio  Ospedale  Altra struttura socio-sanitaria

Ricovero in ospedale negli ultimi 6 mesi  Sì  No

Se sì Data di dimissione \_\_\_\_\_

## PATOLOGIE CHE PREDISPONGONO AL RISCHIO DI INFEZIONE

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco               | <input type="checkbox"/> Demenza                          |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia       | <input type="checkbox"/> Vasculopatia periferica         | <input type="checkbox"/> Altra patologia neurologica      |
| <input type="checkbox"/> BPCO            | <input type="checkbox"/> Ulcere vascolari arti inferiori | <input type="checkbox"/> Patologia neurologica periferica |

## VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL PAZIENTE

Punteggio Barthel \_\_\_\_\_

Punteggio MMS \_\_\_\_\_

## GESTIONE DEL PANNOLONE

Presenza del pannolone  Sì  No

Caratteristiche  Uso costante nelle 24 ore  
 Uso notturno

## PRESIDIO ANTIDECUBITO

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presidio antidecubito letto   | <input type="checkbox"/> Presidio antidecubito per poltrona |
| <input type="checkbox"/> Programmazione cambio postura | <input type="checkbox"/> Medicazione il giorno dello studio |



INDAGINE DI PREVALENZA

Foglio B

DISPOSITIVI MEDICI / PROCEDURE

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ago cannula                | <input type="checkbox"/> Tracheostomia          |
| <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale   | <input type="checkbox"/> PEG                    |
| <input type="checkbox"/> Catetere venoso periferico | <input type="checkbox"/> Altra stomia           |
| <input type="checkbox"/> Catetere vescicale         | <input type="checkbox"/> Sondino nasogastrico   |
| <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia            | <input type="checkbox"/> Ventilazione assistita |

TERAPIE ANTIMICROBICHE (antibiotici, antimicotici, antivirali)

- |                      |                         |                                 |                                    |
|----------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Antibiotico 1 _____  | via di somministrazione | <input type="checkbox"/> topico | <input type="checkbox"/> sistemico |
| Antibiotico 2 _____  | via di somministrazione | <input type="checkbox"/> topico | <input type="checkbox"/> sistemico |
| Antibiotico 3 _____  | via di somministrazione | <input type="checkbox"/> topico | <input type="checkbox"/> sistemico |
| Antimicotico 1 _____ | via di somministrazione | <input type="checkbox"/> topico | <input type="checkbox"/> sistemico |
| Antimicotico 2 _____ | via di somministrazione | <input type="checkbox"/> topico | <input type="checkbox"/> sistemico |
| Antivirale 1 _____   | via di somministrazione | <input type="checkbox"/> topico | <input type="checkbox"/> sistemico |

ESAMI DI LABORATORIO E STRUMENTALI

- |                            |   |                                 |
|----------------------------|---|---------------------------------|
| Emocoltura                 | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | agente isolato _____ data _____ |
| Urinocoltura               | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | agente isolato _____ data _____ |
| Coprocoltura               | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | agente isolato _____ data _____ |
| Esame escreato             | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | agente isolato _____ data _____ |
| Esame essudato / trasudato | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | agente isolato _____ data _____ |
| Rx torace                  | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | agente isolato _____ data _____ |

PRESENZA DI LESIONI DA DECUBITO

Data insorgenza prima lesione \_\_\_\_\_

Sede

- Sacro
- Trocantere
- Tallone
- Malleolo
- Scapole
- Altra sede

**Foglio C/1****SCHEDA INFEZIONE**

**È stata rilevata la T° corporea nelle 24 ore precedenti?**  Sì  No  
 Se sì, registrare la T° più alta registrata \_\_\_\_\_

**Vi è stato, nelle 24 ore precedenti, un deterioramento delle funzionalità?**  Sì  No  
 (stato confusionale, cadute, diminuita collaborazione, deterioramento capacità motoria)

**INFEZIONE DELLE VIE URINARIE**

Residente con catetere vescicale (presenza di almeno **due** segni e/o sintomi)

Residente senza catetere vescicale (presenza di almeno **tre** segni e/o sintomi)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ o brividi/freddo | <input type="checkbox"/> Cambiamento caratteristiche urina      |
| <input type="checkbox"/> Pollachiuria, disuria, stranguria                 | <input type="checkbox"/> Tensione sovrapubica /dolore al fianco |
| <input type="checkbox"/> Peggioramento dello stato mentale o funzionale    |   |

**INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE (sdr. da freddo, faringite)**

Presenza di almeno **due** dei seguenti segni o sintomi

- Rinorrea acquosa o starnuto
- Congestione nasale
- Tosse secca
- Linfadenopatia cervicale
- Raucedine, difficoltà a deglutire, gola irritata.

**POLMONITE**

**Entrambi** i criteri devono essere presenti

- Radiografia del torace che dimostra presenza polmonite, polmonite probabile, o di nuovo infiltrato
- Presenza di almeno tre dei segni/sintomi descritti in "altre infezioni delle vie respiratorie"

**ALTRE INFEZIONE DELLE VIE REPIRATORIE (bronchiti, tracheobronchiti)**

Presenza di almeno **tre** dei seguenti segni/sintomi

- Insorgenza o aumento tosse
- Dolore toracico
- Nuova o aumentata obiettività toracica
- Febbre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Nuova o aumentata produzione di espettorato
- Uno dei seguenti segni/sintomi (rantoli, ronchi, sibili, respiro bronchiale, affanno, frequenza respiratoria > 25 atti al minuto, peggioramento dello stato mentale o funzionale)

**Foglio C/2**

**SCHEMA INFEZIONE**

**INFLUENZA E SINDROMI INFLUENZALI**

**Entrambi** i criteri devono essere presenti

- Febbre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Almeno **tre** dei seguenti segni/sintomi (cefalea, dolore oculare di recente insorgenza, mialgie, perdita appetito, aumento o nuova insorgenza di tosse secca, malessere o perdita appetito, mal di gola)

**CONGIUNTIVITE\*** Escludere che i sintomi siano dovuti ad allergia o a trauma

Almeno **uno** dei seguenti criteri

- Secrezione purulenta in uno od entrambi gli occhi da almeno 24 ore
- Dolore oculare o arrossamento o prurito da almeno 24 ore

**INFEZIONI CUTE** (infezione dei tessuti molli, infezione della ferita, cellulite)

Almeno **uno** dei seguenti criteri

- Secrezione purulenta da ferita, cute o tessuto molle
- Almeno **quattro** dei seguenti segni/sintomi (febbre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , peggioramento dello stato funzionale, tensione o dolore, calore, rossore, gonfiore, drenaggio sieroso del sito interessato)

**INFEZIONE DELLA BOCCA** (compresa la candidosi orale)

- Diagnosi del medico

**ALTRE INFEZIONI DELLA CUTE**

- Infezione micotica Presenza di **entrambi** i criteri  
Rash maculopapulare e diagnosi di un medico o conferma di laboratorio
- Scabbia Presenza di **entrambi** i criteri  
Manifestazione maculopapulare o rash pruriginoso e diagnosi medica o di laboratorio

**GASTROENTERITI**

Presenza di almeno **uno** dei seguenti criteri

- Almeno due o più episodi di vomito nelle 24 h
- Almeno due o più scariche acquose nelle 24 h
- Due dei seguenti: coprocoltura positiva per Shigella, Salmonella, E. Coli 0157:H7, Campylobacter; o tossina positiva per C. Difficile e almeno un sintomo compatibile con un'infezione del tratto gastrointestinale (nausea, vomito, dolore o tensione addominale)

\* Escludere cause non infettive: farmaci, stress psicologico, test diagnostici.

