

ISSN 1723 - 7750

# *I luoghi della cura*

Anno VI - N. 1  
Marzo 2008  
TRIMESTRALE

*1/2008*

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



ORGANO UFFICIALE DELLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



**CIC Edizioni Internazionali**



**SERENITY**

PHOTONIX

Assistiamo chi assiste.

• **Leader italiano negli ausili per l'incontinenza.**

• **Formazione e consulenza.**

• **Assistenza post-vendita.**

• **Coordinamento servizi e risorse.**

• **Soluzioni su misura alle vostre esigenze.**

• **Centro Studi Serenity: ricerca e sviluppo.**



Metodi, tecnologie nuove e la massima attenzione alla ricerca. Per monitorare, coordinare e programmare tutti gli interventi migliorativi nell'ambito dei prodotti e dei servizi collegati al mondo dell'incontinenza.

**SERENITY**

Tecnologia e Innovazione  
al servizio dei valori umani.

Per maggiori  
informazioni vai sul sito  
[www.serenity.it](http://www.serenity.it)  
[www.artsana.it](http://www.artsana.it)

 **ARTSANA**

## 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@gruppocic.it

### Area marketing & sviluppo

Antonietta Garzonio  
garzonio@gruppocic.it  
Fabio Regini  
regini@gruppocic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

### Direzione, Redazione, Amministrazione:

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

### 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 marzo 2008

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

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

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

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

© Copyright 2008



CIC Edizioni Internazionali

## EDITORIALE

Oltre la cronaca. La patologia della normalità

*Antonio Guaita, 5*

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Il self-neglect dell'anziano, una condizione spesso "negletta"

*Giovanni Bigatello, 8*

## MATERIALI DI LAVORO

La dimissione del paziente anziano: uno strumento per la valutazione del rischio – l'indice di BRASS

*Silvia Marcadelli, Vito Petraia, Vita Saponaro, 13*

## ESPERIENZE (ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI)

Percorsi di cura, prassi terapeutiche e differenze individuali in anziani con sindrome di Down

*Ulrico Mantesso, Tiziano Gomiero, Luc Pieter De Vreese, 18*

## FAMIGLIA E VOLONTARIATO

A chi spetta? Chi (e quanto) segue l'anziano che perde autonomia

*Giuseppa A. Micheli, 28*

## REVISIONE DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

Il prurito nell'anziano

*Claudia Caula, 33*

## CONTRIBUTI DEI LETTORI

Commento all'editoriale "Perché diminuiscono gli anziani nelle strutture residenziali?" pubblicato sul n. 3/2007

*Antonio Cherubini, Simonetta Simonetti, Rita Morucci,*

*Giuseppe Menculini, 38*

# Annuario

*periodico  
di informazione  
sul settore sanitario*



19ª edizione

# SANITÀ ITALIA

[www.annuariosanita.it](http://www.annuariosanita.it)

L'intero settore sanitario italiano  
in un'opera unica:

- ministero della salute, assessorati alla sanità
- aziende ospedaliere, ASL, case di cura e centri di riabilitazione, case di riposo
- centri antidroga, associazioni ed istituzioni scientifiche e di solidarietà, istruzione
- organizzazioni sindacali e professionali
- farmaceutiche, aziende di beni e servizi
- acque e terme
- disabilità: normative vigenti e guida ai servizi ed ai produttori
- fiere e mostre, stampa specializzata

Editoriale Publiaci s.r.l.  
00186 Roma - Via della Tribuna di Tor de' Specchi, 18/A  
Tel. 06.69380070 - Fax 06.6785792

## Oltre la cronaca. La patologia della normalità

Antonio Guaita

Istituto Geriatrico "C. Golgi", Abbiategrasso (MI)

Questa notizia è stata pubblicata in pagina interna della cronaca milanese di Repubblica, il 17 gennaio 2008:

Titolo su due colonne: "La donna aveva l'Alzheimer; la tragedia in provincia di Varese" UCCIDE LA MOGLIE MALATA. L'articolo poi descrive e commenta il fatto: "...sembrava una di quelle giornate tutte uguali che accompagnano la vecchiaia di tanti anziani coniugi della provincia varesina appoggiata all'Olon... e invece il matrimonio di AM, 72 anni, ... è finito nel modo più tragico: uccidendo la moglie, ... di dieci anni più giovane di lui ma affetta da sette dal morbo di Alzheimer... Nessuno può ancora credere che A abbia ammazzato sua moglie: i due coniugi, entrambi in pensione, avevano una bella casa, due figli grandi con un buon lavoro, un matrimonio lungo e quieto...".

Questa "patologia della normalità", come la chiamerebbe Eric Fromm, non ha più la dignità né l'eccezionalità delle prime pagine: viene relegata in cronaca locale, come se un po' ce lo aspettassimo, come se il portato di disperazione e solitudine che accompagna la vita di chi si prende cura dei malati di demenza fosse intrinsecamente ineliminabile. Triste ma inevitabile. In ogni delitto convivono reato e tragedia, ma in questo caso la tragedia prende decisamente il sopravvento sulla notizia di reato. Solo che non è una tragedia altrui, è una tragedia "nostra", di noi come medici, infermieri, terapisti, psicologi, assistenti sociali che ci occupiamo di anziani in difficoltà; ci riguarda da vicino come ci riguardano da vicino tutte le sconfitte che mettono in evidenza la grande debolezza del sistema di sostegno che viene dedicato ai malati di demenza. Eppure, il fatto non è successo in una landa desolata, o in una metropoli spersonalizzante e anonima, e neppure nel solito e stereotipato sud d'Ita-

lia dove per tradizione "mancano i servizi", ma nella ricca provincia di Varese, in un piccolo paese a misura d'uomo, vicino a città animate e ben organizzate. Forse occorre farsi qualche domanda per cercare almeno una traccia delle ragioni possibili, e trovare le ragioni, se ve ne sono, di atti che è fin troppo facile riferire solo allo stato d'animo dei singoli, ai "raptus" improvvisi. La prima e più naturale considerazione riguarda il ruolo del caregiver. Molto si è scritto sulla giornata di 36 ore di chi assiste un malato di demenza, forse troppo rispetto al poco o pochissimo che si è poi effettivamente fatto. Infatti, spesso, chi è in situazione di grave stress, al punto da avviarsi verso il "burn out", si chiude in una impossibile autosufficienza che non chiede aiuti, non ricerca contatti, non esprime il proprio disagio. In una ricerca sui familiari delle persone con demenza dimesse dal reparto di ricoveri temporanei del nostro istituto, il livello di stress risultava molto più alto in chi affermava di non aver bisogno di aiuto al domicilio, rispetto a chi invece ammetteva di necessitare di aiuti; così, il livello di stress di chi era parente di una persona con demenza ricoverata in RSA era più basso, e di molto, rispetto ai famigliari di chi era in ricovero temporaneo. C'è quindi il rischio concreto che quando si attuano iniziative di sostegno ai parenti, la selezione avvenga negativamente, cioè partecipino quei famigliari che già sono propensi alla relazione di aiuto, e meno stressati, rispetto a quelli che sono più stressati e più ne avrebbero bisogno, ma che proprio per questo rifiutano di accettare aiuti esterni. Inoltre, nella stessa ricerca si è visto che gli altri elementi che aumentano lo stress sono la coabitazione ed essere coniuge: in questo caso la presenza dei figli, se ci sono, non modifica in modo sostanziale i livelli di stress di chi accudisce in modo principale. Nel caso riportato, questi elementi c'erano tutti, con l'aggiunta del fatto, non

usuale ma non più eccezionale, che il caregiver era un maschio, il marito. Tutti coloro che si occupano di studiare il processo di accudimento di malati gravi, come sono quelli con demenza, concordano sul fatto che la rete familiare e di amicizie si riaggiusta di fronte al bisogno, ma in modo gerarchicamente molto differenziato: alla fine il "caregiver" è sempre uno, mentre altri si ritagliano il ruolo di "helpers". I figli, magari con una presenza più assidua e significativa, mentre il resto della famiglia, fino a pochi anni fa in Italia molto presente, tende più a fornire sostegno di relazione e di appoggio che effettivo (in pratica fratelli, cugini, nipoti, mantengono contatti telefonici), preoccupati, sì, ma anche sollevati dal fatto di non essere direttamente coinvolti nell'assistenza. In qualche modo, di fronte al bisogno, il marito che accudisce una moglie con Alzheimer resta solo, anche se apparentemente non lo è. Certo, la presenza di un aiuto esterno ed esteso nell'arco della giornata, come quello dell'assistenza privata personale, fornita oggi per lo più da donne straniere, contribuisce a diminuire i livelli di stress, mentre il solo aiuto economico non raggiunge questo obiettivo. Eppure, anche in questo caso, quasi sempre il familiare resta il caregiver che deve prendere le decisioni, organizzare, affrontare gli imprevisti, che, quindi, è sempre con il cellulare acceso quando non è presente fisicamente nel dare assistenza. Ma nel caso di cui si scrive pare che non fosse neppure stata cercata questa soluzione, forse segno di un alto livello di stress che l'ambiente non ha avvertito.

Il secondo elemento di riflessione riguarda quell'"avevano una bella casa". Forse anche la scelta di una famiglia sempre più nucleare e sempre più chiusa in quelle "villette", che sono la realizzazione di un sogno, ha contribuito a creare la tragedia. A molte persone, oggi al di sopra dei settanta anni, questo elemento di sicurezza ha regalato l'illusione di essere al riparo per sempre dai problemi, dalla insicurezza, dai mali del mondo: per questo la casa di proprietà è stata l'obiettivo di intere generazioni. Infatti, gli anziani oggi sono proprietari del loro alloggio in una percentuale che, ad esempio, in Lombardia supera l'80%, rispetto al 71,6% della popolazione generale (Il Sole 24 ore; supplemento al 25 novembre 2006 "Economia e Terza età" rapporti). Questo dato fa capire come l'acquisto della casa abbia rappresentato la meta principale del risparmio, quasi un progetto di vita della grande maggioranza delle persone che oggi hanno più di 65 anni. Il luogo di vita, la casa, lo spazio di relazione hanno un'im-

portanza cruciale nel definire il successo o l'insuccesso dell'invecchiamento personale e sociale, tanto da far dire a Gilbrain che la casa "è il nostro corpo più grande". Si pensi alla vera tragedia, anche fisica, rappresentata dalla violazione dello spazio privato; una delle cause di depressione e anche di suicidio per gli anziani è subire un furto o una rapina in casa propria, ma anche solo una truffa. In questa casa, in questo spazio, ci si rinchioda quando ci si ammala, quando si è fragili, quando si cerca serenità. La demenza del coniuge interrompe questo sogno brutalmente e lo trasforma in un incubo, in una intrusione dentro all'ultimo spazio libero da angoscia che, proprio per quello, è valso sacrifici e investimenti, che ora però non vengono ripagati. Per la demenza non esiste infatti uno spazio giusto, sicuro, perché spesso il proprio spazio non viene più riconosciuto e l'ambiente da amico diviene estraneo, da sicuro fonte di pericoli e di paure, da cui si vuole fuggire. Nella demenza vissuta in villetta, nella coppia vi è tutta insieme la tragedia della malattia non curabile, della persona che diventa altro da sé e non gratifica chi l'assiste, della solitudine, della perdita della speranza ma anche dell'infrangersi del significato del luogo di vita, di quello che si immaginava essere il luogo costruito per difendersi dalle cattiverie del mondo e che non diventa automaticamente un accettabile luogo di cura. Si è investito tutto lì ed ora non vi sono alternative; si chiude il mondo di fuori, ma se viene meno quello che è stato scelto come spazio esclusivo non c'è più un intero mondo, là fuori, dove cercare altri luoghi, altre relazioni, altri equilibri.

La terza considerazione riguarda i servizi sociali. In questo gioco al massacro (non solo metaforico, come si vede) a cui vengono guidati gli anziani, vi sono certo anche colpe dei servizi, primo fra tutti quelli comunali, che assistono con evidente sollievo a questa diminuita richiesta che viene dal mondo degli anziani che cercano di risolversi da soli le loro difficoltà comprando assistenza privata o affondando nella disperazione. In questi decenni, infatti, la spesa dei comuni, almeno quelli lombardi, per l'assistenza agli anziani, è andata progressivamente diminuendo. Ma anche la modalità stessa di intervento si è profondamente modificata. Ogni azione di programmazione e di conoscenza del proprio territorio dal punto di vista delle fragilità sociali, dei casi di disagio prima ancora che di vera perdita di autonomia, è stata abbandonata mascherandola dietro principi operativi che sembrano novità positive, ma che sono attuati come blandi giu-

stificativi del proprio disimpegno: mettere al centro la persona (però lasciandola sola), la libertà di scelta (ma senza servizi che aiutino a praticarla per chi non è capace), non indurre bisogni di servizi (ma anche rendere i servizi sociali comunali disponibili solo a richiesta, mentre tutta la cura dei fragili si dimostra efficace quando è pro-attiva e non re-attiva). Questa mentalità ha in realtà contagiato tutti, compresi i medici di famiglia, che si trovano spesso del tutto sprovveduti di fronte alla enorme complessità dei problemi posti dalla demenza, e tendono a rifugiarsi in una serie di compiti prescrittivi che ha poche alternative e che non trova appoggio in servizi pubblici che non esistono. A questo si rimedia con affermazioni e logiche, sia regionali sia nazionali, che confondono il dover essere con l'essere, applicando ai bisogni della de-

menza una ridicola etica dei "bisognerebbe": si afferma che il medico di famiglia è il vero "case manager", che a lui spetta di fare il consigliere per la famiglia, di tenere in considerazione gli aspetti sociali e psicologici e non solo quelli sanitari. Ma è questa davvero la situazione generale? E se così evidentemente non è, che cosa si pensa di fare per rendere la realtà più vicina a questa ipotesi?

Per questo non c'è da chiedersi se di fronte a un caso del genere qualcuno si è sentito colpevole, o, meglio, ha messo in discussione i propri metodi, ha ripensato se stesso e la efficacia della sua azione; nessuno lo ha fatto né lo farà, per un trafiletto da cronaca locale, per una notizia insieme troppo piccola e troppo grande, perché ancora una volta è bene che a piangere sia la famiglia, ancora una volta da sola.

## **NURSING GERIATRICO** *Collana diretta da M. Trabucchi*

**L. Kennedy-Malone, K.R. Fletcher, L.M. Plank**

# **MANUALE DI CLINICA GERIATRICA PER INFERMIERI**

**I edizione italiana dalla II edizione inglese a cura di Marco Trabucchi**

**Volume brossurato di 564 pagine  
f.to cm 12x19  
€ 50,00**



**CIC Edizioni Internazionali**

## Il self-neglect dell'anziano, una condizione spesso "negletta"

Giovanni Bigatello

RSA Villa Stefania, Sala Comacina (CO)

“**I**l self-neglect negli anziani può essere considerato una sindrome geriatrica?” si chiede un articolo comparso di recente su JAGS (Pavlou e Lachs, 2006). Al di là dell'interesse per la risposta positiva o meno, l'articolo ha il merito di aver posto in evidenza una problematica che, ancor più delle altre riferibili al Maltrattamento dell'Anziano, è frequentemente misconosciuta, o per lo meno lo è stata fino a tempi recenti. Descritto per la prima volta da due psichiatri inglesi come “tracollo senile della pulizia personale e ambientale” (Macmillan e Shaw, 1966) il self-neglect (SN, traducibile come autotrascureatezza o autoabbandono) è stato successivamente denominato anche “Sindrome di Diogene” (Clark et al., 1975), dal filosofo greco del IV secolo a.C. che, in nome del diritto alla vita secondo natura, senza obblighi sociali e beni materiali, viveva in una botte, in condizioni igieniche che non è azzardato presumere orripilanti. Attualmente il SN può essere definito come “un'entità comportamentale multiforme caratterizzata dall'incapacità o dal rifiuto di provvedere in misura adeguata alla propria salute, igiene, nutrizione e ai propri bisogni sociali” (Lachs et al., 1997). A questa condizione di base possono aggiungersi sintomi accessori quali la sillogomania (accumulo ossessivo di oggetti disparati), la presa in carico di un gran numero di animali (in genere cani o gatti), l'anosognosia (negazione del problema) e il conseguente rifiuto di aiuto. La sua frequenza è stimata in misura discordante, dipendentemente anche della maggior o minor selettività dei criteri adottati per definire la sindrome: si va dai circa 5 casi anno/10.000 riportati nei primi studi, a cifre che si avvicinano all'1% degli ultrasessantacinquenni. Pressoché tutti gli autori, peraltro, concordano nel ritenere il SN come una delle voci più frequenti nel vasto capitolo del Maltrattamento dell'anziano (Pavlik et al., 2001; Abrams et al., 2002). Tuttavia, a tut-

t'oggi l'interesse della letteratura internazionale è stato piuttosto tiepido: ricorrendo a un'indagine mediante MEDLINE i già citati Pavlou e Lachs hanno raccolto solo 54 voci bibliografiche pubblicate tra il 1966 e il 2004, comprendenti anche casi di SN riscontrati in individui giovani – questi ultimi quasi sempre affetti da importanti turbe psichiatriche – e rari casi di sindrome di Diogene a due o “per procura”. Va segnalata, peraltro, la difficoltà di raccogliere dati epidemiologici poiché chi è affetto dal problema tende – quasi per definizione – a sfuggire ai servizi sociali o sanitari, sicché la frequenza del SN è verosimilmente sottostimata e la situazione viene alla luce solo quando il paziente versa in condizioni estreme, tanto da venire ricoverato d'urgenza in ospedale o in casa di riposo, sempre che qualcuno si occupi, anche saltuariamente, di lui. Non rari, infatti, sono gli anziani che vengono rinvenuti deceduti ormai da tempo nel proprio domicilio, senza che nessun parente o vicino ne avesse mai denunciato la scomparsa. In questi casi la cronaca fa a gara nel denunciare l'indifferenza della società, la mancanza di solidarietà, di sussidi, la povertà in cui versano molti anziani lasciati soli. Si tratta sovente di denunce ad effetto e alquanto semplicistiche, come dimostrano i due casi giunti quasi contemporaneamente all'osservazione di chi scrive e riportati nelle prossime righe: entrambi riguardano persone di buona levatura sociale, in possesso di mezzi economici più che sufficienti, e si sono verificati in un'area del Nord Italia ad elevato benessere e dotata di notevole disponibilità di servizi sanitari e sociali (almeno sulla carta). Certo è difficile capire quanto il SN sia il frutto di una scelta razionalmente volontaria (quale appunto quella di Diogene) e quanto il frutto di un decadimento mentale, di una patologia psichiatrica, di un abuso di alcol o di una personalità premorbosa. Anche la letteratura mostra a tal proposito pareri contra-



## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

stanti. Ma di questo discuteremo dopo la presentazione dei due casi clinici.