**INFEZIONE SISTEMICA – (BATTERIEMIA, SEPSI)**

Presenza di almeno **uno** dei seguenti criteri

- Due o più colture del sangue positive per un microrganismo
- Una singola coltura documentata con un microrganismo che non si consideri contaminante e almeno uno dei seguenti: febbre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), nuova ipotermia ( $< 34,5^{\circ}\text{C}$ ), caduta della pressione sistolica  $>$  di 30 mmHg o peggioramento dello stato mentale

RSA.....

Di.....

7) Si è ritenuto di ricercare anche gli enterobatteri produttori di betalattamasi a spettro esteso con l'obiettivo di valutare la frequenza di colonizzazione da batteri produttori di ESBL nelle urine di soggetti portatori di catetere vescicale a permanenza in quanto i ceppi produttori di ESBL sono particolarmente temibili essendo resistenti a tutte le penicilline, alle cefalosporine, anche di terza e quarta generazione, all'aztreonam.

8) Solo nella Fondazione Santa Maria Ausiliatrice e in un'altra RSA si è provveduto a raccogliere tamponi per la ricerca dello *staphylococcus aureus* meticillino resistente (MRSA). Sono stati effettuati n. 233 tamponi sui dipendenti e n. 466 sui pazienti nella Fondazione Santa Maria Ausiliatrice e n. 88 sui pazienti nell'altra RSA con l'obiettivo di valutare la frequenza di colonizzazione nasale da MRSA in quanto i ceppi meticillino-resistenti danno infezioni più gravi rispetto a quelli meticillino sensibili; sono resistenti a tutte le penicilline e cefalosporine, e spesso anche ad aminoglicosidi, chinolonici e macrolidi. Le infezioni da ceppi MRSA presentano inoltre una maggior gravità (malattie di più lunga durata e gravate da più alta mortalità). I ceppi MRSA sono trasmessi soprattutto durante le manovre assistenziali, ed è quindi possibile ridurre l'incidenza.

## I DATI EMERSI DALLO STUDIO DI PREVALENZA

Il data entry, realizzato da un unico operatore, è stato effettuato utilizzando il programma EpilInfo 2002. L'analisi statistica è stata condotta con il programma SPSS V.12. La prevalenza è stata calcolata come numero di soggetti infetti (soggetti con almeno un'infezione) sul numero di anziani arruolati nello studio.

Per il confronto tra medie (età, durata della degenza, punteggio Mini Mental State Examination, punteggio Barthel) è stato utilizzato il test di Kruskal Wallis per K campioni indipendenti. Per il confronto tra proporzioni è stato utilizzato il test chi quadro. Il livello di significatività statistica accettato come valido è stato definito a  $p < 0,05$ .

Sono state condotte analisi univariate al fine di evidenziare associazioni tra infezioni e fattori di rischio. Per ciascuna possibile associazione è stato calcolato l'Odds Ratio, con intervalli di confidenza al 95%.

Le variabili che all'analisi univariata hanno evidenziato un'associazione di rischio statisticamente significativo sono state introdotte in un modello di analisi multivariata,

per il quale è stata utilizzata la regressione logistica, al fine di controllare il confondimento tra variabili.

## CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE

Sono stati reclutati complessivamente 1.498 soggetti. Il 73% (1.093/1.498) della popolazione arruolata era di sesso femminile. L'età media è risultata di 82 anni (Deviazione Standard [DS]  $\pm 10,3$ , moda 92, mediana 83) con i maschi (DS  $\pm 11,2$ , moda 76, mediana 77) significativamente più giovani delle femmine (DS  $\pm 10,2$ , moda 92, mediana 85) ( $p < 0,05$ ). La durata media della permanenza è di 4,8 anni (DS 6,1 mediana 3, moda 1). Tra le 14 case di riposo arruolate sono emerse delle differenze statisticamente significative nella distribuzione di età e di durata di permanenza.

## CARATTERISTICHE CLINICO-ASSISTENZIALI

Il punteggio medio della scala Barthel era di 39 (DS  $\pm 33$ , mediana 33 moda 0;) con punteggi significativamente più elevati tra i maschi (media 45, DS  $\pm 53$ , moda 0, mediana 40) rispetto alle femmine (media 36, DS  $\pm 31$ , moda 0, mediana 30) ( $p < 0,05$ ). La media del punteggio MMSE è risultata di 16,3 (DS  $\pm 9$ ; mediana 18; moda = 16) con una differenza statisticamente significativa tra sessi (Maschi: media 18, DS  $\pm 8$ , mediana 20; Femmine: media 15, DS  $\pm 9$ , mediana 16) ( $p < 0,05$ ).

Il 62,3% (934/1.498) dei pazienti aveva un presidio antidecubito: tra questi il 53% (499/934) ne aveva uno da letto e il 46,5% (435/934) uno da poltrona.

Sono risultate patologie di base più frequenti: la demenza nel 52% dei casi (729/1.498), le patologie neurologiche nel 33%, la BPCO nel 27%. Nel 7,2% (108/1.498) dei casi non era stata rilevata alcuna comorbidità; il 55% (837/1.498) dei pazienti presentava più di 2 comorbidità.

Il 77,9% (1.167/1.498) dei pazienti al momento dell'indagine portava il pannolone, di questi il 92% (1.074/1.167) dei casi ne faceva un utilizzo permanente nell'arco delle 24 ore.

Il 9% (138/1.498) della popolazione presentava, nel giorno dell'indagine, almeno un device; in 31 casi (2%) ne presentava 2 ed in 8 casi (0,5%) ne presentava 3. Il 5,1% dei pazienti (77/1.498) era sottoposto a cateterismo delle vie urinarie, il 2,4% (36/1.498) presentava un catetere venoso periferico (CVP), l'1,6% (25/1.498) portava una gastrostomia endoscopica percutanea

## ESPERIENZE

(PEG), infine l'1% (14/1.498) era in ossigenoterapia. Nessun paziente aveva un catetere venoso centrale.

Il 6,9% (104/1.498) dei pazienti nel giorno dello studio era in antibioticoterapia, in 11 casi con più di un antibiotico. Le molecole più frequentemente usate sono il ceftriaxone [20,8% (24/115)], l'amoxicillina-acido clavulanico [9,5% (11/115)], la levofloxacina [8,6% (10/115)] ed il sulfametoxazolo-trimetoprim [7,8% (9/115)].

I pazienti delle 14 case di riposo differiscono significativamente per i punteggi Barthel e MMSE e per la complessità clinica dei pazienti, intesa come numero di patologie di base presenti.