### PRESENTAZIONE DI DUE CASI CLINICI

#### Caso n. 1

La signorina FM, di 81 anni, è un'ex insegnante di lettere. Nubile, è sempre vissuta sola, mantenendo regolari – sebbene non intensi – rapporti con un fratello e un nipote. Nell'anamnesi patologica emergono una modesta ipertensione arteriosa da decenni; flebopatia cronica da varici; ipertiroidismo (in trattamento con Tapazolo fino a due anni fa). Per queste patologie si sottoponeva regolarmente a visite mediche e a indagini di controllo. FM viene descritta di carattere piuttosto chiuso e poco propenso alle amicizie, ma non ostile; nessun segno di turbe psichiche. Negli ultimi due anni, senza motivi scatenanti apparenti, ha iniziato a tralasciare i già scarsi contatti sociali, non si è più recata ai controlli medici, ha diradato, fino a quasi annullarle, le uscite di casa; ha iniziato ad alimentarsi irregolarmente e a trascurare le pulizie domestiche, accumulando crescenti quantità di rifiuti. Inoltre ha dato ospitalità a una viepiù numerosa colonia di gatti che hanno contribuito non poco ad accrescere la sporcizia. I parenti che le portavano i pasti quotidianamente riferiscono che dall'appartamento proveniva un odore nauseabondo, del quale si lamentavano anche i vicini. Nonostante le loro insistenze, FM negava di aver bisogno di alcunché e soprattutto rifiutava qualsiasi approccio medico. Nel maggio 2007, tuttavia, la comparsa di cospicui edemi e di ulcere agli arti inferiori, unitamente a un'elevata temperatura febbrile, hanno costretto la paziente a letto, e successivamente ad acconsentire al ricovero in ospedale. Qui è stata posta diagnosi di "Erisipela agli arti inferiori in ulcere varicose; deperimento da sindrome carenziale multipla". Alla dimissione è stato proposto il trasferimento in RSA, trasferimento che FM ha accettato (o subito?).

All'ingresso in RSA si presentava in mediocri condizioni fisiche, non deambulante per il prolungato allettamento. Dal punto di vista psichico appariva lucida, tranquilla, orientata e collaborante, sebbene poco loquace. Il Mini Mental State era di 30. L'adattamento all'ambiente residenziale è avvenuto senza difficoltà. A distanza di circa tre mesi dall'ingresso le condizioni sono migliorate, con un incremento ponderale di 3 kg e una ripresa della deambulazione. Nella norma gli indici di funziona-

lità tiroidea. Il tono dell'umore è discreto, tanto da consentirle di intrattenere rapporti con altre degenti e con il personale, pur nell'ambito di un certo riserbo e di un'apatia di fondo con riduzione dell'iniziativa. Interrogata sulle pregresse condizioni abitative, nega risolutamente di esser vissuta in condizioni di grave trascuratezza, ma riconosce di star molto meglio adesso rispetto a quando risiedeva nella propria casa. Si duole solo della mancanza dei suoi gatti.

#### Caso n. 2

Il Signor GLB è stato da me visitato ambulatorialmente per la prima volta nel maggio del 2002 all'età di 75 anni. Discretamente benestante, scapolo, viveva solo da decenni. Si era occupato da sempre di politica, giungendo a ricoprire incarichi di rilievo in ambito provinciale. Era stato forte bevitore fino a 25 anni prima, poi aveva smesso totalmente. L'anamnesi remota riportava ipertensione arteriosa e dislipidemia da molti anni, cardiopatia ischemica con angor da sforzo, arteriopatia arti inferiori, aneurisma dell'aorta addominale di 28 mm. Nel 1997 trombosi dell'arteria retinica di destra; nel 1999 intervento di disostruzione carotide di destra. Riscontro inoltre di ipertrofia prostatica con pollachiuria. Al momento della visita si presentava in condizioni di abbigliamento e di pulizia più che decorose, brusco ma non scortese, preoccupato della propria situazione sanitaria e soprattutto del calo della memoria recente. L'obiettività clinica confermava le diagnosi precedenti con una situazione di discreto compenso globale; era evidente inoltre un marcato deficit della memoria recente, mentre la memoria antica e le capacità di giudizio erano conservate. Buono e articolato l'eloquio. Il Mini Mental State era di 25. GLB confermava che viveva solo, in compagnia di un piccolo cane al quale era affezionatoissimo. I pasti gli venivano forniti dall'esterno, ma saltuariamente accettava qualche invito a pranzo da parte di conoscenti. Teneva in ordine la casa (due locali più servizi) con il saltuario aiuto di una persona. Vi è da rilevare che nel corso del colloquio il clima di diffidenza era andato sciogliendosi; alla fine mi confessò che, sebbene "gli fossi simpatico", avrebbe continuato a farsi visitare anche da altri sanitari con cui era in buoni rapporti. Negli anni successivi lo rividi più volte a domicilio perché la cardiopatia si era aggravata con frequenti manifestazioni di scompenso e si erano aggravati pure i deficit di memoria. Inoltre GLB aveva incrementato l'uso di ansiolitici, a suo dire "perché la prospettiva di morire

gli metteva l'angoscia". L'abitazione in quel tempo si presentava sufficientemente pulita, benché piuttosto in disordine. Anche l'igiene e l'abbigliamento di GLB si mantenevano decorosi. In seguito lo persi di vista per un anno intero, fintanto che verso la metà del maggio 2007 non fui chiamato da una sua conoscente che, recatasi occasionalmente a fargli visita, l'aveva rinvenuto molto sofferente, e in condizioni di estremo degrado. Mi riferì che il bagno era quasi completamente occupato da escrementi e che vi era sporcizia dovunque. Al mio arrivo le condizioni igieniche dell'abitazione, grazie al lavoro di pulizia della conoscente protrattosi per un'intera giornata, erano migliorate, ma permaneva un odore fortemente sgradevole. Inoltre regnava un enorme disordine nel quale erano affastellati indumenti sporchi, cartelle di documenti, confezioni di medicinali, giornali ed altro. Nel letto erano accumulati ciuffi di peli del cane e gli indumenti di GLB erano luridi. L'aspetto di GLB mostrava con evidenza che l'ultimo bagno di pulizia risaliva a diverse settimane (se non a mesi) addietro. Contrariamente alle visite precedenti nelle quali mi accoglieva scusandosi per il disordine, in questa occasione non fece cenno al disordine né alla sporcizia. Sotto l'aspetto sanitario vi era una situazione di scompenso cardiaco conclamato, con tachiaritmia da FA, versamento pleurico bibasilare, versamento ascitico ed edemi. Dal punto di vista mentale si presentava lucido, pur negando lo stato di estremo abbandono proprio e dell'abitazione. Ammise che non si sottoponeva a visita medica da "un po' di tempo", senza spiegarne la ragione. Alla mia proposta di ricovero ospedaliero oppose un deciso rifiuto, asserendo di avere un affare urgente da concludere (asserzione che poi risultò veritiera). Rifiutò ancor più decisamente la prospettiva di ricovero in RSA, affermando di essere perfettamente in grado di badare a se stesso, al cane e alla casa. Concluse che piuttosto che andare al ricovero preferiva "crepare in casa sua". Tuttavia, l'intervento nei giorni successivi dei servizi sociali del comune valse a fargli cambiare parere e ad accettare, ancorché contro voglia, il ricovero in una vicina RSA. Qui verosimilmente diede segni di agitazione ed aggressività verbale perché fu sottoposto a trattamento sedativo e contetivo, con conseguente depressione, stato confusionale e perdita della reattività. Dopo circa dieci giorni, a causa dell'aggravarsi delle condizioni cardiache e per il permanere dello stato confusionale, fu ricoverato in ospedale, dove tuttavia non si riprese e decedette dopo circa dieci giorni.

## CONSIDERAZIONI

I due casi presentano importanti punti in comune, ma anche alcune differenze che meritano di essere sottolineate. Innanzi tutto entrambe ottemperano ai criteri diagnostici per "Sindrome di Diogene" proposti da Halliday e colleghi (Halliday et al., 2000), criteri che invece contemplano anche la presenza di disturbi psichiatrici o di abuso di sostanze secondo Macmillan e Shaw (Macmillan e Shaw, 1966). Entrambi sono di condizioni sociali medie, di buona cultura, economicamente indipendenti, non affetti da turbe psichiche di rilievo; non vi è abuso di alcol (GLB era stato forte bevitore, ma aveva smesso da 25 anni) o di droghe, se si eccettua il consumo disordinato di benzodiazepine da parte di GLB. Ambedue vivevano in un'abitazione non isolata (GLB addirittura di fronte alla sede del comune!) ed avevano ampie possibilità, se lo avessero voluto, di rapporti con la gente, ai quali parevano tuttavia preferire i rapporti con gli animali. Ma mentre FM sembrava aver volontariamente ridotto ogni occasione di incontro sociale, GLB non rifuggiva di proposito tali incontri: era piuttosto il suo pessimo carattere (scontroso, irascibile, attaccabrighe, sarcastico) per il quale era noto in tutto il paese, a tener lontana la gente (cosa della quale pareva non rammaricarsi). Contrariamente a FM, non si presentava affatto apatico, e reagiva alquanto vivacemente se veniva contrariato, soprattutto sul terreno della politica. Inoltre, mentre il SN di FM si era sviluppato gradualmente nel giro di qualche anno, nel caso di GLB era precipitato all'improvviso, quasi a giustificare il termine di "breakdown" (tracollo) impiegato dai primi autori che descrissero il quadro (Macmillan e Shaw, 1966). Diverse erano anche le condizioni di salute fisica precedenti o concomitanti il SN: complessivamente discrete nel caso di FM, compromesse nel caso di GLB. Infine, profondamente diversi sono stati gli esiti: FM ha accettato di buon grado il ricovero in RSA, traendone palesi benefici, mentre GLB al ricovero si è opposto finché ha potuto, poi ha manifestato un comportamento aggressivo e ingiurioso una volta ricoverato, e infine è andato incontro ad exitus nel giro di poco tempo.

## SELF-NEGLECT: INCAPACITÀ O RIFIUTO?

Il primo quesito che si pone affrontando il SN è se questa condizione sia una scelta o la conseguenza di pluripatologie, di alterazioni della personalità, di reazio-

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

**Tabella 1** - Criteri diagnostici primari di sindrome di Diogene (Halliday et al., 2000).

- Grave stato di abbandono
- Grave negligenza nella cura personale
- Vivere da soli
- Tendenza ad accumulare oggetti e rifiuti
- Assenza di vergogna

**Tabella 2** - Criteri diagnostici accessori.

- Sillogomania
- Ospitare animali in gran numero
- Malnutrizione
- Abuso o misuso di farmaci
- Rifiuto di aiuto

ne a eventi stressanti. In realtà, a scegliere razionalmente di isolarsi e di vivere nella sporcizia sono stati probabilmente i soli Diogene e un ristretto numero di anacoreti ed eremiti, mai peraltro sottoposti ad accertamenti psichiatrici. La figura romantica del "barbone" che volontariamente rifiuta le lusinghe del mondo e decide di vivere tra la sporcizia e i cartoni (moderni succedanei della botte) appartiene alla vieta retorica giornalistica e letteraria più che alla realtà. Tuttavia, una scelta meno radicale, che contempi almeno inizialmente solo l'isolamento, è piuttosto frequente nell'anziano; resta però da spiegare perché dall'isolamento si passi alla grave trascuratezza personale, igienica e sanitaria. La mancanza di *insight*, di vergogna, il rifiuto – a volte cocciuto – di qualsiasi aiuto, appaiono quindi come aspetti qualificanti di un'entità patologica, la cui origine resta peraltro sconosciuta.

Soprattutto da parte degli psichiatri viene invocata come causa – o almeno come fattore scatenante – una

patologia psichiatrica (Tab. 3), ma ciò è vero soprattutto negli individui giovani. La demenza – particolarmente nella forma frontotemporale – è chiamata in causa in diversi studi. La maggior parte dei geriatri tende a differenziare il SN dell'anziano da quello del giovane, e comunque la comorbidità psichiatrica va riducendosi mano a mano che cresce l'età (Pavlou e Lachs, 2006).

## PERSONALITÀ PREMORBOSA

Alcuni tratti di carattere si presentano pressoché costantemente in tutti gli individui che hanno successivamente sviluppato il SN, nell'ambito di quella che può essere definita una personalità premorbosa (Tab. 4).

Secondo Karl Jasper, che si occupò del "*social breakdown of the elderly*" già nel 1963, le caratteristiche di questa personalità giocherebbero un ruolo determinante nell'insorgenza della sindrome. Secondo il famoso filosofo e psichiatra il *social breakdown* non rappresenterebbe una nuova entità psicopatologica, ma il risultato di eventi stressanti su una personalità predisposta. L'invecchiamento stesso, secondo questo autore, potrebbe assumere il ruolo di evento stressante, magari ulteriormente aggravato da comorbidità fisiche. Personalità, eventi stressanti, solitudine, comorbidità fisica farebbero parte di un circolo vizioso che porterebbe allo stile di vita caratteristico del SN. La mancanza di richiesta di aiuto e la negazione di bisogni sarebbe solo un meccanismo di difesa (Jasper K., citato da Badr et al., 2005). A prescindere comunque da questa interpretazione, sull'importanza della personalità premorbosa vi è accordo pressoché unanime. Secondo un gruppo di studio che fa capo al *Consortium for Research in Elder Self-Neglect* (CREST) del Texas si possono distinguere due sottotipi di personalità premorbosa: un tipo primario caratterizzato da disturbi della personalità quali rigi-

**Tabella 3** - Patologie psichiatriche associate (Badr et al., 2005).

- Demenza (in particolare del lobo frontale)
- Disordini ossessivi compulsivi
- Abuso di sostanze
- Disturbi allucinatori
- Disturbi della personalità
- Depressione
- Ritardo mentale

**Tabella 4** - Personalità premorbosa.

- Litigiosità
- Sospettosità
- Indifferenza
- Disordine
- Tendenza all'isolamento
- Labilità emotiva
- Reazione catastrofica ad eventi stressanti

dità e maladattamento che si sono sviluppati prima della vecchiaia, e un tipo secondario che deriverebbe da patologie insorte in età avanzata, come la depressione. Questo secondo tipo comporterebbe una prognosi migliore (Reyes-Ortiz, 2006; CREST sito web, 2007).

## COMORBIDITÀ

Indipendentemente dal ruolo rivestito nell'etiologia della sindrome, la comorbilità – anche non psichiatrica (Tab. 5) – è estremamente elevata nei soggetti con SN e interessa tutti gli organi e apparati.

In alcuni casi queste pluripatologie possono agire da fattore favorente il SN, mentre in altri ne sono la conseguenza. L'aumento di mortalità nei soggetti con SN è elevato, sebbene venga riportato variamente dai diversi autori; complessivamente, comunque, dalla *review* di Pavlou e Lachs il rischio di morte risulta doppio rispetto a quello dei coetanei che vivono in condizioni normali (Pavlou e Lachs, 2006). Del resto, riguardo al caso presentato di GLB, è fuor di dubbio che prima che si manifestasse la sindrome il paziente era molto attento al suo stato di salute e seguiva abbastanza scrupolosamente le prescrizioni, cosa che non ha più fatto negli ultimi 6-12 mesi di vita. La sua morte, perciò, se non è stata conseguenza diretta del SN, è stata da questa condizione sicuramente anticipata e favorita.

**Tabella 5 - Comorbilità.**

- Demenza
- Depressione
- Schizofrenia
- Alcolismo
- Patologie organiche (cardiache, renali, polmonari, cutanee, ecc.)
- Sindromi carenziali multiple

## CONCLUSIONI

Purtroppo non risultano esservi, almeno nel nostro Paese, iniziative di monitoraggio del SN, come del resto non esistono iniziative di monitoraggio del maltrattamento dell'anziano in generale. Eppure a chiunque operi in ambito geriatrico – in Pronto Soccorso piuttosto che in RSA – è capitato, spesso in più di un'occa-

sione, di venire in contatto con anziani in condizioni igieniche penose, tali da far sospettare uno stato di estremo abbandono. Tuttavia, al di là dell'annotazione aneddotica, non si presta a questa condizione l'attenzione che meriterebbe. È invece necessario tener presente che il SN accresce la comorbilità ed aumenta il rischio di morte in misura considerevole. Pertanto la sua individuazione, come pure l'individuazione di una personalità premorbosa "a rischio", rientrerebbe nell'ambito della tanto enfatizzata medicina preventiva. Senza dimenticare che la condizione di grave negligenza è incompatibile con la dignità della persona. Certo, all'atto pratico è spesso difficile far cambiare stile di vita all'anziano, anche alla luce della libertà di scelta individuale. Talora peraltro il ricovero, rifiutato in teoria, è accettato in pratica e anche con soddisfazione, come dimostra il caso di FM. Ma anche forme meno "invasive" di intervento, come un aiuto per le pulizie di casa, la fornitura di pasti caldi, la visita "occasionale" del medico o di altre figure sanitarie potrebbero migliorare considerevolmente la qualità e le prospettive di vita del paziente. È perciò necessario che la condizione di SN – indipendentemente dal fatto che debba essere considerata sindrome o sintomo – sia maggiormente conosciuta, ricercata ed affrontata anche a livello della rete dei servizi territoriali.

## BIBLIOGRAFIA

- Abrams C, Lachs M, McAvay G, et al. Predictors of self-neglect in community dwelling elders. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1724-30.
- Badr A, Hossain A, Iqbal J. Diogenes Syndrome: when self-neglect is nearly life threatening. *Clinical Geriatrics* 2005; 8:10-3.
- Clark AN, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet* 1975; 1:366-8.
- Consortium for Research in Elder Self-Neglect. <http://www.bcm.edu/crest/index.cfm?PMID=0>. Accesso agosto 2007.
- Halliday G, Benerjee S, Philpot M, Macdonald A. Community study of people who live in squalor. *Lancet* 2000; 355:882-6.
- Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horowitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine years observational cohort study. *Gerontologist* 1997; 37:469-74.
- Macmillan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *BMJ* 1966; 271:1032-7.
- Pavlik VN, Hyman DJ, Festa AN et al. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults-analysis of a statewide database. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:45-8.
- Pavlou M, Lachs M. Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome? *J Am Geriatr Soc* 2006; 54:831-42.
- Reyes-Ortiz CA. Self neglect as a geriatric syndrome. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54:1954-66.

## La dimissione del paziente anziano: uno strumento per la valutazione del rischio - l'indice di BRASS

*Silvia Marcadelli\**, *Vito Petraia\**, *Vita Saponaro\*\**

\* Servizio Assistenza ASL 4, Matera

\*\* Servizio Riabilitativo e Tecnico Sanitario e Sociale ASL 4, Matera

**L**a corretta pianificazione dell'assistenza infermieristica comporta una puntuale rilevazione dei bisogni assistenziali effettuata attraverso un'accurata raccolta dei dati. Per evitare che i dati raccolti siano influenzati da elementi soggettivi legati all'esperienza ed alla competenza di ogni infermiere, con conseguente scarsa efficienza organizzativa che produce una bassa standardizzazione dell'organizzazione dell'équipe professionale, è bene ricorrere all'utilizzo di scale validate scientificamente e indici assistenziali.

Le scale di valutazione e gli indici assistenziali favoriscono:

- una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali;
- una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza;
- la comunicazione o lo scambio di informazioni tra le diverse discipline (Silvestro, 2003).

In particolare, quando si prende in considerazione il bisogno di assistenza della persona anziana si deve fare i conti con una complessità la cui conoscenza è indispensabile per tutti i professionisti che partecipano all'intero percorso assistenziale; chi si occupa del paziente anziano non può prescindere da questa complessità: solamente una strategia che si fondi sulla valutazione globale dei bisogni può essere garanzia di un piano di cura e assistenza finalizzato alla conservazione della massima autonomia personale e sociale (Zanetti, 2003).

### **LA DIMISSIONE DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE**

La dimissione di un paziente, dall'ospedale al territorio, al domicilio, presso altre strutture, ma anche nel pas-

saggio da un reparto all'altro è un momento critico nel percorso di qualunque persona, perché si modificano i regimi di cura, cambiano i contesti e gli operatori sanitari, l'intensità e la tipologia degli interventi (Bono e Dutto, 2006).

La preparazione del paziente alla dimissione è quindi una responsabilità assistenziale, oltre che un diritto del paziente e dei suoi familiari, che devono essere coinvolti e accompagnati in tutto il percorso assistenziale. In particolare, occorre porre una specifica attenzione agli scambi informativi su di uno stesso caso e non si può non fare riferimento alla modalità di valutazione della persona e dei suoi bisogni, valutazione che viene inevitabilmente influenzata dal contesto di riferimento. Ed il contesto di ricovero ospedaliero e quello domiciliare sono talmente diversi da determinare enormi differenziazioni nella valutazione effettuata.

Uno dei più grossi problemi che emerge nella comunicazione ospedale/territorio in merito alle dimissioni protette, quindi alla continuità dell'assistenza, è proprio legato a questo aspetto di difficoltà nel cogliere l'intera complessità della persona, durante e dopo l'evento malattia.

La valutazione della persona che viene fatta all'interno del contesto ospedaliero è fortemente condizionata dai ruoli messi in atto durante il ricovero. Cioè, la struttura organizzativa ospedale esercita una forte pressione sulla persona (orari, luoghi, abbigliamento...) che gli impedisce di esprimere le attività di vita, considerate da un punto di vista assistenziale, come farebbe al domicilio, tanto che alcune di queste

**Tabella I** - Strategie in base al percorso post-dimissione (Saiani et al., 2004).

Percorso post-dimissione	Interventi da includere nel piano di dimissione
Rientro a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assicurare informazioni</li> <li>- Attivare interventi di educazione terapeutica per migliorare la capacità di autogestione per problemi temporanei o definitivi</li> </ul>
Rientro a domicilio con attivazione di servizi (prestazioni mediche, infermieristiche o sociali programmate e di supporto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informare e discutere col paziente e i familiari gli obiettivi assistenziali da garantire a domicilio</li> <li>- Condividere con i familiari la richiesta di attivazione dei servizi territoriali</li> <li>- Valutare le informazioni da trasmettere ai colleghi dell'assistenza territoriale o del distretto (ADI ecc.) per garantire continuità</li> <li>- Garantire informazioni sulle modalità e recapiti dei servizi</li> </ul>
Attivazione del servizio sociale per residenze sanitarie protette, strutture riabilitative, o strutture di accoglienza sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condividere con i familiari o le persone di riferimento la richiesta di attivazione servizi sociali</li> <li>- Attivare il servizio sociale</li> <li>- Valutare le informazioni da trasmettere a coloro che assicureranno le prestazioni nell'ambito residenziale</li> </ul>
Attivazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) che di solito inizia con una valutazione multidimensionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condividere con i familiari o le persone di riferimento la richiesta di attivazione dell'ADI</li> <li>- Attivare precocemente la valutazione multidimensionale</li> <li>- Trasmettere informazioni ai colleghi del servizio domiciliare integrato</li> </ul>
Trasferimento a un servizio per post acuti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condividere con i familiari o le persone di riferimento l'attivazione del servizio post acuti concordando anche tempi e modalità del trasporto</li> <li>- Attivare il servizio</li> <li>- Organizzare il trasferimento del paziente</li> <li>- Garantire le informazioni sulla situazione assistenziale del paziente e sulle esigenze di continuità</li> </ul>

attività "escono" dalla rilevazione ai fini del processo assistenziale (Bassetti, 2002).

A questo si deve aggiungere che la previsione di un progetto assistenziale a domicilio, eseguita prima della dimissione anche dagli stessi operatori dell'assistenza territoriale e domiciliare, può incorrere negli stessi errori di valutazione, se l'assistito non è già conosciuto dal servizio, proprio perché la persona osservata in ospedale, una volta reinserita nel suo ambiente, "cambia" completamente.

La continuità dell'assistenza, che inizia con la corretta valutazione della persona e della sua rete informale di cura, si può perseguire attraverso modalità di ascolto reciproco (tra operatori dell'ospedale e operatori del territorio), attraverso il superamento del problema del contenimento dei tempi di ricovero che impone dimissioni precoci, se la persona o la famiglia non sono

pronte per affrontare la situazione a domicilio. Ma ancora, attraverso la definizione ed attuazione di percorsi di educazione ed addestramento all'uso di tecnologie o metodiche assistenziali già durante il ricovero, anche se i tempi sono stretti, attraverso lo sviluppo di modalità di comprensione e coinvolgimento dei familiari durante il momento del ricovero, anche se oggi-giorno i reparti ospedalieri osservano ancora gli orari di apertura ai parenti.

## **LA PIANIFICAZIONE DELLA DIMISSIONE**

La pianificazione della dimissione è un intervento assistenziale che mira ad assicurare la continuità delle cure; consiste in una serie di passaggi in cui dovrebbero essere analizzati i problemi della persona ad uno ad

## MATERIALI DI LAVORO

uno. Per fare ciò è possibile utilizzare uno strumento di valutazione, l'indice di BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening) (Blaylock e Cason, 1992), che può essere adottato già dal momento dell'ammissione in reparto e che consente di identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile.

Pianificare la dimissione consente di attuare quei percorsi educativi di cui sopra, al fine di garantire l'adattamento alla nuova condizione di malattia considerando che, con lo spostamento del fulcro delle malattie da acute e infettive a cronico-degenerative (Ardigò, 1997), per diminuire i prolungati periodi di ricovero è diventato necessario ridefinire il rapporto ammalato-operatori sanitari: quanto più aumentano le cure a domicilio, le opportunità di home-care, tanto più è indispensabile una collaborazione e cooperazione attiva dei pazienti e dei loro familiari che, volenti o nolenti, sono coinvolti nel processo di cura e assistenza domiciliare.

Particolare attenzione andrà posta nel tempo di attivazione del processo educativo poiché, ad esempio, non si può istruire un paziente (o un suo familiare) alla gestione di una terapia insulinica (o anticoagulante) il giorno prima della dimissione, ma è necessario iniziare subito dopo che il medico ha impostato la terapia utilizzando tutte le occasioni che si presentano in modo organico ed efficace.

### L'INDICE DI BRASS

L'indice di BRASS fu sviluppato come parte del sistema di pianificazione della dimissione soprattutto per i pazienti di età superiore a 65 anni. Le autrici (Blaylock e Cason, 1992) nella revisione della letteratura, e nella loro esperienza nel campo dell'assistenza in geriatria e gerontologia, hanno identificato i seguenti fattori: età, stato funzionale, stato cognitivo, supporto sociale e condizioni di vita, numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso e numero di problemi clinici attivi. Esse hanno incluso anche: modello comportamentale, mobilità, deficit sensoriali e numero dei farmaci assunti perché, pur non essendo elementi dello stato funzionale o cognitivo, sono rilevanti per gli anziani. L'esperienza delle autrici suggeriva che se il paziente doveva assumere un grande quantitativo di farmaci c'era un'alta probabilità di non compliance al programma terapeutico.

#### Descrizione

Il BRASS index è uno strumento utilizzato per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile. I dati vengono raccolti compilando la scala, intervistando i parenti o chi assiste il malato.

L'indice di BRASS indaga 10 dimensioni (di cui si è detto sopra):

- età
- situazione di vita
- supporto sociale
- stato funzionale
- stato cognitivo
- modello comportamentale
- deficit sensoriali
- ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso
- problemi clinici attivi
- numero di farmaci assunti.

#### Popolazione

Soggetti ricoverati in ospedale.

#### Modalità di somministrazione

*Esaminatore:* infermiere.

*Punteggio:* la valutazione viene fatta in base ad informazioni fornite da un familiare o persona che conosce bene il paziente. Sono identificate 3 classi di rischio: basso (0-10) medio (11-19) alto (20-40).

*Durata:* la scala è semplice, veloce (circa 15 minuti) e richiede un addestramento minimo.

#### Applicazione

*Clinica:* Valutazione dei pazienti al momento dell'ammissione in ospedale.

#### Limiti

Il BRASS index è di facile compilazione e fornisce buone indicazioni per la validità predittiva (specificità) in merito ai problemi legati alla dimissione del paziente: i pazienti ad alto rischio frequentemente non vengono dimessi a domicilio (Mistiaen et al., 1999). Tuttavia dagli studi effettuati (Mistiaen et al., 1999; Chaboyer et al., 2002) l'indice risulta poco sensibile nell'identificare quei pazienti che potrebbero presentare problemi dopo la dimissione probabilmente perché, effettuando la rilevazione al momento dell'ammissione in ospedale, non vengono correttamente identificati quegli anziani che peggiorano le loro condizioni a causa dell'ospedalizzazione, specie se prolungata.

## Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)

Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato.

### Età (una sola opzione)

- 0 = 55 anni o meno
- 1 = 56-64 anni
- 2 = 65-79 anni
- 3 = 80 anni e più

### Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)

- 0 = Vive col coniuge
- 1 = Vive con la famiglia
- 2 = Vive da solo con il sostegno della famiglia
- 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti
- 4 = Vive solo senza alcun sostegno
- 5 = Assistenza domiciliare/residenziale

### Stato funzionale (ogni opzione valutata)

0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL)

Dipendente in:

- 1 = Alimentazione/nutrizione
- 1 = Igiene/abbigliamento
- 1 = Andare in bagno
- 1 = Spostamenti/mobilità
- 1 = Incontinenza intestinale
- 1 = Incontinenza urinaria
- 1 = Preparazione del cibo
- 1 = Responsabilità nell'uso di medicinali
- 1 = Capacità di gestire il denaro
- 1 = Fare acquisti
- 1 = Utilizzo di mezzi di trasporto

### Stato cognitivo (una sola opzione)

- 0 = Orientato
- 1 = Disorientato in alcune sfere\* qualche volta
- 2 = Disorientato in alcune sfere\* sempre
- 3 = Disorientato in tutte le sfere\* qualche volta
- 4 = Disorientato in tutte le sfere\* sempre
- 5 = Comatoso

\* Sfere: spazio, tempo, luogo e sè

### Modello comportamentale (ogni opzione valutata)

- 0 = Appropriato
- 1 = Wandering
- 1 = Agitato
- 1 = Confuso
- 1 = Altro

### Mobilità (una sola opzione)

- 0 = Deambula
- 1 = Deambula con aiuto di ausili
- 2 = Deambula con assistenza
- 3 = Non deambula

### Deficit sensoriali (una sola opzione)

- 0 = Nessuno
- 1 = Deficit visivi o uditivi
- 2 = Deficit visivi e uditivi

### Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso

(una sola opzione)

- 0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi
- 1 = Uno negli ultimi 3 mesi
- 2 = Due negli ultimi 3 mesi
- 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi

### Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)

- 0 = Tre problemi clinici
- 1 = Da tre a cinque problemi clinici
- 2 = Più di cinque problemi clinici

### Numero di farmaci assunti (una sola opzione)

- 0 = Meno di tre farmaci
- 1 = Da tre a cinque farmaci
- 2 = Più di cinque farmaci

PUNTEGGIO TOTALE \_\_\_\_\_

Punteggio	Indice di rischio
0-10 rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
11-19 rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione
≥ 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni



## NOTE CONCLUSIVE

La BRASS, somministrata come parte dell'assessment di ammissione del paziente in ospedale, consente di identificare coloro che sono a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile: in particolare i pazienti che avranno bisogno dell'attivazione di servizi (o risorse assistenziali anche familiari) per l'assistenza extraospedaliera. Gli infermieri possono utilizzare le informazioni che la BRASS fornisce per pianificare interventi educativi da attuare durante il ricovero e programmi assistenziali domiciliari.

Ulteriori studi sulla sua applicazione sono necessari per meglio precisare i livelli di rischio, poiché il bilanciamento tra specificità e sensibilità può essere raggiunto scegliendo diversi livelli di cut-off nel punteggio dell'indice (Mistiaen et al., 1999).

Gli aspetti di criticità evidenziati possono essere limitati da ripetute valutazioni durante l'ospedalizzazione, soprattutto se prolungata, proprio perché le persone anziane possono modificare il loro stato funzionale nel corso del ricovero poiché "la valutazione, specialmente se rigorosa – anche quando sembra difficile o senza speranza – è garanzia di rispetto per ogni singola persona e indicazione di ottimismo sulle potenzialità dell'anziano e sulle sue possibilità di rispondere in modo significativo a un progetto di cure (Trabucchi, 2003)".

## BIBLIOGRAFIA

Ardigò A. *Società e Salute* Franco Angeli, Milano 1997.

Bassetti O. *La professione infermieristica oggi: le nuove priorità* Rosini Editrice, Firenze 2002.

Blaylock A, Cason C. *Discharge Planning predicting patients' needs*, Journal of Gerontological Nursing 1992;18(7).

Bono L, Dutto A. *Dimissioni del paziente*, Dossier Infad, N. 9 2006, <http://ai-fa.progettoecce.it>.

Chaboyer W, Kendall E, Foster M. *Use of the "BRASS" to identify ICU patients who may have complex hospital discharge planning needs*, Nursing Critical Care 2002;7(4).

Mistiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A, Ros W, Blaylock A. *Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems*, Journal of Advanced Nursing 1999; 30(5):1050-6.

Saiani L, Palese A, Brugnolli A, Benaglio C. *La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri*, Assistenza Infermieristica e Ricerca 2004; 23:233-49.

Silvestro A. *Premessa, Le scale di valutazione: strumenti per l'integrazione e il miglioramento dell'assistenza*, in "Le scale di valutazione: strumenti per la rilevazione dei dati clinici nell'assistenza infermieristica", I Quaderni de L'Infermiere 2003 n. 6 – Settembre.

Trabucchi M. *La valutazione multidimensionale: per misurare e comprendere* in Zanetti E. (a cura di) *La valutazione in geriatria*, Carocci Faber, Roma 2003.

Zanetti E. (a cura di) *La valutazione in geriatria*, Carocci Faber, Roma 2003.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Altieri L. (a cura di) *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità: dimensioni, modelli, prospettive, problemi*. Salute e Società 2002 n. 2, Franco Angeli, Milano.

D'Addato S, Marcadelli S, Sinoppi M. *Famiglia e Servizio di Assistenza Domiciliare nell'Anziano: modello Teorico-pratico*, Giornale di Gerontologia 2000;XLVIII(11).

Grimmer K, May E, Dawson A, Peoples C. *Informing Discharge Plans. Assessment of Elderly Patients in Australian Public Hospital: a Field Study* The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice 2004;2(3).

La Rosa M, Orsi W, Porcu S. *Anziani salute e ospedale* Franco Angeli, Milano 1990.

Marcadelli S. *Le aree dell'assistenza territoriale: i problemi emergenti le prestazioni di qualità e le opportunità per il futuro* in O. Bassetti, "La professione infermieristica oggi: le nuove priorità" Rosini Editrice, Firenze 2002.