### PREVALENZA DELLE ICPA

Sono state rilevate complessivamente 120 ICPA in 105 pazienti pari ad una prevalenza di infezioni dell'8% (120/1.498) e degli infetti del 7% (105/1.498). Tredici pazienti presentavano infezione doppia e uno presentava infezione tripla. Non c'erano differenze statisticamente significative tra maschi e femmine o per classi di età. Le infezioni più frequentemente riscontrate sono state le bronchiti/tracheo-bronchiti nel 34,3% (36/105) dei casi, seguite dalle infezioni delle alte vie respiratorie nel 21% dei casi (22/105), dalle congiuntiviti nel 17,1% (18/105) e dalle infezioni delle vie urinarie nel 16,2% (17/105).

L'analisi univariata dei fattori di rischio correlati allo sviluppo di ICPA evidenzia come significativamente associati:

- il punteggio Barthel < 79;
- l'incontinenza;
- la presenza di BPCO;
- il deterioramento della funzionalità definito sulla base del giudizio clinico del medico;
- la presenza di almeno un presidio antidecubito;
- la presenza di almeno un device.

L'analisi multivariata ha poi confermato come fattori di rischio statisticamente associati allo sviluppo di infezione:

- la presenza di almeno un presidio antidecubito;
- la presenza di BPCO;
- l'improvviso deterioramento delle funzionalità;
- la presenza di almeno un devices.

### PREVALENZA CEPPI ESBL

Il campionamento delle urine è stato fatto solo su pazienti portatori di catetere vescicale a permanenza (>

24 ore). Dai 78 pazienti con catetere, sono stati identificati 39 (50%) campioni con presenza di ceppi ESBL produttori. Di questi il 39% (15/39) era rappresentato da *E. Coli* e il 33,3% (13/39) da *Proteus Mirabilis*. Dei 39 pazienti con presenza di ceppi ESBL produttori, 3 avevano un trattamento antibiotico in corso rispettivamente con amoxicillina/clavulanato, mupirocina e cefonicid.

### DATI EMERSI DALLO STUDIO DI PREVALENZA NELLA FONDAZIONE SANTA MARIA AUSILIATRICE

Sono stati reclutati complessivamente 465 soggetti, con età media di 79,9 anni (moda 82, mediana 82, DS  $\pm$  11,5). Sono state rilevate complessivamente 22 infezioni nosocomiali in 21 pazienti, pari ad una prevalenza rispettivamente del 4,7% (22/465) e del 4,5% (21/465). Un paziente presentava infezione doppia.

Le infezioni riscontrate sono state:

- 7 infezioni delle vie urinarie [1,5% (7/465)];
- 7 bronchiti/tracheobronchiti [1,5% (7/465)];
- 3 congiuntiviti [0,6% (3/465)];
- 1 polmonite [0,2% (1/465)];
- 1 infezione della cute [0,2% (1/465)];
- 1 infezione della bocca [0,2% (1/465)];
- 1 infezione micotica/scabbia [0,2% (1/465)].

L'8,4% (39/465) dei pazienti era in antibioticoterapia.

La prevalenza di *S. Aureus* resistente alla meticillina (MRSA) tra tutti i pazienti della struttura residenziale era dell'8,4% (39/465).

Tra i pazienti cateterizzati sono stati isolati 15 ceppi di microrganismi produttori di ESBL (6 *E. Coli*, 5 *P. Mirabilis*, 3 *C. Koseri* ed 1 *P. Stuartii*).

La prevalenza dello *Staphylococcus Aureus* Meticillino-Resistente (MRSA) tra i dipendenti della Fondazione Santa Maria Ausiliatrice è stimata essere il 6,5% (15/232).

### COMMENTI AI RISULTATI

L'obiettivo principale dello studio è stato quello di dare una prima dimensione al problema delle infezioni correlate a pratiche assistenziali all'interno delle strutture per anziani, così da avere un primo dato rispetto al quale confrontarsi per decidere azioni future di prevenzione e di monitoraggio. La scelta dell'indagine di prevalenza ha il vantaggio di essere rapida ed economica in quanto non necessita di particolari risorse aggiuntive, soprattutto in termini di personale coinvolto nello stu-

dio. L'indagine di prevalenza tuttavia è caratterizzata anche da alcuni svantaggi: primo tra tutti quello di permettere un'osservazione del fenomeno estremamente limitata nel tempo e una minore possibilità di inferenza rispetto ai fattori di rischio.

Per ridurre la variabilità tra rilevatori, lo studio è stato preceduto da una fase di formazione specifica ed estesa a tutto il personale operante nelle strutture. Il corso, oltre ad una parte di didattica frontale, ha previsto anche delle esercitazioni con simulazione di casi clinici e discussione dal punto di vista operativo della scheda di raccolta dati.

Per la valutazione clinico-assistenziale dei pazienti sono state utilizzate le scale Barthel e il Mini Mental State Examination; entrambe sono parte integrante di un sistema di valutazione regionale definito "Scheda SO-SIA" che permette la registrazione amministrativa, e non dei pazienti, all'interno delle strutture residenziali lombarde.

L'assistenza ad anziani per condizioni patologiche acute o croniche, in passato prerogativa degli ospedali, si è profondamente modificata con la nascita di nuovi luoghi di cura che comprendono strutture riabilitative, residenze sanitarie assistite, case protette, centri diurni, day hospital, ambulatori, assistenza domiciliare integrata.

Nella realtà italiana è difficile dare una definizione uniforme per ogni singola tipologia di struttura in quanto c'è una specificità legata al contesto regionale. All'interno di queste realtà il livello di cura prestato, nonché l'assistenza infermieristica erogata, è molto diverso in relazione alla variabilità del carico assistenziale.

Nello specifico le Case di riposo e le Residenze Polifunzionali rappresentano quelle strutture che, analogamen-

te alle "Nursing Home", erogano assistenza riabilitativa e psichiatrica per lungodegenti, ed hanno ricoveri maggiormente improntati al carattere della residenzialità, provvedendo a fornire cure infermieristiche, mediche e socio assistenziali ad una popolazione di residenti tipicamente geriatrica.

Le strutture residenziali della provincia di Bergamo partecipanti allo studio possono essere considerate più affini alle realtà delle "nursing home", o case di riposo, in base alla tipologia ed alla complessità del case mix, all'intensività delle cure erogate ed ai tempi medi di degenza dei pazienti ospitati.

Le caratteristiche demografiche dei pazienti studiati sono confrontabili con gli studi svolti in precedenza in Italia: i pazienti appartengono più frequentemente al sesso femminile, sono molto anziani, circa il 30% ha un'età superiore o uguale a 90 anni e provengono per lo più dal domicilio o da altre strutture socio-sanitarie.

I maschi, rispetto alle donne, sono più giovani, pur avendo delle degenze medie più lunghe e caratteristiche clinico assistenziali (scala Barthel) più compromesse.

I tempi medi di permanenza di quasi 5 anni confermano la netta impronta socio-assistenziale, piuttosto che sanitaria, delle residenze studiate.