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

# MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

III edizione

Sotto l'egida dell'Associazione Italiana di Psicogeriatra



CIG Edizioni Internazionali

**Volume cartonato di 632 pagine**  
**f.to cm 21x28**  
**€ 120,00**

# Percorsi di cura, prassi terapeutiche e differenze individuali in anziani con sindrome di Down

Ulrico Mantesso\*, Tiziano Gomiero\*, Luc Pieter De Vreese\*\*

\* ANFFAS Trentino Onlus

\*\* U.O. Salute Anziani, Psico geriatria, Distretto di Modena e Castelfranco-Emilia, ASL di Modena

## INTRODUZIONE

La sindrome di Down (*Down's Syndrome*, DS) è la causa geneticamente determinata più frequente di disabilità intellettiva ed evolutiva (IDD) (Roizen e Patterson, 2003). I progressi scientifici della medicina, e le conquiste in ambito politico e sociale che hanno contribuito al significativo aumento delle attese di vita della popolazione generale sono molto simili a quelli che hanno determinato un incremento della longevità nelle persone con DS (Janicki e Walsh, 2002), la cui entità, tuttavia, è in funzione del livello di compromissione cognitiva, oltre che adattiva (Formica, 2000).

Questo allungamento della aspettativa di vita nei soggetti con DS, che si stima in Italia intorno ai 62 anni di età (Mastroiacovo et al., 2002), si associa ad un rischio età-correlato di demenza che è maggiore rispetto alla popolazione generale. L'elevato rischio di sviluppare demenza con l'avanzare dell'età deriva verosimilmente dall'iperproduzione di beta-amiloide, codificato proprio sul braccio lungo del cromosoma 21 (Schupf, 2002). Infatti, l'incidenza delle tipiche alterazioni neuropatologiche alzheimeriane aumenta in modo esponenziale nei cervelli di soggetti con DS a partire dalla terza decade di età fino ad arrivare al 100% in quelli ultrasessantenni (Mann, 1988). Anche i tassi di prevalenza di demenza primaria – la cui forma prevalente nei soggetti DS è la *Dementia in Alzheimer's Disease* (DAD, demenza nella Malattia Alzheimer) – è di gran lunga superiore rispetto a quelli nella popolazione generale, anticipando di circa 30 anni l'esordio della malattia: 9,3%, 36,1% e 54,5% ri-

spettivamente nella quarta, quinta e sesta decade di età (Prasher, 2005).

## L'ANZIANO CON IDD CHE SI AMMALA DI DEMENZA: UN PROBLEMA

Il modello contenitivo e custodialistico della presa in carico di adulti e anziani con IDD in generale, e con DS in particolare, è stato via via abbandonato per un modello interventistico e riabilitativo che integra costrutti multidimensionali sulla qualità di vita del disabile e metodologie d'intervento, secondo le indicazioni dell'*American Association of Intellectual Developmental Disability* (AAIDD, 2005). Ciò ha portato, come esito di processo, ad una riduzione del numero di contenzioni fisiche, di psicofarmaci e delle chiamate mediche per emergenza (Corti, 2007).

Tuttavia, gli attuali servizi dedicati alla IDD, pur essendo esperti nell'assistere e curare adulti e anziani con DS, in grado anche di gestire i disturbi del comportamento adattivo e le varie complicanze di natura psichiatrica, vanno incontro a serie difficoltà quando queste persone si ammalano anche di demenza (Huxley et al., 2005). Il personale di cura è poco o per niente preparato a gestire i deficit cognitivi e i disturbi non cognitivi (BPSD, sintomi comportamentali e psichici della demenza) di nuova comparsa associati ad una progressiva perdita delle abilità funzionali residue pre-morbore, e i centri, spesso, sono sprovvisti di ambienti necessari per assicurare i bisogni specifici di questi 'nuovi' pazienti. La non preparazione del personale, e

## ESPERIENZE

la non adeguatezza degli ambienti e degli aspetti organizzativi, espongono questi 'nuovi' pazienti ad un elevato rischio di ingresso anticipato in una casa protetta per anziani, con un inevitabile aumento della sofferenza psicologica del malato e della famiglia e dei costi sociali per la collettività.

### **IL PROGETTO DAD: PER UNA MIGLIORE GESTIONE DELL'ANZIANO CON IDD E DEMENZA**

Nel mese di novembre 2005 ha preso il via il 'Progetto DAD' dell'ANFFAS Trentino Onlus con l'apertura di una nuova comunità alloggio 'La Meridiana' per una decina di adulti e anziani con IDD, prevalentemente con DS, che durante il giorno frequentano un centro diurno annesso aperto ad altre persone con IDD. Uno degli obiettivi principali del progetto è verificare se alcune modalità d'intervento, adottate dalla buona prassi clinica nella popolazione generale affetta da demenza, siano in grado di ritardare il trasferimento dei suoi ospiti in una struttura per anziani rispetto a coloro che frequentano i servizi dedicati alla IDD con una gestione 'tradizionale'. Questi interventi sono sia di tipo globale, sia legati a procedure specifiche, e hanno scopi sia preventivi (ritardare la comparsa di una DAD clinicamente conclamata) che di trattamento sintomatico (rallentare la progressione dei deficit cognitivi e funzionali e controllare i disturbi non cognitivi di una DAD). Gli approcci globali sperimentati sono quelli della *Gentle Care* di Moyra Jones (edizione italiana a cura di Bartorelli, 2005) e della *Person-centered Care* di Tom Kitwood (1997). Il primo si pone l'obiettivo di sostenere il benessere dell'ospite attraverso la 'trasformazione protesica' non solo dello spazio fisico, ma anche degli operatori e dell'ospite medesimo e delle sue attività quotidiane (Guaita, 2005). Anche la gestione persona-centrica di Tom Kitwood mira al benessere dell'ospite partendo dal presupposto che, oltre al danno cerebrale, altri fattori incidono profondamente sul vivere quotidiano della singola persona quali la salute fisica, la biografia, la personalità e il contesto psico-sociale. Tutti gli operatori del centro sperimentale sono stati quindi formati con un corso teorico-pratico di base volto ad insegnare i principi di entrambi suddetti approcci con periodiche verifiche ed aggiornamenti. Per contro, gli interventi specifici sono orientati alla sfera cognitiva (stimolazione cognitiva mediante terapia ricreazionale ed attività di socializzazione), alla sti-

molazione sensoriale (musicoterapia con o senza ballo, attività formali ed informali con cane addestrato 'residente') e all'attività fisica (ginnastica in acqua, piscina). Alcuni operatori hanno partecipato a corsi tenuti dai rispettivi esperti di ciascuna procedura (musicoterapeuta, addestratore di cane, psicologo e/o educatore). Le attività fisiche, invece, sono svolte da fisioterapisti e da diplomati ISEF. L'elasticità organizzativa, la massima flessibilità nei tempi e nei modi di attuazione (Lawton et al., 1998) di suddetti interventi, i più personalizzati possibile (Symard, 1999) e proposti in modo ludico (Cohen-Mansfield, 2000), fungono da rinforzi 'terapeutici' essenziali nel 'prendersi cura' degli ospiti.

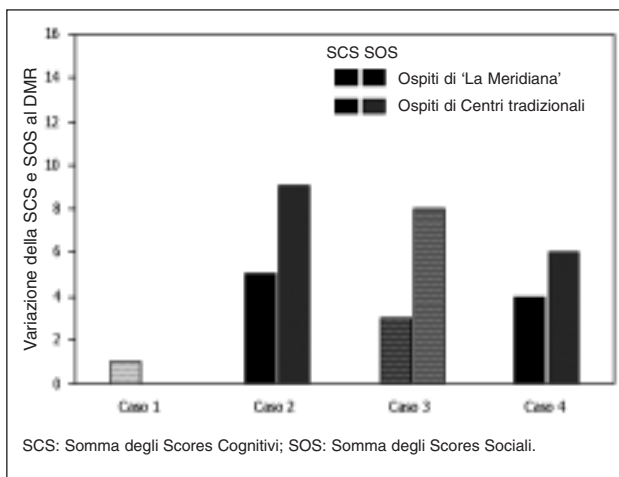
### **STORIE DI VITA SIMILI, PERCORSI DI CURA DIFFERENTI**

Descriviamo ora i percorsi di cura di due coppie di anziani con DS, due maschi e due femmine, paragonabili, all'interno della coppia, in termini di età, di gravità del ritardo mentale e di *background* socio-culturale. Un soggetto di ogni coppia è stato inserito nel centro sperimentale 'La Meridiana', mentre il rispettivo 'caso-controllo' è stato preso in carico da una comunità alloggio dedicata alla IDD tradizionale.

#### **Caso 1**

Maschio con buone capacità e autonomie personali e sociali. Ha lavorato per diversi anni presso la cooperativa Laboratorio Sociale di Trento dove effettuava attività soprattutto di assemblaggio. Per più di 10 anni è stato ospite delle comunità alloggio dell'ANFFAS Trentino e negli ultimi anni ha perso interesse alle attività di assemblaggio ed è stato accolto in uno dei centri diurni della stessa associazione.

Dal mese di novembre 2005 è stato inserito nel centro sperimentale 'La Meridiana', e dal momento del suo inserimento non ha mostrato segni evidenti di decadimento cognitivo: un solo punto di regressione nell'ultimo anno al SCS del *Dementia Questionnaire for Persons with Intellectual disabilities* (DMR, v. Appendice) (Fig. 1). Si sveglia presto la mattina (verso le 6:30), mantiene molto interesse nel sapere chi sarà l'operatore in servizio e nell'informarsi su quelli eventualmente in ferie, mentre nel pomeriggio gradisce appartarsi dopo pranzo per dei sonnellini nell'area adiacente all'ingresso del centro diurno da dove sorveglia l'entrata di tutte le persone che, dopo averle riconosciute, si affretta a salutare. Continua a collaborare se lo decide,

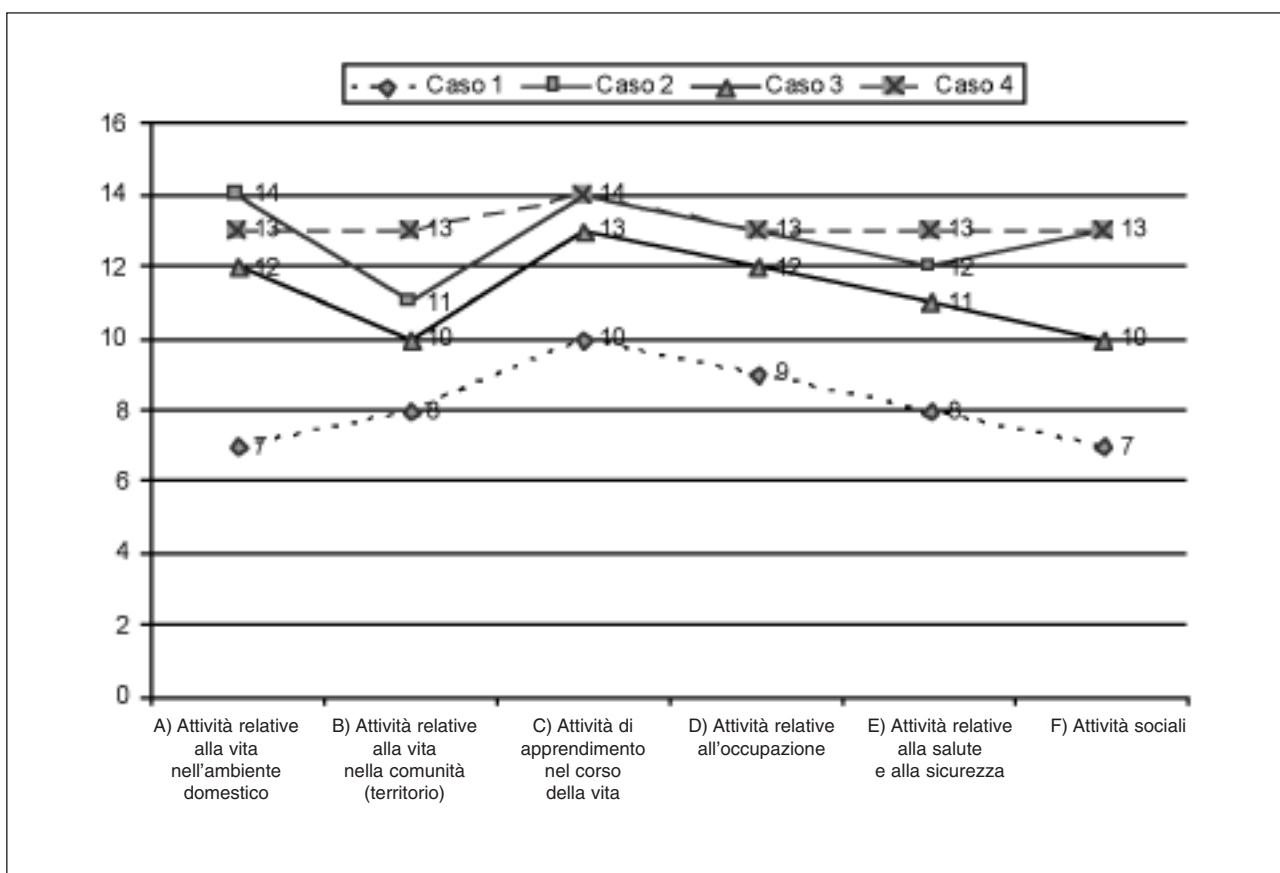


**Figura 1** - Dementia Questionnaire for Persons with Intellectual disabilities (DMR).

a piccole attività domestiche (ad esempio aiutare nella spesa al supermercato) e agli interventi di stimolazione proposti. Continua anche a mantenere e a desiderare i rapporti con i familiari che si occupano di lui. Alla *Supports Intensity Scale* (SIS, versione italiana a cura di Leoni e Croce, 2007) che valuta i bisogni di sostegno in otto diversi domini della qualità di vita di persone con IDD, ha ottenuto nel mese di giugno 2007 un punteggio totale di 87 pari al 19°esimo percentile (Fig. 2). Infine, non evidenzia una necessità di supporto intenso nelle attività quotidiane di base (AFAST, FAST) così come non evidenzia particolari difficoltà comportamentali (AADS) e medico-sanitarie (Tab. 1).

### Caso 2

Maschio con buone capacità e autonomie personali e sociali. In passato ha lavorato per diversi anni presso la



**Figura 2** - Valutazione dell'intensità dei bisogni di sostegno (SIS).

**Tabella I** - Caratteristiche anagrafiche e cliniche dei quattro casi descritti.

	a			b			a			b		
	Caso 1			Caso 2			Caso 3			Caso 4		
Sesso	Maschio			Maschio			Femmina			Femmina		
Età (aa.)	57			61			58			60		
AADS:	F	D	I	F	D	I	F	D	I	F	D	I
- Deficit comportamentali (max. = 306)	10	0	0	64	29	29	2	4	15	95	59	55
- Eccessi comportamentali (max. = 198)	8	0	0	34	22	20	6	4	15	48	46	48
CIRS												
- Indice di severità (max. = 5)	1,23			1,15			1,23			1,61		
- Indice di comorbilità (max. = 13)	1			0			1			2		
AFAST (max. = 46)	3			31			27			45		
Diagnosi di DAD	no			sì			sì			sì		
GDS/FAST	2			7/c			6/d			7/f		

I valori riportati si riferiscono al momento della istituzionalizzazione in casa di riposo dei casi 2 e 4.

a: Ospite del centro "La Meridiana"; b: Ospite di un centro dedicato tradizionale; AADS\*: Assessment for Adults with Developmental Disabilities: F: frequenza; D: difficoltà di gestione; I: impatto sulla qualità di vita della persona; CIRS: Cumulative Illness Rating Scale; AFAST\*: Alzheimer Functional Assessment Tool; GDS: Global Deterioration Scale; FAST: Functional Assessment Staging. \* Si veda in Appendice, per una breve descrizione dei contenuti delle scale dedicate alla IDD e DAD.

cooperativa Laboratorio Sociale di Trento dove effettuava, come il caso 1, attività soprattutto di assemblaggio. Da più di 10 anni è ospite delle comunità alloggio dell'ANFFAS Trentino Onlus e negli ultimi anni, in corrispondenza dell'invecchiamento che lo rendeva inabile alla continuazione delle routines lavorative, è stato accolto in uno dei centri diurni della stessa associazione.

A partire dall'inizio del 2006 si è notato un progressivo decadimento delle capacità cognitive, con difficoltà di comprendere istruzioni, perdita di memoria, difficoltà nel rispondere agli stimoli: 5 punti di regressione in un anno alla SCS e 9 punti alla SOS del DMR (Fig. 1). Ha evidenziato successivamente anche agnosia visiva ed uditiva, fino ad arrivare ad una perdita importante delle abilità residue: va aiutato nel vestirsi, nell'utilizzo della toilette e nel lavarsi. Si è posta quindi una diagnosi clinica di DAD secondo i criteri dell'*American Association on Mental Retardation* (AAMR, Aylward et al.,

1997). Successivamente è insorta anche difficoltà di deglutizione, per cui doveva essere assistito nei pasti di cibo frullato. Per una progressiva perdita del linguaggio e della capacità di adattamento all'ambiente di vita, il soggetto è apparso sempre più disturbato dagli altri ospiti del centro diurno (Tab. 1). Nel mese di agosto 2007 si è deciso per un inserimento in una casa di riposo per anziani. I dati di una valutazione multidimensionale effettuata poco prima sono riportati nella Tabella 1. La SIS, effettuata nel mese di giugno 2007, evidenzia una necessità di supporto intenso nelle attività quotidiane e relazionali, e di particolari bisogni di sostegno di tipo comportamentale, con un punteggio totale di 120 pari al 91°esimo percentile (Fig. 2).

### Caso 3

Femmina. Ha vissuto in famiglia fino al 1982, anno in cui è stata inserita presso ANFFAS Trentino Onlus, ma in precedenza aveva già trascorso alcuni anni presso

diversi istituti del Trentino e nell'infanzia si segnala un ricovero di circa un anno per problemi polmonari (sospetta tubercolosi). Ha sempre dimostrato una buona comprensione del linguaggio soprattutto dialettale e ha mostrato ottime capacità relazionali, autonomie personali e sociali con grande attenzione al contesto. Per le sue buone capacità di interazione e di comprensione ha sempre collaborato attivamente alle attività domestiche in cui veniva coinvolta, pur in presenza di un importante deficit visivo. Soffre da anni di un severo ipotiroidismo.

Dal mese di novembre 2005 è stata inserita presso il centro sperimentale 'La Meridiana', ma dall'inizio del 2006 gli operatori hanno segnalato un evidente bradipsichismo e una maggiore difficoltà nella gestione quotidiana, caratterizzata da crescenti atteggiamenti oppositivi durante l'igiene personale e in tutti gli spostamenti all'interno del centro. È comparsa inoltre episodica urgenza minzionale e alcuni BPSD, specie durante le ore notturne. Viene ripetuto il DMR che evidenzia una perdita di 3 punti alla SCS e 8 punti alla SOS rispetto alla rilevazione di 12 mesi prima (Fig. 1). Ipotizzando una diagnosi clinica di DAD secondo i criteri AAMR (Aylward et al., 1997), viene attuata una maggiore flessibilità nella gestione e negli interventi formali ed informali. I punteggi alle scale di valutazione del comportamento e della disabilità funzionale, riportati nella Tab. 1, corroborano l'ipotesi diagnostica di una DAD, confermata da un punteggio elevato alla SIS di 109 pari al 73°esimo percentile (Fig. 2). In questi ultimi mesi, tuttavia, non sono stati segnalati ulteriori peggioramenti di rilevanza clinica nei tre domini principali della demenza quali le funzioni cognitive, le abilità funzionali e il comportamento. L'ospite non assume per ora alcun psicofarmaco.

#### Caso 4

Femmina. È vissuta in famiglia fino alla morte di entrambi i genitori, dopo di che è stata inserita presso uno dei centri diurni socio-educativi di ANFFAS Trentino Onlus, rientrando la sera in famiglia presso una cognata; era dotata di buone autonomie personali con una grande capacità relazionale e di interazione con le persone. Circa 4 anni fa è stata accolta presso una comunità alloggio di ANFFAS Trentino Onlus per iniziale peggioramento della situazione clinica (deficit visivo, grave ipotiroidismo) e per le difficoltà di gestione da parte familiare.

A partire dal 2004 si era notato un iniziale ma pro-

gressivo deterioramento delle capacità cognitive residue (difficoltà di comprendere istruzioni, perdita di memoria, difficoltà nel rispondere agli stimoli, agnosia visiva ed uditiva), fino ad arrivare ad una regressione importante dei livelli di autonomia, per cui doveva essere costantemente sostenuta nelle principali attività di base (vestizione, igiene, alimentazione). Compatibile con una diagnosi clinica di una DAD (AAMR, Aylward et al., 1997) vi è stata successivamente una progressiva scomparsa delle competenze linguistiche, fonte di un ulteriore peggioramento della sua capacità di adattamento all'ambiente sociale. Infatti, nell'ultimo anno si è osservata una ulteriore perdita di 4 e 6 punti alla SCS e SOS del DRM (Fig. 1). Più di recente si sono presentate difficoltà crescenti nella deambulazione, ripetuti episodi di *ab ingestis*, frequenti momenti di labilità emotiva con crisi ripetute di pianto. Il decorso clinico si è poi complicato con disfagia stabilizzata, ipotensione ortostatica e crisi epilettiche. La condizione generale, diventando sempre più incompatibile con le strutture ANFFAS Trentino Onlus, ha portato ad un suo inserimento in una casa di riposo per anziani. La Tabella 1 e la Figura 2 (punteggio totale di 122 pari al 91°esimo percentile) riassumono il profilo clinico e i suoi bisogni di sostegno poco prima del suo ricovero nella casa di soggiorno.

#### ALCUNE CONSIDERAZIONI DI NATURA ETICA

Allo stato attuale delle nostre conoscenze non è possibile provare con certezza quanto una condizione di vita psico-sociale favorevole possa influire nei confronti di una malattia neurodegenerativa come la DAD, sia in termini di prevenzione che di contenimento sintomatico. Tuttavia, le storie raccontate sottolineano quanto una gestione mirata al benessere della persona nella sua interezza, aiutata da interventi orientati sia alle funzioni cognitive, alle abilità quotidiane, alle emozioni, che all'attività fisica, possa interferire positivamente sul destino cognitivo e quindi anche sociale a medio-lungo termine di anziani con DS. Le due persone inserite nel centro 'La Meridiana' sono ancora presenti a distanza di due anni dal loro ingresso, mentre gli altri due anziani, comparabili ai soggetti 'sperimentali' per sesso, età, grado di ritardo mentale, storia di vita e *background* socio-culturale, ma inseriti in una comunità alloggio tradizionale, sono già stati trasferiti in una struttura per anziani.

## ESPERIENZE

Il caso 1, come il suo 'caso-controllo', aveva abbandonato qualche anno or sono la sua attività lavorativa in un Laboratorio Sociale di Trento, episodio verosimilmente indicativo di una perdita di spinta motivazionale età-correlata. Il caso 2, invece, pur in presenza di un identico percorso di cura, ha sviluppato una DAD conclamata poco tempo dopo il suo inserimento in una comunità alloggio tradizionale. Non si può escludere che il caso 1 non sarebbe andato incontro a demenza neppure se fosse stato inserito in una comunità alloggio di tipo tradizionale, come non è da escludere l'insorgenza di una malattia dementigena nel caso 2 qualora fosse stato inserito nel centro 'La Meridiana' (vedi caso 3). Tuttavia, è anche ragionevole ipotizzare che gli interventi, sia di tipo globale che dominio-specifici, a cui è stato sottoposto il caso 1 nel centro sperimentale abbiano, per ora, ritardato la manifestazione clinica di una DAD, nonostante una molto probabile presenza di tipiche alterazioni neuropatologiche della malattia. Di fatto, dati derivanti sia da modelli animali con topi transgenici affetti da malattia alzheimeriana (Berardi et al., 2007) che da studi epidemiologici nella popolazione generale (Albert, 2007) evidenziano un ruolo 'protettivo' di una vita con un mirato grado di stimolazione a più livelli verso la demenza di Alzheimer. D'altro canto, è anche plausibile immaginare che qualora il caso 2 fosse stato preso in carico dal centro 'La Meridiana', si sarebbe potuto ritardare il suo trasferimento in una struttura per anziani (vedi caso 3).

Le storie di vita delle due donne sono molto simili, ad eccezione dell'esordio della DAD, avvenuta circa un anno e mezzo prima nel 'caso-controllo' rispetto al caso 3 inserito nel centro 'La Meridiana'. Il caso 3, pur in presenza di notevoli problemi di comportamento sia diurni che notturni, è gestito senza grosse difficoltà dal personale di cura formato, con addirittura una temporanea stabilizzazione del quadro sintomatologico. Per contro, il caso 4, che ha evidenziato una rapida ed inesorabile progressione della malattia, è stato inserito in una struttura protetta per anziani non solo per gli ingravescenti comportamenti dirompenti, ma anche per le tipiche complicazioni legate alla fase avanzata della Demenza Alzheimer, di difficile controllo in una comunità alloggio tradizionale. La permanenza del caso 3 nel centro sperimentale, e l'allontanamento del caso 4 dalla comunità alloggio tradizionale, concordano con la superiorità dei nuclei specialistici (SCU, *Special Care Units*) nel 'prendersi cura' dei malati di demenza con BPSD rispetto ai servizi residenziali tradizionali, seb-

ne non esistano a tutt'oggi né una definizione standard degli SCU né dati conclusivi circa gli esiti in termini cognitivi, funzionali e comportamentali dei loro residenti (Lai et al., 2007).

Di recente, il Comitato Nazionale per la Bioetica, in un documento intitolato "Bioetica e diritti degli anziani" (20 gennaio 2006, <http://www.governo.it/bioetica/testi/anziani.pdf>) sottolinea che, in ogni età ed in ogni circostanza, la persona non autosufficiente conserva le sue caratteristiche insopprimibili di persona umana e di cittadino, un "doppio valore" che ne tutela la dignità, i diritti e gli interessi.

In questa ottica, la dimensione assistenziale dell'anziano con IDD è certamente la più intricata e ricca di contraddizioni: ad esempio si sostiene molto intensamente la necessità di un'assistenza fuori dalle case di riposo (mediante la creazione di "Case Famiglia" o di "Comunità") – orientamento sicuramente positivo – mentre si sa che, per coloro che sviluppano una demenza, una soluzione del genere è difficilmente sostenibile soprattutto quando mancano gli ambienti adeguati e il personale di cura formato a soddisfare i nuovi bisogni assistenziali di questi ospiti.

È bene che i politici e gli amministratori si avvicinino a questi problemi con la consapevolezza che affrontare in termini metodologici sia la nuova longevità del disabile che la demenza nell'anziano disabile significa poter affrontare ancora meglio il problema dell'anziano in generale, avvalendosi, anche per l'invecchiamento, di quanto avvenuto per l'età evolutiva dove il miglioramento della cultura educativa nei confronti dei bambini con IDD ha portato ad un miglioramento della qualità dell'educazione in generale (Perini, 1990).

Progetti come la Meridiana, seppure impegnativi sul piano economico, almeno all'inizio come lo sono di consuetudine gli avvisi di uno SCU per malati di demenza in generale (Grant e Ory, 2000), sono comunque sicuramente meno onerosi rispetto a quello che costano le persone con IDD e demenza inserite in casa di riposo. Inoltre, la qualità di vita di queste persone risulta la più delle volte estremamente povera, e ciò è intollerabile per una società civile ed economicamente avanzata.

## BIBLIOGRAFIA

Albert MS. Changing the trajectory of cognitive decline. *NEJM* 2007;357:502-3.

American Association on Mental Retardation. Ritardo Mentale: Definizione, Classificazione e Sistemi di Sostegno (10ª edizione), Vannini, Brescia 2005.

Aylard EH, Burt DB, Thorpe LU, Lai FA, Dalton A. Diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *J Intellect Disab Res* 1997;41(2):152-64.

Berardi N, Braschi C, Capsoni S, Cattaneo A, Maffei L. Environmental enrichment delays the onset of memory deficits and reduces neuropathological hallmarks in a mouse model of Alzheimer-like neurodegeneration. *J Alzheimer Dis* 2007;11(3):359-70.

Cohen-Mansfield J. Nonpharmacological interventions for inappropriate behaviours in dementia: A review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:361-81.

Corti S. Il 10° sistema dell'AAIDD nella presa in carico di persone con disabilità intellettiva ed evolutiva giovani ed anziani: la sperimentazione italiana di Fondazione Sospiro. *Psicogeriatría* 2007; 2 (supplemento): S61-8.

Formica U. Epidemiologia. In: Formica U. I Controlli di Salute dei Bambini con Sindrome di Down, CIS Editore, Milano 2000:17-9.

Grant LA, Ory M. Alzheimer Special Care Units in the United States. *RPAD* 2000;4:19-43.

Guita A. Le persone affette da demenza: da curare o da custodire? *I Luoghi della Cura* 2005; 3(2):11-5.

Huxley A, Van-Schaik P, Witts P. A comparison of challenging behaviour in an adult group with Down's syndrome and dementia compared with adult Down's syndrome group without dementia. *Br J Learning Disab* 2005;33:183-93.

Janicki MP, Walsh PN. An ageing world: new issues, more questions. *J Intellect Dev Disab* 2002;27:229-30.

Jones M. Gentle Care. Changing the Experience of Alzheimer's Disease in a Positive Way, edizione italiana a cura di Bartorelli L. Carocci, Roma 2005.

Kitwood T. Dementia Reconsidered. Open University Press, Milton Keynes 1997.

Lai CKY, Yeung JHM, Mok V, Chi I. Special care units for dementia individuals with behavioural problems. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD006470. DOI: 10.1002/14651858.CD006470.

Lawton MP, Van Haitsma KM, Klapper J et al. A stimulation-retreat special

care unit for elders with dementing illness. *Int Psychogeriatrics* 1998;4:379-95.

Mann DMA. The pathological association between Down syndrome and Alzheimer's disease. *Mech Ageing Dev* 1988;43:99-136.

Mastroiacovo P, Diociaiuti L, Rosano A, Di Tanna GL. Epidemiology of Down syndrome in the third millennium, Atti del Congresso "L'adulto con sindrome di Down. Una nuova sfida per la società", San Marino Maggio 2002.

Perini S. Ricerca di base e ricerca applicata: il feedback tra modellistica e prassi educative, in Soresi S. Difficoltà d'apprendimento e ritardo mentale, ERIP Editrice, Pordenone 1990.

Prasher VP. Alzheimer's disease and Dementia in Down Syndrome and Intellectual Disabilities, Radcliffe Publishing, Abingdon 2005.

Roizen NJ, Patterson D. Down's syndrome. *Lancet* 2003;361:1281-9.

Schupf N. Genetic and host factors for dementia in Down's syndrome. *Br J Psychiatry* 2002; 180:405-10.

SIS Supports Intensity Scale. Valutazione dell'intensità dei bisogni di sostegno, edizione italiana a cura di Leoni M. e Croce L. Vannini Editrice, Brescia 2007.

Symard J. The Life Style Approach. In Volicer L. e Bloom-Charette L. (eds.) Enhancing the quality of life in advanced dementia. Taylor & Francis, Ann Arbor MI, 1999, 38-55.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Gomiero T, De Vreese LP, Mantesso U. Diagnosi, intervento e gestione centrata sulla persona: adulti e anziani con sindrome di Down e disabilità intellettiva. *Spazio Modelli* 2006; 3(2):25-7.

Reimer MA, Slaughter S, Donaldson C, Currie G, Eliasziw M. Special care facility compared with traditional environments for dementia care: A longitudinal study of quality of life. *J Am Geriatric Soc* 2004;52:1085-92.

Rondal J, Perera J, Nadel L (a cura di), La Sindrome di Down, conoscenze attuali e prospettive, Ed. Italiana ERIP Editrice, Pordenone 2003.

Van Weert JCM, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PMM, Bensing JM, Ribbe MW. The effects of implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. In *Psychogeriatrics* 2005;17(3):407-28.



## DEMENTIA QUESTIONNAIRE FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES (DMR)

È un questionario indiretto volto allo *screening* per la demenza in persone con IDD di grado lieve, moderato e severo, basato su osservazioni nella vita quotidiana (Evenhuis et al., 2004). Il questionario è composto da 50 domande suddivise in otto sottodimensioni: memoria episodica recente, remota e autobiografica, orientamento spazio-temporale, comunicazione verbale, abilità di base, umore, attività e interessi, comportamenti problematici. Le domande sono disposte in sequenza arbitraria per prevenire effetti d'ordine. Si chiede al *caregiver* di valutare le funzioni e i sintomi che il soggetto con IDD ha manifestato negli ultimi due mesi. Ciascun *item* ha tre possibili risposte: 0 punti = assenza di deficit; 1 punto = deficit moderato; 2 punti = deficit severo. Sommando i punteggi dei primi tre sottodomini si ottiene la 'Somma degli Scores Cognitivi' (SCS), mentre la somma dei punteggi ottenuti nelle rimanenti sottoscale costituisce la 'Somma degli Scores Sociali' (SOS). Punteggi più alti indicano un maggiore deterioramento (range: 0-104). La versione italiana del DMR mostra una ottima consistenza interna ( $\alpha$  di Cronbach di 0,92 e 0,76, rispettivamente per la SCS e la SOS) ed elevati indici di concordanza tra lo stesso intervistatore e tra due intervistatori diversi: coefficienti di correlazioni ICC di 0,93 e 0,91 per la

SCS e di 0,84 e 0,82 per la SOS (De Vreese et al., submitted). È in corso anche uno studio di validazione clinica. Secondo gli autori originali, un aumento di rispettivamente 7 e 5 punti alla SCS e SOS in un anno è altamente indicativo di un decadimento cognitivo di tipo dementigeno. Qui sotto sono riportati, a titolo di esempio, alcune domande per i sottodomini orientamento e comunicazione verbale:

Capisce ciò che gli viene spiegato (mediante il linguaggio orale o scritto, oppure attraverso i gesti):

<i>Di norma sì</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Di norma no</i>
(0)	(1)	(2)

Dà pugni o calci ad altre persone oppure dimostra aggressività in altri modi:

<i>Mai</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>
(0)	(1)	(2)

## ASSESSMENT FOR ADULTS WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES (AADS)

È un questionario indiretto da applicare ad adulti con IDD nel processo d'invecchiamento (Kalsy et al., 2000). Descrive i comportamenti tipicamente osservati in corso di demenza.

### Assessment for Adults with Developmental Disabilities (AADS)

	Quanto spesso	Difficoltà di gestione	Effetto sulla QoL
	Indica quanto spesso si è ripetuto il comportamento durante le ultime 2 settimane (sett.) 0 = Non è successo 1 = Una volta 2 = 2-3 volte 3 = Più di 2-3 volte 4 = Una volta al giorno 5 = Più di una volta al giorno 6 = Una volta all'ora/continuamente	Indica il grado di difficoltà della gestione: 0 = Nessuna difficoltà 1 = Difficoltà molto piccola 2 = Difficoltà media 3 = Difficoltà moderata 4 = Difficoltà grave-moderata 5 = Difficoltà grave 6 = Difficoltà molto grave	Indica l'effetto del comportamento sulla persona: 0 = Nessun effetto 1 = Effetto molto piccolo 2 = Effetto medio 3 = Effetto moderato 4 = Effetto grave-moderato 5 = Effetto grave 6 = Effetto molto grave
<b>I</b> <b>Agitato</b> <i>Cammina su e giù, è incapace di stare seduto, agitato</i>			
<b>I2</b> <b>Inattivo</b> <i>Non si impegna in nessuna attività, non è occupato (ad esempio, sta seduto e non fa nulla, fissa il vuoto o il muro)</i>			

Richiede agli *informant* (personale o familiare) di riferire la frequenza (6 livelli), la difficoltà di gestione (6 livelli) e l'impatto sulla qualità di vita della persona valutata (6 livelli) di questi comportamenti verificatisi nelle ultime due settimane. Per ciascun livello di difficoltà di gestione, e dell'impatto del comportamento sulla persona, sono riportati alcuni esempi come guida generale. Il questionario distingue eccessi (11 item) e deficit comportamentali (17 item), esitando per ciascun dominio in tre punteggi separati per la frequenza, difficoltà di gestione ed impatto sulla persona. I punteggi quindi sono direttamente proporzionali alla gravità dei comportamenti osservati in termini di frequenza, difficoltà gestionale e impatto sulla persona. È in corso uno studio di validazione in una popolazione di adulti con IDD. Qui sotto sono riportati gli item per ciascun tipo di comportamenti indagati.