La preponderanza dell'aspetto residenziale nell'assistenza fornita è, comunque, conseguenza dell'elevata complessità dei pazienti in quanto: essi hanno una capacità motoria e uno stato cognitivo significativamente compromessi; hanno almeno una patologia di base che, nella maggior parte dei casi, è la demenza; tra le comorbosità compaiono le BPCO ed il diabete.

Lo studio condotto ha stimato una prevalenza di infezioni pari all'8%. La Tabella 1 pone a confronto i ri-

**Tabella 1** - Confronto tra la prevalenza di infezioni rilevata nello studio di Bergamo e la prevalenza rilevata dagli altri studi.

Tipologia di infezione	Bergamo (n = 1.498)		Emilia Romagna (n = 1.926)		Norvegia (n = 12.883)	
	N	(%)	N	%	N	%
Infezione vie urinarie	17	(1,1)	29	(1,5)	369	(2,9)
Congiuntivite	18	(1,2)	34	(1,7)	108	(0,8)
Infezione basse vie respiratorie	37	(2,5)	56	(2,9)	98	(0,8)
Infezione alte vie respiratorie	22	(1,5)	29	(1,5)	11	(0,1)
Infezione cute	11	(0,7)	60	(3,1)	186	(1,4)
Gastroenterite	8	(0,5)	7	(0,4)	9	(0,1)
Infezione ematica	0		0		2	(0,0)
Altre infezioni	7	(0,4)	4	(0,2)	16	(0,1)
Totale	120	8,0	219	11,3	799	6,2

## ESPERIENZE

sultati con studi analoghi prodotti in Emilia Romagna e Norvegia rispettivamente nel 2003 e nel 1999.

Sebbene le infezioni delle basse vie respiratorie siano le più frequenti, va segnalato che questo dato è in parte collegato ad un periodo dell'anno in cui non era presente la circolazione del virus influenzale; questo ha una ricaduta anche sulla frequenza delle polmoniti che, molto spesso, sono una complicanza delle sindromi influenzali negli anziani.

Tra i fattori di rischio emersi dall'analisi multivariata, oltre a quelli precedentemente citati (BPCO e presenza di un devices), compaiono anche il deterioramento della funzionalità (stato confusionale, cadute, diminuita collaborazione, deterioramento capacità motoria) e la presenza di almeno un presidio antidecubito.

Questo è un dato estremamente interessante perché permette di definire degli ambiti di intervento assolutamente specifici per questo tipo di pazienti e quindi di tarare i programmi di controllo indirizzando le azioni di sorveglianza su procedure assistenziali specifiche con possibilità concrete di ottenere dei risultati.

Un altro importante spunto di riflessione è dato dalla valutazione del parametro febbre. Nel nostro studio il 60% (909/1498) dei pazienti aveva una misurazione della temperatura ascellare nel giorno dello studio e, di questi, solamente 54 soggetti (0,1%) avevano una temperatura  $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ .

I protocolli assistenziali all'interno delle strutture studiate non prevedono la rilevazione della temperatura con frequenza quotidiana ma la limitano ai casi in cui gli operatori lo ritengano necessario in base al sospetto clinico. L'indisponibilità di questo parametro potrebbe inficiare la sensibilità del sistema, essendo la febbre un criterio trasversale a tutte le definizioni di caso. In realtà la complessa condizione della popolazione presa in esame si accompagna ad una implicita domanda di assistenza che permette all'operatore sanitario di verificare lo stato del paziente almeno 3 volte nell'arco delle 24 ore, ed in questo modo un rialzo febbrile difficilmente sfugge all'operatore esperto.

Il dato di prevalenza emerso dallo studio (50%) relativo ai microrganismi produttori di ESBL va considerato in un contesto che verosimilmente ha alcuni limiti metodologici. Il dato di prevalenza rappresenta la prima esperienza in tal senso svolta in Italia e, quindi, non è stato possibile fare un confronto metodologico con indagini svolte in un contesto simile.

In letteratura la prevalenza dell'uso degli antibiotici è cir-

ca dell'8%; lo studio di prevalenza norvegese ha indicato una prevalenza del 7%; nel nostro studio la prevalenza dell'uso degli antibiotici nel giorno dello studio è stata complessivamente del 6,9%, allineata quindi con i dati norvegesi. Tra le molecole più usate emergono il ceftriaxone (nel 20% dei casi), seguito dall'amoxicillina clavulanato. Il problema degli antibiotici all'interno di queste strutture, oltre alla frequenza d'uso, è legato all'appropriatezza della prescrizione. Spesso, infatti, la terapia antibiotica viene iniziata senza un dato microbiologico che confermi l'eziologia o le resistenze del microrganismo. Questo è legato alla organizzazione funzionale delle strutture che, non avendo laboratori in loco, devono gravitare su centri ospedalieri di riferimento. Il tutto spesso si traduce in una minor prescrizione di esami o, comunque, con tempi di acquisizione dei referti che spingono il medico a iniziare terapie empiriche immediate.

### CONSIDERAZIONI SUI DATI EMERSI DALLO STUDIO DI PREVALENZA NELLA FONDAZIONE SANTA MARIA AUSILIATRICE

Nella Fondazione Santa Maria Ausiliatrice si evidenzia un "pattern" di infezioni sovrapponibili al quadro della popolazione generale. Si auspica, pertanto, una sorveglianza continua del rischio infettivo, ed una valutazione delle procedure assistenziali interne, anche rispetto alla loro applicazione, ed un'attenzione particolare agli assistiti che rientrano in specifici profili di rischio (ad esempio i pazienti portatori di device).

Per quanto concerne il personale di assistenza ricordiamo che sono stati indagati 233 operatori per la ricerca di MRSA tramite tampone nasale, che di questi 15 (6%) sono risultati positivi e 218 (94) negativi. Il dato ottenuto si colloca al di sotto della percentuale prevista per una popolazione sana in quanto si stima che circa il 25-30% di questa sia portatrice nasale di *Staphylococcus aureus* e che nelle RSA la prevalenza di colonizzazione da MRSA si colloca tra l'8% e il 53%.

Rammentiamo comunque che la trasmissione di MRSA avviene soprattutto attraverso le mani (il personale di assistenza gioca un ruolo decisivo) da persona a persona. La prevenzione si basa quindi sul rispetto rigoroso delle misure igieniche quali il lavaggio delle mani e l'utilizzo dei guanti quando è probabile il contatto con liquidi biologici.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Le infezioni costituiscono una evenienza di frequente osservazione nelle RSA, spesso legate alle pratiche assistenziali e sostenute da batteri resistenti.

Ci sono però forti differenze tra le infezioni contratte in ospedali per acuti e nelle RSA, relative a: popolazione, tipologia delle cure, potenzialità di trasmissione crociata, risorse assegnate, disponibilità di personale medico ed infermieristico, possibilità diagnostiche, strumenti e programmi di prevenzione e controllo, ecc.

Occorre allora sviluppare strategie specifiche per queste strutture. In letteratura si trovano linee guida, "position paper" o raccomandazioni basate su studi specifici effettuati in RSA o mutuati dall'esperienza ospedaliera. Due gli aspetti che meritano attenzione: la prevenzione e controllo delle infezioni nelle RSA e il contenimento delle resistenze antibiotiche.