### ALZHEIMER FUNCTIONAL ASSESSMENT TOOL (AFAST)

È una scala che quantifica, attraverso l'osservazione diretta, oppure in base alle informazioni fornite da un *informant*, il

livello di disabilità di persone con DAD in sei attività quotidiane di base (uso dei servizi igienici e controllo sfinteriale, alimentazione, deambulazione, doccia/bagno, igiene personale e vestizione) e il grado di consapevolezza dell'ambiente ([www.emedicinehelath.com/articles/51731-6.asp](http://www.emedicinehelath.com/articles/51731-6.asp)). Ciascun dominio indagato prevede 6 o 7 livelli di dipendenza: 0 (indipendenza) – 5/6 (totale dipendenza). Il punteggio è quindi direttamente proporzionale al grado di disabilità. È in corso uno studio di validazione in una popolazione con IDD affetta da demenza. Si illustra a titolo di esempio il dominio dell'uso dei servizi e il controllo sfinteriale:

0. È in grado di usare da solo i servizi in ambienti familiari e non familiari.
1. Va in bagno in modo autonomo oppure chiede aiuto, può esserci bisogno di ricordargli l'uso della carta igienica e di lavare le mani.
2. Occasionali incidenti nell'uso del bagno, necessità di richiami verbali.
3. Necessità di assistenza per usare i servizi igienici in tempi prestabiliti (il/la paziente non va in bagno spontaneamente); rimane continente per il 90% del tempo.

### Support Intensity Scale (SIS)

#### Sezione I. Scala dei bisogni di sostegno

Parte A: Attività relative alla vita nell'ambiente domestico	SOSTEGNI															Punteggi grezzi
	Frequenza					Durata quotidiana					Tipo					
1. Utilizzare il gabinetto	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
2. Prendersi cura degli abiti (compreso fare il bucato)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
3. Preparare i pasti	0	1	2	3	X	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
4. Consumare i pasti	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
5. Riassettare e pulire la casa	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
6. Vestirsi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
7. Fare il bagno e prendersi cura dell'igiene e della propria persona	0	1	2	3	X	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
8. Adoperare elettrodomestici e tecnologie per la casa	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
<b>Punteggio grezzo Totale</b>																
<b>Attività relative alla vita nell'ambiente domestico</b>																

**Frequenza (F):** Con che frequenza è necessario il sostegno in questa attività?

(0 = nessuna o meno di una volta al mese; 1 = almeno una volta al mese, ma meno di una volta alla settimana; 2 = almeno una volta alla settimana, ma meno di una volta al giorno; 3 = almeno una volta al giorno, ma meno di una volta all'ora; 4 = ogni ora o con maggior frequenza)

**Durata Quotidiana del sostegno (DST):** In una giornata tipica in cui il sostegno è necessario quanto tempo deve essergli dedicato?

(0 = nessuno; 1 = meno di 30 minuti; 2 = da 30 minuti a meno di 2 ore; 3 = da 2 ore a meno di 4; 4 = 4 ore o più).

**Tipo di Sostegno (TS):** Che tipo di sostegno deve essere fornito?

(0 = nessuno; 1 = monitoraggio; 2 = indicazioni verbali/gestuali; 3 = assistenza fisica parziale; 4 = assistenza fisica totale).

## ESPERIENZE - APPENDICE

4. Necessità di assistenza per usare i servizi igienici in tempi prestabiliti (il/la paziente non va in bagno spontaneamente); rimane continente per il 50% del tempo.
5. Nessun controllo sfinterico urinario o fecale; necessità di frequenti cambi degli indumenti oppure indumenti speciali (ad es., assorbente, pannolone).

### SUPPORT INTENSITY SCALE (SIS)

È uno strumento multidimensionale che si propone di valutare il supporto necessario per assicurare la qualità di vita in persone con IDD, ed è costituita, nella versione per gli adulti (sopra i 16 anni d'età) da tre diverse sezioni. Per le prime due sezioni ognuna di queste attività è indagata con una scala unipolare che va da 0 ad un massimo di 4 (a seconda degli item) in tre diversi aspetti: frequenza, durata e tipo di sostegno necessario per lo svolgimento dell'attività presa in considerazione. Si tratta di un crescendo di sostegno richiesto per cui se, ad esempio, valutiamo il tipo di sostegno andremo da 0 (nessun sostegno richiesto) a 4 (assistenza fisica totale). Nel loro insieme i punteggi standard delle sottosezioni forniscono un *profilo dei bisogni di sostegno* della persona con diverse abilità e un *indice SIS dei bisogni di sostegno*, che è calcolato sulla base dei punteggi derivati dalle sei

sottosezioni della prima sezione e fornisce un'indicazione globale dell'intensità dei bisogni di sostegno.

La *seconda sezione*, e precisamente la '**Scala supplementare di protezione e tutela legale**', valuta le capacità di auto-tutela.

La *terza sezione* comprende i '**bisogni di sostegno di tipo medico**' e i '**bisogni di sostegno di tipo comportamentale**'. Essa individua la necessità di eventuali interventi sanitari e/o educativi, stabilendone il livello quantitativo e qualitativo.

### BIBLIOGRAFIA

De Vreese LP, Mantesso U, Scarazzini M, Menegatti C, Gomiero T. *Dementia Questionnaire for Persons with Intellectual disabilities (DMR)*: uno studio di attendibilità della versione italiana della scala. *Psicogeriatría* (submitted).

Evenhuis HM, Kengren MMF, Eurlings HAL. *Dementia Questionnaire for Persons with Intellectual Disabilities (DMR). Manual*. Second completely updated edition. Zwammerdam: De Bruggen Centre for People with Intellectual Disabilities, 2004.

Kalsy S, McQuillan S, Oliver C, Hall S. *Manual for the 'Assessment for Adults with Developmental Disabilities' (A.A.D.S.) questionnaire*. University of Birmingham and South Birmingham: NHS Primary Care Trust, 2000.

SIS Supports Intensity Scale. *Valutazione dell'intensità dei bisogni di sostegno*, edizione italiana a cura di Leoni M. e Croce L. Vannini Editrice, Brescia 2007.

S.P. Roose, H.A. Sackeim

## DEPRESSIONE NELL'ETÀ SENILE

Presentazione dell'edizione italiana  
di Pier Luigi Scapicchio

Sotto l'egida dell'Associazione  
Italiana di Psicogeriatría

Volume cartonato di 448 pagine  
f.to cm 22x28  
€ 60,00



CIC Edizioni Internazionali



## A chi spetta? Chi (e quanto) segue l'anziano che perde autonomia

Giuseppe A. Micheli

Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale  
Università di Milano-Bicocca

### IL MUTUO SUPPORTO TRA PARTNER

Nello spirito della cosiddetta famiglia 'forte' mediterranea, il primo supporto del componente familiare in difficoltà proviene dall'interno del nucleo stesso; questo vale anche per l'anziano che procede negli anni, sia che conservi una sua (integra o parziale) autonomia sia che diventi non autonomo. All'interno della famiglia è anzitutto il partner il punto d'appoggio privilegiato: il reciproco aiuto tra coniugi è la regola prima della vita anziana, almeno finché i due partner stanno, e con qualche vigore, a fianco uno all'altra. Ma chi si occupa dell'anziano – in particolare della donna anziana non più autonoma – quando manca o è venuto a mancare il supporto elettivo del partner?

A questa domanda e altre simili aiuta a dare una risposta, non del tutto scontata, una survey, promossa dalla FNP CISL della Lombardia, sulle condizioni di vita degli anziani e le forme e l'utilizzo dei contributi di welfare, survey condotta nell'inverno 2005-2006 su un campione di 1.620 ultrasessantenni lombardi, stratificato secondo la provincia e l'ampiezza del comune di residenza (FNP CISL, 2006).

Consideriamo, come base di riferimento, gli anziani in buona condizione di autonomia: tra 70 e 80 anni, nel 10% dei casi circa l'anziano ha al suo fianco un/a partner che lo/a accudisce amorevolmente. Una percentuale piuttosto bassa: ma in questo segmento di età la *compression of morbidity*, lo slittamento verso migliori condizioni di salute e di autonomia realizzatosi negli ultimi due decenni ha ormai dimensioni vistose. Se e quando gli anziani settantenni perdono totalmente autonomia ben un partner su due si occupa di loro. Ma l'inesorabile legge del tempo, che assottiglia drasticamente le coorti al passaggio della soglia

degli 80 anni, fa sì che dopo questa età la quota di partner accudenti scenda, per effetto di selezione biologica, al 21%.

In realtà, parlare genericamente di accudimento da parte del partner non rende giustizia all'abissale differenza di pratica di *care* da parte degli uomini e delle donne. Anche quando l'anziano intervistato è pienamente autonomo, il tempo di cura dedicato dalla donna al partner uomo è quattro volte superiore al tempo dedicato dall'uomo alla propria partner. E ciò, si badi bene, nonostante il contingente di partner maschili in vita si sia assottigliato, lasciando in attività solo i maschi in migliori condizioni di salute.

Lo squilibrio di genere nel *role set* familiare raggiunge numeri assai più vistosi quando l'anziano intervistato è totalmente non autonomo; e questo è vero soprattutto per gli individui nella prima fase di vita anziana, quella in cui più forte è l'autonomia. Tra 70 e 74 anni, si è detto, un anziano/a su due accudisce il/la partner non più autonomo: ma se scomponiamo il dato per genere le differenze sono rilevanti. A quella età la donna dedica mediamente quasi 20 ore al giorno (tutto il tempo di veglia, si può dire) al marito non autonomo, mentre alla stessa età l'uomo che abbia a fianco una moglie non autonoma le dedica solo 2 ore e mezzo al giorno. La forbice tra i tempi di cura per genere si restringe tra i 75 e gli 84 anni, per poi divaricarsi nuovamente alle età estreme, compatibilmente con le risorse di salute e di energia del *caregiver*.

È la partner, dunque, che si occupa finché è possibile del proprio coniuge non più autonomo. Ma oltre gli 85 anni, per quanto privo di autonomia, solo nel 9% dei casi l'anziano ha accanto a sé, a curarlo, il proprio coniuge. Altre figure, parentali e non, devono giocoforza subentrare. Chi si occupa di lui – o di lei – se e quando le for-

## FAMIGLIA E VOLONTARIATO

ze della coniuge diminuiscono? Chi si occupa di lui/lei se e quando non c'è una figura coniugale a fianco?

### IL SUBENTRO GRADUALE DELLA FAMIGLIA FORTE

Allarghiamo la nostra visuale a tutte le possibili figure di cura per una persona anziana (Micheli, 2006), non facendo per il momento differenza se l'anziano da accudire è uomo o donna. La tab. I distingue piuttosto gli anziani totalmente non autonomi da tutti gli altri, e riporta le percentuali di inserimento di diverse figure tra i loro *caregivers*. Se partiamo ancora dalla cura dell'anziano (almeno parzialmente) autonomo<sup>1</sup>, la cosa più evidente è un meccanismo di sostituzione del partner; nella cura del genitore, da parte dei figli. A 70-74 anni intorno all'anziano – almeno in parte autonomo – gravitano con ugual frequenza (10%) il coniuge, un figlio e una figlia. A 80-84 anni i partner sono ancora presenti nel 10% dei casi, i figli nel 30% dei casi, le figlie nel 22%. Oltre gli 85 anni, diradandosi la presenza del partner, si ispessisce sia quella dei figli (38%) che soprattutto quella delle figlie (41%).

Pur crescendo con l'età dell'anziano, la presenza di *caregivers* è comunque abbastanza limitata quando all'età non si aggiunge una condizione di limitata auton-

mia. La situazione cambia se consideriamo i soggetti non autonomi.

A 70-74 anni un anziano autonomo ha in media intorno a sé 0,37 persone di riferimento, che diventano 1,19 oltre gli 85; un anziano non autonomo ha intorno a sé 2,08 persone a 70-74 anni, poco di meno oltre gli 85 (con un massimo posto non alle età estreme, ma nella fascia critica intermedia tra 80 e 84 anni). Ma anche tra i non autonomi è evidente il meccanismo di sostituzione che porta i figli e soprattutto le figlie a prendere il posto del genitore curante. Anche qui, a 70 anni l'anziano (non autonomo) ha intorno a sé con uguale frequenza coniuge, figli maschi e figlie femmine. Col progredire degli anni la presenza del partner cala, declina anche quella dei figli maschi, mentre si impenna la presenza di figlie femmine.

Va sottolineata questa differente presenza dei figli maschi a seconda del grado di autonomia del genitore. La funzione del figlio maschio (più presente di quanto gli stereotipi inducano a credere, quando il genitore è autonomo) è evidentemente una funzione prevalentemente di compagnia. Quando prevalgono mansioni di cura vere e proprie il figlio maschio si defila (quando il gioco si fa duro, viene da pensare, i giocatori veri entrano in gioco). Questa diagnosi è confermata dal divaricarsi della forbice tra la presenza di generi e di

Tabella I - Chi accudisce gli anziani, secondo l'età e l'eventuale non autonomia totale.

Età/Auton. anziano	Autonomo (almeno parziale)				Non autonomo totale			
	70-74	75-79	80-84	85 e +	70-74	75-79	80-84	85 e +
Chi se ne occupa								
Partner	10,2	11,3	9,5	3,5*	48,0	52,5	21,6	9,3**
Figli	10,0	19,1	30,4	38,3**	57,1	21,5	45,5	36,7
Figlie	9,2	13,9	22,1	41,1**	61,1	36,7	62,2	71,4
Laterali	1,1	5,5	3,0	2,3*	9,1	20,2	8,8	1,9
Genero	0,3	1,9	2,6	4,3*	9,1	7,9	9,3	11,4
Nuora	1,3	3,8	5,6	7,6**	9,1	18,7	12,3	19,5
Nipoti	1,6	7,4	6,4	9,2**	–	5,7	25,5	15,7
Badante	1,0	2,9	4,9	5,9*	5,1	13,6	27,9	24,4
Vicini	2,3	5,0	5,0	7,0*	9,1	10,8	7,4	5,6
(n)	599	368	292	131	11	20	23	58
Totale accidenti/die	0,37	0,71	0,89	1,19**	2,08	1,88	2,21	1,96

Significatività delle differenze per età (test F Anova): \*: <0,05; \*\*: <0,01.

<sup>1</sup> La valutazione del grado di autonomia della persona è basata sulla scala IADL erogata nel corso dell'intervista. Peraltro la definizione delle soglie di non autonomia e di non autonomia parziale è sorprendentemente arbitraria, pur avendo implicazioni rilevanti sulla stima dell'ampiezza del fenomeno rilevato e sulla valutazione delle esigenze (o delle emergenze) di *policy*. Una riflessione su questo nodo cruciale dell'attuale ricerca sulla 'fragilità' anziana, a partire dai risultati della survey FNP CISL, è riportata in Micheli, 2007.

nuore, al crescere dell'età e della perdita di autonomia. Molte altre figure affollano la cerchia dei *caregivers*, soprattutto nel caso di non autonomia. Ci limitiamo a evidenziare due aspetti. In primo luogo, c'è un secondo meccanismo di sostituzione generazionale che avviene nella cerchia dei *caregivers*, in subordine a quella tra partner e figli, ed è quella che prevede un passaggio di consegne dai parenti laterali (soprattutto fratelli e sorelle) ai nipoti. In secondo luogo, la presenza di una badante, poco importante per anziani (almeno parzialmente) autonomi, diventa invece estremamente importante per gli anziani non autonomi, soprattutto passati gli 80 anni, allorché la badante diventa la terza figura di riferimento a fianco dei figli e delle figlie.

Naturalmente, il carico complessivo di cura e la presenza o meno di figure di riferimento esterne alla cerchia dei *caregivers* dipendono anche dalla storia di vita familiare dell'anziano. Prendiamo le ore giornaliere di accudimento dell'anziano per grado di autonomia e stato civile dell'anziano. In condizioni intermedie di autonomia limitata o parziale, è più elevato il numero di ore di cura dedicate all'anziano coniugato (coinvolgendo quindi, come *caregivers*, le figure del partner, dei figli e dei figli acquisiti): ma nel segmento dei totalmente non autonomi – è un dato che colpisce – i più accuditi sono gli anziani celibi e nubili.

Certo, i celibi e nubili entrati nel campione intervistato sono, per la verità, estremamente pochi, e non è quindi possibile entrare nel dettaglio. Ma merita comunque annotare come per questo segmento (consi-

stente oggi, e sempre più consistente negli anni a venire) giochino un ruolo da protagonista, nell'accudimento, tre figure fin qui in penombra: i parenti laterali (sorelle e fratelli) tra i settantenni, i nipoti (figli di quei fratelli e sorelle) e il vicinato tra i più avanti negli anni. L'analisi del sistema informale di cura degli anziani celibi e nubili, insomma, meriterebbe un approfondimento a parte.