Un programma di prevenzione e controllo è ben delineato in un "position paper" SHEA/APIC e si basa su:

- una struttura di riferimento e coordinamento, equivalente ai Comitati per le infezioni ospedaliere (CIO), e personale dedicato;
  - un programma di sorveglianza delle infezioni e di pronto riconoscimento di focolai;
  - disponibilità locali, strutture ed attrezzature adeguate;
  - applicazione e controllo delle precauzioni universali;
  - rispetto dell'asepsi e del lavaggio delle mani;
  - adeguata assistenza ai residenti, con particolare attenzione alle misure di prevenzione del rischio infettivo ed alla applicazione di programmi vaccinali;
  - accertamenti sanitari sugli operatori;
  - iniziative di formazione/addestramento del personale.
- L'altro aspetto importante è quello della prevenzione delle resistenze batteriche. Una SHEA "position paper" sull'uso degli antibiotici nelle RSA indica come prioritari:
- includere la promozione del buon uso degli antibiotici tra le priorità del programma di controllo delle infezioni (l'uso inappropriato di antibiotici può vanificare gli sforzi di controllo delle infezioni);
  - conoscere i "pattern" prescrittivi e rilevare le prescrizioni di antibiotici;
  - produrre linee guida che ne favoriscano l'uso giudizioso (necessità di una "sensibilità ecologica" nelle prescrizioni).

Tutte queste raccomandazioni (con le sole eccezioni del lavaggio delle mani e delle vaccinazioni) sono supportate da una moderata evidenza (forza dell'evidenza) e desunte dall'opinione di esperti riconosciuti, dai risultati di studi descrittivi o rapporti di comitati (qualità dell'evidenza).

**Non esiste un solo futuro ma molteplici forme potenziali di futuro. Quale forma di futuro avrà luogo dipende dai piccoli cambiamenti e dalle scelte individuali nell'immediato (R. Stacey)**

Per quanto riguarda la Fondazione Santa Maria Ausiliatrice l'impegno per il futuro si concretizza nell'implementare progetti di miglioramento dell'assistenza volti a:

- rilevare segni e sintomi precoci per la diagnosi di infezione;
- utilizzare criteri standard per fare diagnosi di infezione;
- promuovere la cultura della prevenzione e controllo delle infezioni;
- promuovere politiche per l'uso appropriato di antibiotici.
- nell'aggiornare il modello organizzativo gestionale dell'assistenza per facilitare il cambiamento ove necessario.
- nel promuovere ulteriori studi di sorveglianza delle infezioni e confrontare i dati.

Questo articolo è tratto dalla tesi di laurea specialistica in scienze infermieristiche ed ostetriche di Adriana Belotti (dirigente risorse umane Fondazione Santa Maria Ausiliatrice Bergamo). La Tesi è stata discussa presso l'Università degli Studi di Pavia nel luglio 2006. Il relatore della tesi è stato il Professor Cesare Meloni.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (a cura di) Ospedale sicuro: la gestione del rischio da infezioni correlate a pratiche assistenziali (ICPA), Atti del convegno di Aviano, 2005.
- AA.VV. (a cura di) Le infezioni correlate a pratiche assistenziali in RSA, Atti del convegno di Bergamo, 2006.
- AA.VV. (a cura di) Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere, Volume n. 12, Lauri Edizioni, 2005.
- Azienda Ospedaliera di Bergamo. (a cura di) Sicurezza Lavoro "l'informazione in ambito ospedaliero", Centro Studi OPE, 2004.
- Azienda Sanitaria di Bergamo. (a cura di) Vecchi e grandi Vecchi "bisogni, domanda, offerta", Università degli Studi di Bergamo Edizioni, 2004.
- Brusaferro S. (a cura di) Materiale didattico per il corso sulle infezioni correlate a pratiche assistenziali in RSA, Fondazione Santa Maria Ausiliatrice di Bergamo, 2005.
- Brusaferro S. (a cura di) Risultati dello studio di prevalenza sulle infezioni in RSA, Studio di prevalenza nelle RSA di Bergamo, 2006.
- David L, Heymann MD. (a cura di) Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili "Rapporto ufficiale dell'American Public Health Association 18° edizione", DEA Edizioni, 2004.
- De Phillips F. Le infezioni in ospedale: Sorveglianza, Prevenzione, Controllo, Mediserve Edizioni, 2000.
- Fondazione Santa Maria Ausiliatrice. (a cura di) Protocolli assistenziali ed organizzativi, protocolli in utilizzo presso la Fondazione S.M.A. di Bergamo, 2005.
- Moro ML. Le infezioni Ospedaliere "Prevenzione e Controllo", Centro Scientifico Editore, 1994.
- Regione Lombardia. Famiglia e Solidarietà Sociale. (a cura di) Bilancio sociale attività 2003 e aggiornamento 2004, Regione Lombardia Edizioni, 2004.
- Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. (a cura di) Residenze Sanitarie per anziani, Il Mulino Edizioni, Bologna 2002.



# L'empatia in Edith Stein: la giusta distanza per essere accanto all'altro

Giuliana Maserà

Università degli Studi di Parma

## INTRODUZIONE

**E**dith Stein, filosofa tedesca, attraverso i suoi studi sull'empatia individua nell'atto percettivo di contatto con il mondo esterno dell'*Einfühlung* (empatia), una possibilità che consente, attraverso il suo dispiegarsi, una reciprocità necessaria per cogliere il sentire di chi è diverso da me.

Se l'attività di cura è caratterizzata prioritariamente dall'essere *accanto*, ecco allora che le caratteristiche di questa *vicinanza* e *lontananza* diventano fondamentali nel qualificare la natura e il realizzarsi delle professioni di cura.

## GESTI DI CURA: L'EMPATIA

L'empatia in senso filosofico e psicologico generale si può identificare come una immediata intuizione e partecipazione emotiva agli stati affettivi altrui. Questa definizione, tratta dall'Enciclopedia della filosofia e delle scienze umane (Enciclopedia della Filosofia e delle scienze umane, 1996), si sviluppa pienamente nel lavoro di Carl Rogers (1902-1987), psicanalista americano, ed Abraham Maslow (1900-1970), psicologo statunitense fondatore della psicologia umanistica. Nella sua opera Maslow sottolinea l'importanza dei valori nello sviluppo della personalità, criticando l'impostazione del comportamentismo e della psicoanalisi, ritenuta troppo riduttiva e meccanicistica. Rogers nella sua opera "La terapia centrata sul cliente" sostiene che l'approccio con il cliente debba essere fondato sull'empatia, dove per empatia si intende un rapporto a tu per tu, benevolo e comprensivo, che valorizza la spinta autonoma alla crescita. Nella relazione, secondo Rogers, il

terapeuta deve essere se stesso senza erigere barriere professionali e mettersi maschere: deve rendersi trasparente al cliente in modo che egli possa vedere senza esitazioni ciò che il terapeuta è nella relazione. Si arriva così ad uno stretto abbinamento tra ciò che viene sperimentato a livello fisico, ciò che è presente alla coscienza e ciò che viene espresso al cliente. Il terapeuta deve valorizzare la persona che incontra in modo totale, soprattutto attraverso una comprensione empatica di quanto il cliente sente a livello cosciente, dei suoi sentimenti e dei suoi significati personali. L'empatia, dunque, può essere definita come la capacità di sentire il mondo personale del cliente come se fosse nostro: sentire l'ira, la paura, il turbamento dell'altro come se fossero nostri, senza però aggiungervi la nostra ira, la nostra paura, il nostro turbamento. Grazie all'empatia il terapeuta si sente libero di muoversi liberamente, di esprimere ciò di cui il cliente è conscio, di dare significato a quegli aspetti del cliente di cui il cliente stesso è scarsamente conscio (Rogers, 1994).