Il conteggio puro e semplice delle figure di riferimento a fianco dell'anziano non rende conto dell'intensità di questa presenza. Non parliamo dell'intensità affettiva della presenza, dell'esserci, ma della quantità di tempo dedicato all'anziano. La Tabella 2 riporta appunto le ore giornaliere di *care* per età e autonomia dell'anziano: il quadro che ne esce è lo stesso già delineato dalla Tabella 1, ma con una migliore messa a fuoco e qualche osservazione in più.

Prendiamo l'ultima riga della Tabella 2. Se escludiamo dal conto le ore di cura della badante, la cerchia dei legami forti assicura a un anziano (almeno parzialmente) autonomo un numero di ore che sale da 3 a 9 al giorno, a seconda della fascia di età, mentre incommensurabilmente più alto è il monte ore degli anziani non autonomi. Per questi però – notazione solo in parte sorprendente – non c'è progressione del monte ore con l'età, anzi. E *pour cause*. L'anziano non autonomo pesca, entro il bacino dei legami forti, tutte le risorse disponibili, e le risorse disponibili evidentemente scemano con l'età. Il 'giovane anziano' di 70-74 anni, se perde autonomia, ha la fortuna di fruire di più di 30

**Tabella 2** - Quante ore al giorno di accudimento dell'anziano, secondo l'età e l'autonomia.

Età/Auton. anziano	Autonomo (almeno parziale)				Non autonomo totale			
	70-74	75-79	80-84	85 e +	70-74	75-79	80-84	85 e +
Chi se ne occupa								
Partner	0,5	0,8	1,7	2,4**	7,0	2,0	4,1	4,0
Figlie	0,5	0,9	1,1	3,9**	8,0	2,8	5,7	10,5
Laterali	..	0,3	0,2	..	2,2	1,5	1,4	0,1
Genero	..	0,1	0,1	0,6**	1,5	0,6	0,9	1,4
Nuora	0,1	0,3	0,3	0,7*	0,4	2,1	2,4	2,4
Nipoti	0,1	0,3	0,3	0,3	-	0,3	1,8	1,1
Badante	0,1	0,3	0,5	0,4	1,2	1,1	3,9	4,4
Vicini	0,1	0,1	0,2	0,4	1,5	1,0	0,7	0,7
(n)	599	368	292	131	11	20	23	58
Totale ore accudimento/die	3,1	5,2	6,4	9,5**	31,9	23,3	25,6	26,5
Ore accudimento escluso badante	3,0	4,8	5,8	9,1	30,7	22,1	21,7	22,1

Significatività delle differenze per età (test F Anova): \*, <0,05; \*\*, <0,01.

## FAMIGLIA E VOLONTARIATO

ore al giorno di compagnia e cura; già dopo i 75 anni le ore complessive dei familiari e vicini scendono e si assestano intorno alle 22. Solo le ore comprate sul mercato (le badanti) consentono un lieve incremento del tempo di cura complessivo.

C'è, infine, un dato strutturale che fa da sfondo a tutto il ventaglio di situazioni descritte. Se l'anziano autonomo si avvale del supporto affettivo e strumentale della sua cerchia di legami forti, e l'anziano non autonomo pescherà in questa cerchia per farsi assistere (raschiando fino in fondo al barile man mano che l'età e le disabilità progrediscono), una condizione determinante per la cura dell'anziano è l'esistenza di un adeguato 'terreno di coltura' dei legami forti in questione. Non è un caso se, a parità di grado di autonomia, è nei piccoli centri (sotto i diecimila abitanti) che il monte ore di accudimento è superiore; ed è quindi oggi nei piccoli centri che la cura informale degli anziani riceve una robusta risposta in prima battuta, prima cioè del ricorso alla rete di garanzie del welfare.

### IL NODO DI GENERE: CHI ACCUDISCE GLI UOMINI, CHI LE DONNE

Uomini e donne, da anziani, hanno non solo funzioni di perdita di autonomia per età ben distinte tra loro, ma anche reti di *social support* fondamentalmente diverse, visto che l'uomo si basa sull'appoggio della partner ma non assicura reciprocità. Come si intrecciano queste due differenze nel produrre quella dote di risorse-tempo di cura che l'uomo e la donna anziani si portano dietro quando subentra gradualmente una perdita di autonomia?

Una prima, non scontata, osservazione è che le differenze di genere nel quanto e nel come si viene accuditi non sono a senso unico, ma variano e si ribaltano secondo la presenza o la assenza di autonomia. Infatti, in condizioni di perdita parziale dell'autonomia, la dote di ore di cura a disposizione è più ricca per l'uomo che per la donna (circa 5 ore di più – 17 a 12 – tra gli anziani limitatamente autonomi, 2 ore e mezzo – 20,5 a 18 – tra gli anziani già parzialmente non autonomi); ma quando la non autonomia diventa totale la cerchia dei *caregivers* per la donna anziana riesce a trarre fuori un monte di ore in più, così che è la donna, complessivamente e quantitativamente, ad essere più accudita dell'uomo. Come avviene, grazie a quali risorse, questo sorprendente sorpasso?

Alcune risposte (pur con la cautela dovuta al ridotto numero di casi che fanno parte di questo segmento di campione) ci vengono dalle Tabelle 3 e 4, che delimitano l'attenzione ai soli anziani totalmente non autonomi. In questo caso il monte ore messo a disposizione delle donne anziane da parte della cerchia dei legami forti (esclusi, quindi, gli aiuti acquisiti sul mercato) è quasi esattamente identico al monte ore a disposizione degli uomini (22,8 a 23). Il sorpasso è prodotto dal maggior numero di ore aggiunte al monte ore della donna da parte di badanti: e ciò ha una sua logica, dato che la donna non autonoma è quasi sempre pri-

**Tabella 3 - Ore al giorno di accudimento dell'uomo anziano non autonomo, per età.**

Età/Genere anziano	Uomo				
	70-74	75-79	80-84	85 e +	Tot.
Chi se ne occupa	70-74	75-79	80-84	85 e +	Tot.
Partner	18,7	14,4	6,6	5,0	10,1
Figli	4,6	2,4	3,6	3,0	3,2
Figlie	1,8	2,0	7,1	12,0	6,4
Laterali	..	2,0	..	..	0,6
Genero	..	0,9	..	2,0	1,0
Nuora	0,8	0,5	..	2,0	1,0
Nipoti	..	0,1	0,3	0,7	0,3
Badante	..	1,7	5,1	1,8	2,2
Vicini	..	..	..	0,9	0,3
(n)	5	14	8	14	41
Totale ore accudim./die	25,9	24,0	22,7	27,4	25,2
Ore accud. escl. badante	25,9	22,3	17,6	25,6	23,0

**Tabella 4 - Ore al giorno di accudimento della donna anziana non autonoma, per età.**

Età/Genere anziano	Donna				
	70-74	75-79	80-84	85 e +	Tot.
Chi se ne occupa	70-74	75-79	80-84	85 e +	Tot.
Partner	2,4	6,0	3,6	1,0	2,1
Figli	9,1	1,2	4,4	4,3	4,4
Figlie	13,7	4,5	5,0	10,0	8,7
Laterali	4,2	0,5	2,2	0,2	0,9
Genero	2,8	..	1,4	1,2	1,2
Nuora	..	5,6	3,6	2,5	2,8
Nipoti	..	0,7	2,6	1,3	1,4
Badante	2,4	..	3,3	5,2	4,1
Vicini	2,8	3,2	1,1	0,6	1,1
(n)	6	6	15	44	70
Totale ore accudim./die	37,4	21,7	27,2	26,2	26,9
Ore accud. escl. badante	35,1	21,7	23,9	21,0	22,8

va del supporto di cura del partner; ed è sul mercato che vanno cercate le risorse aggiuntive.

Ma resta da capire come riesce la cerchia di *caregivers* di una donna non autonoma a pareggiare il carico imponente di ore che la partner mette a disposizione del marito in difficoltà (a 70-74 anni la donna accudisce il marito per 18 ore e mezzo, due ore e mezzo è il tempo dedicato dall'uomo alla sua partner non autonoma; anche a 75-79 anni il divario è di oltre 8 ore, per poi scendere da 80 anni in poi).

Una prima spiegazione che emerge dalla lettura dei dati risiede nel maggior tempo che i discendenti di prima generazione paiono dedicare per accudire la madre, rispetto al tempo dedicato al padre. Le figlie femmine (le prime badanti dei genitori) dedicano complessivamente 8,7 ore alle madri e 6,4 ai padri, due ore in più alle une rispetto agli altri. Se si aggiungono i contributi di figli maschi, generi e nuore, arriviamo a un tempo medio di cura complessivo di 17,1 ore contro 11,6 dedicate ai padri (5 ore e mezzo), il 50% in più. Possiamo ricapitolare questa spiegazione in due punti: il graduale affievolimento della presenza di cura del partner è di regola con gradualità compensato dalla presenza di cura dei figli e dei figli-per-legge; lo scompensamento di genere, dovuto a minor propensione dell'uomo ad accudire la coniuge, è riequilibrato da una plus-presenza di cura da parte dei figli.

Ma – una seconda mezza spiegazione che corregge la prima – questo surplus di tempo di cura non si riscontra affatto per le età estreme. Esso vale soprattutto, e in misura eclatante, sotto i 75 anni. È in questa fascia di età, infatti, che le figlie femmine dedicano 13 ore e mezzo alle madri, solo 2 ai padri (7 volte di più); ed è interessante che anche i figli maschi si dedicano di più ai genitori, ma con un certo riequilibrio dei tempi (9 ore alle madri, 4 e mezzo ai padri, solo il doppio). Dopo quella età della vita dei genitori l'evoluzione del tempo di cura dei figli maschi e delle figlie femmine si biforca nell'andamento e nella funzione.

Il tempo di cura dei figli maschi tende a non crescere con l'età del genitore, nonostante il bisogno di assistenza salga esponenzialmente, anzi subisce una flessione dopo i 75 anni. Il fatto è che il tempo dedicato

dal figlio maschio è fondamentalmente un tempo di compagnia. La mancanza di sufficiente intimità con le pratiche di cura del corpo fa sì che il ruolo del figlio maschio diventi fioco già dai 75 anni (e soprattutto nei confronti della madre).

Il tempo di cura delle figlie femmine ha al contrario un andamento curvilineo: esso è alto quando la madre è ancora relativamente 'giovane', declina successivamente, per poi impennarsi nuovamente quando il genitore supera gli 85 anni. Questo andamento curvilineo esprime con chiarezza la diversa funzione del tempo dedicato dalla figlia, nelle due distinte stagioni della vita. Quando il genitore non autonomo è relativamente giovane (e la figlia, teniamo presente anche questo, è una donna nella piena maturità delle proprie relazioni sociali e di lavoro) il tempo dedicato è fondamentalmente un tempo di compagnia, ma ancora più di sintonia e complicità tra figlia e madre (non tra figlia e padre). Quando la madre supera gli 85 anni (e la figlia è uscita – se mai vi è entrata – dal mondo del lavoro) il tempo dedicato dalla figlia è un tempo di assistenza e cura. Un tempo, si badi, erogato con equità a padri e madri.

Due, speculari, punti di solitudine affliggono quindi gli anziani uomini e donne non autonomi, dovuti non tanto alla carenza di assistenza quotidiana quanto al rarefarsi dei contatti di sintonia e complicità. Alla solitudine dell'uomo non autonomo settantenne, che è sostenuto ed accudito a tempo pieno dalla partner ancora autonoma, ma fruisce assai meno di un rapporto di intimità coi propri figli, fa riscontro la solitudine della donna ultraottantenne non autonoma, in cui viene a mancare il riferimento del partner; per quanto parsimoniosa fosse l'attenzione da lui dedicata.

## BIBLIOGRAFIA

FNP CISL, Fuori dall'ombra. Indagine sui servizi di assistenza per gli anziani in Lombardia, Edizioni Lavoro, Roma 2006.

Micheli GA. "Chi (e quanto) si prende cura degli anziani non autonomi", in FNP CISL, Fuori dall'ombra. Indagine sui servizi di assistenza per gli anziani in Lombardia, Edizioni Lavoro, Roma 2006:99-112.

Micheli GA. Anziani fragili: quale soglie di screening? Prospettive Sociali e Sanitarie, 2007.



## Il prurito nell'anziano

**Claudia Caula**

Associazione Italiana Studio Lesioni Cutanee (AISLeC), Pavia

**A**lla maggior parte delle persone è capitato di sperimentare, di tanto in tanto, quella spiacevole sensazione chiamata prurito. Di solito la sensazione pruriginosa tende a scomparire entro qualche secondo, o tutt' al più dopo essersi grattati. I problemi incominciano qualora non sia clinicamente individuabile una evidente causa scatenante, e il sintomo sia persistente o ricorrente, diventando fonte di notevole disagio e influenzando negativamente la qualità di vita delle persone che ne sono affette.

Un prurito cronico, accentuato da fattori ambientali come l'inverno, si osserva frequentemente nella persona anziana, tanto da venire etichettato come "prurito senile"; in molti casi, al prurito si associa una cute particolarmente secca (xerosi). Secchezza cutanea e prurito, infatti, sembrano direttamente correlati, e la riduzione della prima tende ad attenuare il secondo. Alla base di una corretta gestione, e ancor più preferibile prevenzione di uno dei più diffusi problemi cutanei geriatrici, risiede la conoscenza delle modificazioni pato-fisiologiche a cui la pelle va incontro conseguentemente all'invecchiamento del soggetto. In questo articolo verrà preso in considerazione il sintomo "prurito", e discusso ciò che emerge dalla ricerca della letteratura pubblicata sul tema allo scopo di supportare i professionisti della salute operanti nei contesti di cure a lungo termine. Quali sono quindi gli interventi infermieristici più efficaci in grado di controllare, ridurre o eliminare il prurito? Come è possibile aiutare la persona anziana a (con)vivere con il prurito?

### CHE COS'È IL PRURITO?

A tutt'oggi questa domanda non ha ancora una risposta precisa. Pur essendo un sintomo estremamente comune in dermatologia, associandosi a numerose condizioni patologiche e para-fisiologiche (Yosipovitch

et al., 2002), a causa della sua natura soggettiva il prurito è un disturbo non facile da definire.

Spesso i termini "pizzicore" e "prurito" sono utilizzati in maniera interscambiabile, come sinonimi, sebbene alcuni Autori adottino pizzicore se ci sono lesioni cutanee evidenti, e prurito se non ci sono alterazioni primarie della pelle, ossia se si è di fronte al cosiddetto "pruritus sine materia" (Parker, 1988).

In via più generale, con prurito si intende una sensazione spiacevole a livello cutaneo che evoca il desiderio di grattarsi (Gupta et al., 1994). Tale desiderio è la caratteristica più rimarchevole del pizzicore, o prurito, che lo differenzia, di fatto, da altre sensazioni simili.

In questo senso, grattarsi è la risposta comportamentale al prurito. A breve, il grattamento è in grado di arrestare la sensazione di prurito; i problemi incominciano qualora il sintomo sia persistente o ricorrente e non sia clinicamente individuabile una evidente condizione dermatologica scatenante (Peli e Naldi, 2004). Il grattamento induce un aumentato rilascio di mediatori infiammatori che esacerbano il prurito ed innescano da capo la sequenza di eventi (Yosipovitch e David, 1999). In altre parole, prurito e grattamento conducono a un circolo vizioso che è tipico della maggior parte dei soggetti con patologie dermatologiche croniche (Ehlers et al., 1995). Da un punto di vista pratico, è utile distinguere fra situazioni in cui siano refertabili lesioni cutanee primarie (non riconducibili a semplici lesioni da grattamento) che rendono ragione del 10-50% dei casi (Zirwas e Seraly, 2001), e situazioni in cui tali lesioni non siano identificabili (Tab. 1) (Peli e Naldi, 2004).

Quando il prurito rappresenta l'unico sintomo senza altre cause apparenti, va considerato alla stregua della febbre di origine sconosciuta e richiede un'attenta ricerca eziologica, basandosi sulla raccolta della storia clinica e su un accurato esame del paziente. Indispensabile si rivela la capacità di dialogo, ma anche – e soprattutto – di ascolto.

Ad esempio, se il paziente riferisce che una doccia calda scatena il prurito, questo sintomo può indicare una policitemia vera. Il prurito della scabbia tende a peggiorare durante le ore notturne. Un prurito generalizzato, o un prurito localizzato, che migra in maniera bizzarra da una sede all'altra in assenza di manifestazioni cutanee specifiche può indicare una patologia sistemica sottostante (Peli e Naldi, 2004): in oltre il 30% dei pazienti la diagnosi del linfoma di Hodgkin è preceduta dalla comparsa di un intenso, cronico, generalizzato prurito (Callen et al., 2000).

Il sintomo "prurito" non ha una dimensione fisica oggettiva, alla stregua del dolore, pur tuttavia nessuno penserebbe di affermare che il dolore sia immaginario o di banalizzarlo, come invece accade per il prurito che spesso viene classificato come problema di scarso interesse clinico. In realtà numerosi studi hanno dimostrato che le malattie pruriginose croniche hanno un maggiore impatto sulla qualità di vita rispetto ad altre patologie dermatologiche (Harlow et al., 2000) e altrettanto numerose sono le testimonianze della sofferenza e della sensazione di "diversità" sperimentata dai soggetti interessati (Giannetti, 2003).

Il prurito colpisce pazienti di tutte le età e di entrambi i sessi. Può essere di breve durata o persistente nel tempo, andare incontro a periodi di remissione per poi ripresentarsi, può avere un'intensità mite, moderata oppure diventare così molesto e assillante che chi

ne è affetto riferisce irritabilità, stati di agitazione, difficoltà di concentrazione, perdita di peso, impedimento nelle attività di vita quotidiane e perfino depressione come risultato della "convivenza" con il prurito cronico (Yosipovitch et al., 2000; Yosipovitch et al., 2002).

Un esempio paradigmatico: l'insonnia – peculiarità dei soggetti anziani – risulta ulteriormente esacerbata dal prurito. La mancanza di sonno, oltre a peggiorare la qualità di vita, può aumentare il rischio di incidenti domestici e causare uno scadimento delle condizioni generali (Berger e Gilchrest, 1998).