Gli studi di Rogers sono stati in seguito ripresi ed approfonditi anche da altre discipline. Nell'ambito dell'Infermieristica, per esempio, Jean Watson, teorica americana, se ne è avvalsa ampiamente per sviluppare un percorso epistemologico in merito alla disciplina infermieristica.

Un saggio recente di Sylvia Määttä, infermiera e ricercatrice svedese, bene approfondisce il tema dell'empatia sviluppato dalla filosofa tedesca Edith Stein, applicandolo all'infermieristica (Määttä, 2006).

Dalla revisione della letteratura, a proposito dell'empatia Määttä evidenzia come il concetto di empatia sia stato introdotto nelle scienze infermieristiche nel 1973, ed abbia trovato successivamente credito nella letteratura psichiatrica. Attraverso ulteriori approfondimenti l'empatia è entrata come parte integrante nell'etica e

nella filosofia della cura ed è stata considerata condizione fondante per la professione infermieristica (Olsen, 1991). Da ulteriori ricerche realizzate in ambito anglosassone si è evidenziato come una cura senza empatia sia considerata meno efficace (Layton, n. 21979).

A questo proposito potrebbe essere interessante uno studio comparativo nella realtà italiana e verificare se anche nei nostri luoghi della cura l'empatia contribuisca a rendere maggiormente efficace l'azione terapeutica.

## L'EMPATIA IN EDITH STEIN, LA GIUSTA DISTANZA PER ESSERE ACCANTO ALL'ALTRO

Edith Stein (1891-1942) nasce a Breslavia ultima di una famiglia numerosa; il padre muore poco dopo la sua nascita; la madre, donna di carattere forte e di grande fede ebrea osservante, rimarrà per la Stein un importante punto di riferimento. Dotata di un'intelligenza vivace, particolarmente attratta dalla letteratura, Edith inizia gli studi universitari nella sua città natale approfondendo le discipline letterarie ed iniziando a frequentare corsi della nascente scienza psicologica.

Inizia in questo periodo la lettura delle Ricerche logiche di Edmond Husserl, professore di filosofia all'Università di Gottinga. Trasferitasi a Gottinga per terminare gli studi universitari, ed affascinata dalla personalità di Husserl, chiede al maestro di farle da relatore per la sua tesi sul tema dell'empatia *Einfühlung*. Con queste parole la Stein descrive la sua tesi:

*Nel suo seminario sulla natura e lo spirito, Husserl aveva parlato del fatto che un mondo esterno oggettivo poteva essere conosciuto solo in modo intersoggettivo, cioè da una maggioranza di individui conoscenti che si trovino tra loro in uno scambio conoscitivo reciproco. Di conseguenza è permessa una esperienza di altri individui. Collegandosi alle opere di Theodor Lipps, Husserl chiamava *Einfühlung* questa esperienza, ma non dichiarava in che cosa consistesse. C'era perciò una lacuna che andava colmata: io volevo ricercare che cosa fosse l'intuizione. Ciò non dispiacque al maestro (Stein, 1992).*

L'empatia sarebbe diventata un argomento chiave per il metodo fenomenologico, ma all'epoca non era stato ancora sviluppato. Il 3 agosto 1916, dopo diverse peripezie, la Stein riesce a discutere la sua tesi sull'empatia ottenendo il titolo di dottore in filosofia. Il rapporto con il maestro non è semplice, e nonostante la Stein riesca a considerarne lucidamente i difetti, l'amicizia e la

venerazione per Husserl resteranno sempre costanti. Nel 1916, a casa di Husserl conosce Martin Heidegger, che diventerà in seguito collaboratore di Husserl.

Il 1° gennaio 1922, dopo una conversione legata in particolare alla lettura della Vita di Santa Teresa di Gesù, viene accolta attraverso il battesimo nella Chiesa Cattolica; il suo principale desiderio è quello di entrare immediatamente in convento seguendo l'insegnamento di Santa Teresa, ma le viene sconsigliato in considerazione della grande influenza che avrebbe potuto esercitare dalla sua posizione di filosofa già conosciuta. Inizia così diverse attività legate all'insegnamento in Istituti Superiori, sviluppando in particolare questioni di pedagogia con specifica attenzione ai temi relativi all'educazione della donna; approfondisce, inoltre, lo studio della dottrina tomistica confrontandola con un approccio fenomenologico. Negli anni '20 la sua attività di ricerca si fa più pressante con conferenze sempre più frequenti ed impegni sempre più coinvolgenti. Nel 1934 entra nel Carmelo di Colonia, dove prende il nome di Teresa Benedetta della Croce. Nel 1938 la situazione in Germania precipita tanto che il Carmelo non offre più alcuna garanzia di sicurezza; si trasferisce così in Olanda, nel Carmelo di Echt, ma anche in questo luogo non riuscirà a sfuggire alle persecuzioni antisemite.

Il 9 agosto del 1942 muore ad Auschwitz insieme alle sorelle.

Il 1° ottobre 1999 Giovanni Paolo II la nomina copatrona d'Europa.

## EMPATIA: DAL RENDERCI CONTO ALLA NASCITA DI SENSO

Attraverso i suoi studi la Stein ricostruisce semanticamente l'empatia per arrivare a definirla fenomenologicamente come unico processo conoscitivo in grado di farci cogliere l'intersoggettività.

La filosofa tedesca pone il problema dell'empatia perché si rende conto che nell'incontro tra esseri umani si scopre l'inconsistenza della soggettività assoluta; il fatto che ci capiti di incontrare emozionalmente e psichicamente l'esistenza di un'altra persona necessita della capacità di non aver bisogno di tutto quello che costituisce una soggettività autonoma da tutto il resto: i pensieri, la volontà, la coscienza e il comunicare attraverso parole banali. Le parole ci nascono proprio nel momento in cui è necessario renderci conto: una pa-

rola chiave dell'empatia, che ci scuote nel momento in cui arriva alla nostra sensibilità, è l'annuncio che un altro o un'altra stanno vivendo qualcosa<sup>1</sup>.

Il "rendersi conto" a cui fa riferimento Edith Stein è l'osservare, l'accorgersi di qualcosa che, "affiorando d'un colpo davanti a me, mi si contrappone come oggetto (come le sofferenze che 'leggo sul viso dell'altro')" (Stein, 1986). Secondo la Stein, dunque, esiste una sequenza, quasi simultanea, in cui l'altro/a e il suo dolore non sono un evento concreto e immediatamente comprensibile, ma si presentano nella forma dell'accadere di una rottura della continuità della mia esperienza.

Quando ci rendiamo conto di questo, incomincia qualcosa che possiamo chiamare nascita del senso o, come lo definisce la filosofa, atto di empatia. Questo percorso ci mostra che l'asse dell'essere si sposta dalla capacità monopolista del pensare al punto mediano di incontro tra i due; come a dire che l'essere ha una struttura relazionale, che c'è essere nel momento in cui l'altro mi propone un suo vissuto, mi costringe a ridefinire ciò che sto vivendo, un atto che forse non compirei se non fossi messo in causa dall'altro.

La declinazione di ogni sentire e di ogni emozione è assolutamente personale, possibilmente unica per ciascuno, il problema pertanto si crea nel momento in cui l'incontro con l'altro mi costringe a ridefinire il mio modo di vivere. Questo lavoro di andata e ritorno quasi incessante costituisce per la Stein l'origine del senso della relazione; il tragitto tra l'uno e l'altro polo della comunicazione decide la capacità di stare sensatamente nella realtà e di ricevere un accrescimento della conoscenza di sé, ma per differenza, e non per somiglianza. Fare esperienza dell'altro, rendersi conto della sua gioia, del suo dolore, costituisce atto indispensabile per qualificare il rapporto troppo spesso impersonale con ciò che incontriamo: l'empatia costituisce l'atto mediante il quale l'essere umano si costituisce attraverso l'esperienza dell'alterità (Dio, l'altra, l'altro, la storia, la società, lo Stato, il corpo vivente) (Boella e Buttarelli, 2000).

Empatia, secondo la Stein, non è però immedesimazione con l'altro. La filosofa respinge totalmente l'assimilazione dell'atto empatico con l'immedesimazione che considera, invece, come Unipatia. Nell'empatia non c'è un noi, ma due che si mantengono distinti soggettiva-

mente e anzi, si costituiscono soggettivamente nella relazione empatica. In questo frammento la Stein chiarisce il significato di empatia:

*Io incontro il dolore direttamente nel luogo in cui è al suo posto, presso l'altro, l'altra che lo prova, magari lo esprime nei tratti del volto o lo comunica in altri modi. Non mi abbandono in lei o in lui né proietto o trasferisco le mie qualità. Empatia è un'esperienza specifica, non una conoscenza più o meno probabile o congetturale del vissuto altrui. Empatia è acquisizione emotiva della realtà del sentire altrui: si rende così evidente che esiste altro e si rende evidente a me stessa che anch'io sono altra. Empatia è allora amore per la sua struttura, è il vivere in relazione (Stein, 1986).*

Nelle diverse realtà di cura gli operatori sperimentano quotidianamente vicinanza e lontananza in grado di far percepire all'altro un'accoglienza, una presenza premurosa e competente ma non invadente, rispettosa della sua storia, quell'empatia che Edith Stein considera come atto paradossale attraverso cui la realtà di ciò che non siamo, che non abbiamo ancora vissuto o che non vivremo mai, diventa elemento dell'esperienza più intima: quella del "sentire insieme" (Boella e Buttarelli, 2000).

Questo percorso incessante di andata e ritorno, se pienamente consapevole, consente di sperimentare, nella differenza, la cura autentica dell'altro.

## BIBLIOGRAFIA

Boella L., Buttarelli A., Per amore di altro. L'empatia a partire da Edith Stein, Edizioni Cortina, Milano 2000, p. 8.

Enciclopedia della Filosofia e delle scienze umane, Istituto Geografico De Agostini, Novara 1996, p.255.

Määttä S. Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy. *Nursing Philosophy* 2006; 7: 3-10.

Layton J. The use of modeling to teach empathy to nursing students. *Research in Nursing and Health* 1979; 2: 163-76.

Olsen D. Empathy as an ethical and philosophical basis for nursing. *Advances in Nursing Science* 1991; 14: 62-75.

Rogers C. La terapia centrata sul cliente, Psycho G. Martinelli & C. s.a.s., Firenze 1994, p. 57.

Stein E. L'empatia, Franco Angeli, Milano 1986, p. 62.

Stein E. Storia di una famiglia ebrea, lineamenti autobiografici: l'infanzia e gli anni giovanili, Città Nuova Editrice, Roma 1992, p. 246.

Per le note biografiche di Edith Stein, cfr. Fusaro D. in *Edith Stein, Vita e opere*, in [www.filosofico.net/edithstein.htm](http://www.filosofico.net/edithstein.htm).

<sup>1</sup> Dalla lezione di Annarosa Buttarelli al Master in Relazioni e sentimenti nelle professioni educative e di cura, Università Cattolica di Piacenza, A.A.2004/2005.

## Un welfare anziano: invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società?

Dal libro a cura di Marianna Madia, introduzione di Enrico Letta,  
Il Mulino-Arel, Bologna 2007

a cura di Marco Trabucchi

Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia

**I**l solo titolo di questo agile volume richiama l'attenzione perché si pone al di fuori dei consueti retorici proclami sulla gravità della situazione e sulla sua ingestibilità. Sono infatti 20 anni che sentiamo annunci di sventure che fortunatamente non si realizzano, anche grazie alla ricchezza del tessuto sociale, sempre più capace di risposte di quanto noi siamo in grado di prevedere. I problemi indotti dall'invecchiamento continuano a porci la sfida di sempre: se diamo attenzione solo alla demografia rischiamo di compiere errori di previsione ed esserne poi abbagliati; se, invece, poniamo l'accento sulle singole realtà – in grado di affrontare i grandi problemi con le piccole grandi risorse dell'individuo, della famiglia e delle microrealtà locali – il futuro si apre a segni di speranza. In questa logica, ad esempio, si colloca il secondo convegno su "La terza economia", organizzato per il prossimo novembre dalla Fondazione Socialità e Ricerche e da Ambrosetti, che mira a potenziare, nel mondo economico, gli spazi delle persone anziane come produttrici di ricchezza, e non solo di costi indotti dalle problematiche previdenziali e assistenziali.

Il volume – pubblicato dal Mulino in collaborazione con Arel, la storica agenzia di ricerche e legislazione fondata da Beniamino Andreatta – è introdotto da un breve saggio di Enrico

Letta che traccia le linee dei diversi capitoli ai quali hanno contribuito Massimo Livi Bacci, Tiziano Treu, Tito Boeri, Fabio Pammolli, Marianna Madia, Natale Forlani, Daniel Gros.

In particolare il volume sottolinea l'imprevedibilità dei fenomeni; riporta l'esempio delle previsioni sulla speranza di vita fatte nel 1995 per il 2005, che sono risultate sottostimate per difetto di 1,3 anni per gli uomini e di 1,8 anni per le donne. Nello stesso periodo – aggiungiamo noi – è esploso il fenomeno delle badanti, certamente non previsto né programmato negli anni '90 e che ora invece gioca un ruolo fondamentale nello scenario dell'organizzazione dell'assistenza. Quindi la caratteristica del presente su molte tematiche sociali (e tra queste l'invecchiamento) è l'imprevedibilità dei fenomeni e la velocità con la quale avvengono. È naturale pensare alla lentezza con la quale la politica italiana risponde a queste dinamiche ed al rischio che corriamo rispetto ad altre nazioni, più attente di noi ad adeguare gli strumenti di governo all'evoluzione dei fenomeni sociali.

Ma anche altri cambiamenti si sono verificati repentinamente in questi anni; si pensi a fenomeni apparentemente non collegati tra loro come la crisi della famiglia, della quale non siamo in grado di prevedere il futuro, anche perché da una parte sembra esercitare sempre di più la fun-

zione di utero per i giovani timorosi della loro stessa autonomia, e dall'altra invece non appare più in grado di occuparsi serenamente e faticosamente dei propri vecchi. Si pensi inoltre al fenomeno dell'enorme differenziazione all'interno del mondo degli anziani, e non solo per quanto riguarda la storica differenza tra il 15% di persone con qualche livello di dipendenza e l'85% indipendente, ma anche la capacità di avvicinarsi a modelli di consumo altamente differenziati indotta, tra l'altro, dalla diversa propensione a conservare un lavoro e quindi interessi legati all'appartenenza al mondo produttivo.

Tra le risposte al problema dell'invecchiamento che vengono proposte dal libro vi sono precise indicazioni per una ripresa della natalità (i cui effetti però si vedranno a lungo termine) e per una politica seria dell'immigrazione, superando barriere culturali e psicologiche radicalmente infondate (affidiamo agli immigrati le nostre persone più care, i bambini ed i vecchi, e poi costruiamo scenari di paura, che sono in contrasto con le nostre stesse manifestazioni pratiche di fiducia!). Ovviamente, anche in questo campo la politica dovrebbe essere molto più moderna di quanto oggi non sia, costruendo provvedimenti per governare l'immigrazione in modo non tradizionale, cioè attraverso i permessi di soggiorno difficili da conquistare e tutti uguali, e la regolarizzazione di dipendenti che non hanno nessun interesse alle nostre future pensioni, ma che invece potrebbero pagare le tasse, contribuendo al benessere collettivo.

Tra i molti che possono essere letti nel volume, sottolineo un ultimo spunto interessante, cioè la proposta di rinforzare la rappresentanza politica dei giovani, abbassando l'età del voto. Se continua a crescere il peso relativo degli elettori anziani, come possiamo sperare che la politica abbia il coraggio di cambiare, di fare

proposte innovative per migliorare la vita di tutti? Sembrerebbe una contraddizione, ma forse è proprio così: dare più spazio ai giovani per

costruire una società più giusta anche verso gli anziani. Abbiamo il coraggio di sostenere la proposta? Potrebbe essere significativo che fosse

portata avanti anche da chi si occupa professionalmente della "protezione" dell'anziano e quindi non è sospettabile di ageismo!

## La persona affetta da demenza in ospedale

Dal libro di Marco Trabucchi, Carocci Faber, Roma 2007

a cura di Chiara Ciglia

Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia

**L'**ospedale rappresenta ancora oggi, nell'immaginario della maggior parte della popolazione, il luogo dove si riceve una risposta alla sofferenza e dove viene sempre trovata una qualche forma di protezione, in qualsiasi momento".

Fino a pochi anni fa i malati di demenza rappresentavano una realtà confinata al di fuori delle strutture ospedaliere in quanto portatori di un male diffusamente considerato emblema di una condanna irreversibile e definitiva. Una spaventosa condanna alla perdita della parola, della autosufficienza, del proprio ruolo, degli affetti, della personalità, del sé.

La geriatria come scienza che si impegna quotidianamente nel cercare risposte alle complesse problematiche a cui va incontro chi invecchia non è, purtroppo, nonostante gli sforzi e le risorse impiegate nella ricerca, ancora riuscita a trovare "la cura" che blocchi l'avanzare del male o, secondo prospettive ancora più ottimistiche, che annulli progressivamente le regressioni causate dalla demenza.

Non per questo si è arresa. Non per questo ha gettato la spugna abbandonando coloro che soffrono e che nella medicina ripongono le proprie speranze per un futuro migliore. L'affermazione della dignità della persona che, in quanto tale, ha il pieno diritto ad essere curata ed assistita nel modo

più competente possibile, è sicuramente un importante e fondamentale traguardo raggiunto dalla geriatria. La naturale conseguenza dell'affermazione di questo principio è la trasformazione che l'ospedale sta subendo, e subirà nel prossimo futuro: il crescente aumento della popolazione anziana, sempre più soggetta a pluripatologie, tra cui emergono le demenze, oltre ad influenzare la struttura della società, il comune sentire e le riflessioni politiche, ha iniziato a trasformare anche gli ospedali. Se sul versante pratico esistono già alcune strutture che si stanno impegnando attivamente per configurarsi in modo da poter rispondere efficacemente alle esigenze di questa nuova fascia di utenza, a livello teorico mancano riferimenti specifici.

Questo testo nasce dalla competente esperienza di professionisti che da anni si occupano di demenze proprio per offrire indicazioni concrete che possano migliorare la pratica assistenziale attraverso dati che descrivono il quadro dei ricoveri ospedalieri nei dipartimenti di medicina, chirurgia, terapia intensiva e pronto soccorso; attraverso l'approfondimento di temi quali la riabilitazione, la prevenzione di eventi avversi e del delirium; attraverso la forte promozione di un'idea di assistenza come atto del "prendersi cura", che ha inizio con l'accoglienza nella struttura ospedaliera e prosegue

fino alla dimissione, e che diventa supporto nell'affrontare un'esistenza fatta di importanti perdite, e di piccole, faticose, conquiste quotidiane. Gli aspetti etici vengono descritti ed affrontati offrendo una panoramica chiara e completa della comunicazione della diagnosi, del consenso all'atto medico, della ricerca sui pazienti dementi, nonché delle attualissime direttive anticipate e testamento di vita. Non mancano, inoltre, le esperienze di ospedalizzazione, cariche di sofferenze e solitudine, che mostrano come molto ci sia ancora da fare per garantire dignità e cure adeguate ai malati di demenza.

Concludono il testo alcuni interrogativi circa la capacità, dell'ospedale del futuro, di coniugare avanzata tecnologia e problemi quotidiani, unitamente ad una gestione economica sostenibile; la scelta di rendere la struttura ospedaliera flessibile, e quindi in grado di organizzarsi intervenendo sulla condizione clinica complessiva degli utenti, e non esclusivamente su specifiche problematiche; la valorizzazione del ruolo infermieristico attraverso la formazione continua.

Ampliando la riflessione alla nostra epoca, l'ospedale potrà essere in grado di mettere in atto tutto quanto è stato fino a questo momento auspicato solo se troverà posto all'interno di una più ampia e ramificata rete di servizi sanitari e sociosanitari. Le caratteristiche della demenza impongono una riflessione che travalica le strutture preposte alla cura e all'assistenza fino a giungere nelle case, vero teatro della quotidianità di una malattia che accompagna fino alla morte. Solo attraverso un chiaro e condiviso progetto di continuità terapeutica l'ospedale, e le diverse strutture della rete, potranno concretamente avvicinarsi all'umano dolore che rende il demente fragile.