Altre complicanze secondarie insorgono quando il prurito è accompagnato da un'intensa attività di grattamento. A volte infatti il prurito può essere così violento e insopportabile da indurre le persone ad escoriarsi in modo severo, anche fino al sanguinamento, mentre si grattano.

Attraverso tali escoriazioni i patogeni e gli allergeni ambientali riescono facilmente a penetrare la pelle, aumentando il rischio di dermatite da contatto, dermatite allergica (Norman, 2006) ed infezioni (ad esempio impetigine), come comunemente accade nei pazienti con dermatite atopica (Harrigan e Rabinowitz, 1999; Correale et al., 1999).

Nei soggetti in cui si sia innescato il cosiddetto itch-scratch-itch (prurito-grattamento-prurito) si può assistere alla progressiva evoluzione verso il Lichen Chronicus Simplex (neurodermatite) ossia un ispessimento

**Tabella I** - Possibili cause di prurito protratto o ricorrente (Tratto da "Il prurito persistente o ricorrente", SNAMID, 2004).

a) Presenza di lesioni cutanee	b) Assenza di lesioni cutanee
<b>Infestazioni:</b> – comuni (scabbia, pediculosi) – meno comuni (oncocerchiasi, anchilostomiasi)	<b>Infestazioni:</b> – ossiurias
<b>Infezioni:</b> – varicella – micosi cutanee	<b>Alterazioni endocrine</b> – ipertiroidismo – mixedema – diabete mellito
<b>Reazioni a punture d'insetto</b>	<b>Insufficienza renale cronica</b>
<b>Malattie cutanee infiammatorie:</b> – comuni (orticaria, dermatografismo, dermatiti eczematose) – meno comuni (lichen planus, dermatite erpetiforme, ecc.)	<b>Colestasi</b>
<b>Tumori cutanei</b> – micosi fungoide	<b>Malattie ematologiche e neoplasie</b> – anemia sideropenica – policitemia vera – linfomi – mieloma multiplo
<b>Xerosi cutanea</b>	<b>Reazioni a farmaco</b>
<b>Reazioni a farmaco</b>	<b>Prurito "psicogeno"</b>

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

localizzato della pelle. La lichinificazione si osserva nelle aree che sono facilmente accessibili al grattamento, ad esempio la superficie laterale della caviglia, il dorso del piede, la parte mediale inferiore delle gambe, la superficie posteriore del collo, l'avambraccio e i gomiti (Callen et al., 2003).

Nel Prurigo nodularis, una variante del Lichen chronicus simplex, noduli di 10/20 mm si sviluppano nelle aree raggiungibili tramite grattamento, come l'estensore nel braccio e le gambe (Moses, 2003). Entrambe queste condizioni sono di difficile trattamento.

### **IL PRURITO NELL'ANZIANO**

Diversi Autori hanno dimostrato che le affezioni dermatologiche sono più comuni nella popolazione geriatrica che nel resto delle persone: in particolare, uno studio ha messo in evidenza che circa il 40% dei soggetti tra i 65 e i 74 anni è affetto da malattie cutanee sufficientemente significative da richiedere l'intervento di un medico, e la percentuale sale al 70% con l'aumentare dell'età (Ward, 2005).

Robert Willan (1757-1812), onorato come uno dei fondatori della moderna dermatologia grazie al suo libro, *On Cutaneous Diseases*, e al suo approccio morfologico delle patologie cutanee, è stato probabilmente il primo a rendere una buona descrizione clinica del prurito nell'anziano (Ward e Berhard, 2005).

Il prurito senile, situazione di prurito cronico "sine materia" cioè senza lesioni evidenti, tranne le aree escoriate da grattamento, costituisce uno dei problemi di natura dermatologica più diffusi nella persona anziana, come ha dimostrato anche un recente studio (Norman, 2003) condotto sui residenti delle nursing home. Il prurito senile idiopatico è una diagnosi di esclusione, qualora siano state ricercate (e non individuate) patologie dermatologiche e/o sistemiche di fondo; ne costituisce la causa, fino all'85% dei casi, una cute particolarmente secca o xerosi (Hardy, 1996).

La xerosi è una delle condizioni dermatologiche più frequentemente riscontrate nei contesti di cure a lungo termine (Norman, 2003): nello specifico si stimano proporzioni variabili dal 59% all'85% nei soggetti con più di 65 anni (Beauregard e Gilcrest, 1987).

Le evidenze suggeriscono che la xerosi aumenta il rischio – oltre che per il prurito – verso ulteriori problemi clinici, come infezioni, lacerazioni cutanee traumatiche (skin tears) e ulcere da pressione (AHRQ,

1994; Klingman, 2000; Hunter et al., 2003; Cole e Nesbitt, 2004).

La xerosi è caratterizzata da una cute pruriginosa, eritematosa, secca, desquamante, con fenditure o fissurazioni che la rendono paragonabile nell'aspetto alla porcellana rotta (Norman, 2006). Ancora una volta sono solo in parte conosciuti i meccanismi che ne stanno alla base: la xerosi è comunque in relazione alla riduzione dello stato di idratazione della cute, dovuto probabilmente alla diminuzione dell'attività sebacea, a disfunzioni endocrine, a deficit nutrizionali e all'età (Sibbald et al., 2003; Hardy, 1996; Nix, 2000).

Un fattore concomitante, peggiorativo del prurito nel soggetto anziano, sopravviene durante i mesi invernali (il cosiddetto "prurito d'inverno") a causa della bassa umidità sia negli ambienti chiusi (per via del riscaldamento centrale) e all'aperto (per l'esposizione al freddo e al vento) (Manuale Merck di Geriatria).

Rimane comunque molto importante il fattore costituzionale. Infatti una cute essenzialmente secca non sarà mai ben idratata anche se viene a trovarsi stabilmente in condizioni ambientali di temperatura e umidità ottimali.

### **LA GESTIONE DEL PRURITO: L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

Malgrado i numerosi studi condotti sulla fisiologia del prurito, si è ben lontani da una completa comprensione dei meccanismi di base del sintomo (Giannetti, 2003). Anche se nel caso di malattie cutanee infiammatorie, come l'orticaria, la liberazione di mediatori periferici (in particolare l'istamina) sembra giocare un ruolo determinante nella genesi del prurito, la comparsa di prurito in altre condizioni, ad esempio in corso di malattie sistemiche, resta ancora avvolta nell'incertezza. Ciò rende conto, in questi casi, delle difficoltà di trattamento sintomatico (Peli e Naldi, 2004).

L'obiettivo del trattamento del prurito, successivo all'ottenimento del sollievo immediato della sensazione pruriginosa, è di identificare la causa di fondo. Ovviamente il trattamento ha tanto più successo quanto si è maggiormente in grado di rimuoverne le cause; tuttavia, anche quando ciò non è possibile – come ad esempio succede nel soggetto anziano – il prurito ed i suoi effetti possono essere parzialmente attenuati con alcune semplici strategie assistenziali (Tab. 2) (Moses, 2003; Schaffert-Witvliet, 2003; Kralik, 2005).

**Tabella 2 - Strategie generali di intervento.**

1	Non banalizzare il sintomo prurito; ascoltare la persona e le sue esperienze.
2	Suggerire la valutazione del prurito da parte di un medico (se non è ancora stato fatto) allo scopo di individuare ed eliminare ogni possibile causa.
3	Valutare il grado di secchezza cutanea e incoraggiare l'utilizzo di un prodotto emolliente da applicare più volte nell'arco della giornata. La pelle secca tende a prudere maggiormente: mantenerla umida e morbida aiuta a ridurre l'irritazione. La scelta dell'emolliente sarà guidata dalla gravità della patologia, dalle preferenze del paziente e dalla sede delle lesioni. Gli emollienti leggeri come le creme acquose sono indicati per pazienti con cute secca, ma è disponibile anche una vasta gamma di preparazioni più grasse contenenti paraffina bianca. Gli emollienti da banco differiscono per costo e qualità, ma non esiste una relazione obbligata tra i due parametri.
4	Suggerire l'uso di prodotti ipoallergenici, delicati e privi di profumo. Le sostanze chimiche responsabili delle fragranze potrebbero irritare ulteriormente la cute secca e causare una sensibilizzazione da contatto.
5	Gli emollienti sono utili specie dopo il bagno, quando la cute è ancora umida e se applicati con generosità. Le lozioni o le creme dovrebbero essere applicate immediatamente dopo il bagno, prima di essersi completamente asciugati, picchiettando delicatamente il prodotto sulla pelle. Se il soggetto anziano non è in grado di applicarle da solo, dovrebbe essere delegato un caregiver. Buona norma è il lavaggio delle mani dell'operatore dopo avere applicato lozioni o creme, per evitare la diffusione batterica da un residente all'altro.
6	Applicare sempre gli emollienti con movimenti regolari e delicati: evitare di strofinare in quanto ciò può peggiorare la sensazione pruriginosa e far accrescere la tentazione di grattarsi. Gli emollienti devono essere applicati nella direzione di crescita dei peli per ridurre il rischio di infezione dei follicoli.
7	Consigliare di diminuire la frequenza del bagno (eseguire il bagno a giorni alterni è sufficiente per i residenti delle <i>nursing home</i> e non disidrata la pelle tanto quanto un bagno quotidiano) e di limitare la durata del bagno stesso per abbreviare l'esposizione all'acqua che comunque deve essere tiepida e non calda. Preferire il bagno piuttosto che la doccia, meglio se nell'acqua si aggiungono oli da bagno medicati. Evitare l'uso di irritanti, come detergenti e saponi aggressivi. Impiegare invece un sapone delicato, non profumato, ipoallergenico massimo due/tre volte alla settimana, meglio ancora sostituirlo con creme acquose oppure emulsioni oleose per la detersione delle mani e del corpo.
8	Incoraggiare la persona a mantenere le unghie corte ed assicurarsi che non ci siano bordi irregolari per prevenire le complicanze relative al grattamento (es., infezioni). Guanti di cotone o manopole indossati di notte potrebbero ridurre l'impatto del grattamento durante il sonno.
9	Massaggiare con un cubetto di ghiaccio l'area che prude. Anche l'applicazione di una pressione costante sulla sede che prude o su un'area controlaterale alla sede che prude può alleviare il prurito.
10	Scegliere un tipo di abbigliamento che non iriti la pelle (preferibilmente in cotone o seta, risciacquati almeno due volte); evitare i vestiti di lana e di materiali che trattengono il calore (ad esempio, tessuti sintetici); non indossare abiti nuovi prima di averli lavati (è stato dimostrato che le sostanze chimiche usate per la stampa delle stoffe irritano la pelle). Quando la biancheria del letto (lenzuola, ecc.) viene lavata, è utile aggiungere olio da bagno nel ciclo del risciacquo.
11	Umidificare l'ambiente, specialmente in inverno. Condizioni ambientali come l'esposizione diretta a fonti di calore secco (stufe, fuoco del caminetto, ecc.) precipitano lo stato di disidratazione della cute.
12	Per una pelle sana è fondamentale una adeguata alimentazione e, nel caso dell'anziano, la pelle ha bisogno di tutto il supporto che può ottenere da una dieta equilibrata. È importante ricordare che i residenti delle <i>nursing home</i> possono manifestare problemi cutanei a causa dei deficit nutrizionali che insorgono in seguito a patologie di base o come effetto collaterale delle terapie farmacologiche. Oltre all'alimentazione, controllare anche lo stato di idratazione e consigliare di bere molti liquidi (purché non vi siano controindicazioni mediche).
13	Evitare l'impiego di antistaminici ed analgesici per uso topico – così comunemente prescritti in caso di prurito – perché generalmente poco efficaci e perché di frequente causa di sensibilizzazione con comparsa di dermatiti da contatto; anche l'uso protracted di corticosteroidi locali dovrebbe essere ripensato per il rischio di atrofia cutanea.
14	Sempre a livello locale possono invece essere d'aiuto, oltre ai già citati emollienti, prodotti rinfrescanti come mentolo e canfora, bagni di farina d'avena, pramoxina, lozione di calamina (usare soltanto su lesioni trasudanti, non su cute asciutta). Interventi più specifici prevedono il ricorso a lozioni cheratolitiche contenenti urea o ammonio lattato al 12% in lozione che aiutano a rimuovere le squame e a prevenire i sintomi della xerosi; in particolare alcuni studi hanno dimostrato l'efficacia di tale lozione nel ridurre la gravità della xerosi (Kempers et al., 1998).
15	Non impiegare indiscriminatamente antistaminici per os, così come ansiolitici e/o antidepressivi. Va ricordato che il soggetto anziano ha una probabilità maggiore di 2-3 volte di andare incontro a reazioni indesiderate da farmaci e che quindi essi rappresentano un pericolo potenziale (ad esempio, aumentano il rischio di caduta). Il regime terapeutico prescritto deve essere il più semplice possibile e impostato in base alle caratteristiche fisiche del paziente.

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

Nel prurito senile, gli interventi infermieristici devono mirare a interrompere il circolo del processo xerotico, e così facendo prevenire l'insorgenza di complicanze secondarie – come per l'appunto il prurito (Thaipisuttikul, 1998).

Misure alternative per il trattamento del prurito cronico sono la stimolazione elettrica transcutanea (TENS) (Fjellner e Hagermark, 1978) e l'agopuntura. In uno studio (Lundeberg et al., 1987) il ricorso all'agopuntura ha ridotto l'intensità soggettiva del prurito indotto sperimentalmente in confronto all'agopuntura-placebo (inserzione dei aghi in sedi non specifiche). Tuttavia esiste un forte effetto placebo prodotto dall'inserzione dell'ago che limita la credibilità di questo tipo di studio.

### BIBLIOGRAFIA

- Agency for Health Care Policy and Research. Clinical Practice Guideline Number 3: Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. Publication No. 92-0047. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, Md. 1994.
- Beauregard S, Gilchrist BA. A survey of skin problems and skin care regimens in the elderly. *Arch Dermatol* 1987;123(12):1638-43.
- Berger R, Gilchrist BA. Skin disorders. In: Duthie EH, Katz PR, eds. *Practice of geriatrics*. 3d ed. Philadelphia: Saunders, 1998:467-72.
- Callen JP, Bernardi DM, Clark RA, Weber DA. Adult-onset recalcitrant eczema: a marker of noncutaneous lymphoma or leukemia. *J Am Acad Dermatol* 2000;43(2 pt 1):207-10.
- Callen JP, Weisshaar E, Fleischer AB. Pruritus. *Best Practice of Medicine*. June 2003. [http://merck.micromedex.com/index.asp?page=bpm\\_brief&article\\_id=BPM01DE05](http://merck.micromedex.com/index.asp?page=bpm_brief&article_id=BPM01DE05).
- Cole L, Nesbitt C. A three-year multiphase pressure ulcer prevalence/incidence study in a regional referral hospital. *Ostomy Wound Manage* 2004;50(11):32-40.
- Correale CE, Walker C, Murphy L, Craig TJ. Atopic dermatitis: a review of diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 1999;60:1191-8,1209-10.
- Ehlers A, Stangier U & Gieler U. Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1995; 63:624-635.
- Fjellner B, Hagermark O. Transcutaneous nerve stimulation and itching. *Acta Derm Venereol* 1978;58(2):131-4.
- Giannetti A. Fisiopatologia del prurito. Atti del congresso 1° CONGRESSO NAZIONALE S.I.DER.P. 2003 [www.idi.it/did/congr/siderp\\_pdf\\_relazioni/4\\_4\\_03/ssAttualita/RGiannetti.pdf](http://www.idi.it/did/congr/siderp_pdf_relazioni/4_4_03/ssAttualita/RGiannetti.pdf).
- Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ & Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine* 1994; 56:36-40.
- Hardy MA. What can we do about your patient's dry skin. *J Gerontol Nurs* 1996;22(5):11-8.
- Harlow D, Poyner T, Finlay AY & Dykes PJ. Impaired quality of life of adults with skin disease in primary care. *British Journal of Dermatology* 2000; 143:979-82.
- Harrigan E, Rabinowitz LG. Atopic dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am* 1999;19:383-96.
- Hunter S, Anderson J, Hanson D, et al. Clinical trial of a prevention and treatment protocol for skin breakdown in two nursing homes. *J WOCN* 2003;30(5):250-8.
- Kempers S, Katz HI, Wildnauer R, Green B. An evaluation of the effect of an alpha hydroxy acid-blend skin cream in the cosmetic improvement of symptoms of moderate to severe xerosis, epidermolytic hyperkeratosis, and ichthyosis. *Cutis* 1998;61(6):347-50.
- Klingman A. Introduction. In: Loden, M, Maibach H I. (eds). *Dry Skin and Moisturizers Chemistry and Function*. Boca Raton, Fla.: CRC Press;2000:3.
- Kralik D. Itching to scratch: Innovative nursing interventions for chronic itch. *The Pursuit of Excellence*. Issue No. 38 – October 2005 ISSN 1449-4396.
- Lundeberg T, Bondesson L, Thomas M: Effect of acupuncture on experimentally induced itch. *Br J Dermatol* 1987;117(6):771-7.
- Manuale Merck di Geriatria. <http://www.msd-italia.it/altre/geriatria/index.html>.
- Moses S. Pruritus. *Am Fam Physician* 2003;68(6):1135-42.
- Nix D. Factors to consider when selecting skin cleansing products. *J WOCN* 2000;27:260-8.
- Norman RA. Geriatric dermatology. *Dermatol Ther* 2003;16:260-8.
- Norman RA. Xerosis and pruritus in elderly patients. Part I. *Ostomy Wound Manage* 2006;52(2):12-4.
- Parker F. Skin disease. In: Wingarden JB, Smith L eds, *Cecil Text book of medicine* 18th ed. Philadelphia, Saunders 1988:2300-53.
- Peli L, Naldi L. Il prurito persistente o ricorrente. *Dimensione SNAMID*. Anno X – Giugno/Luglio 2004 – Numero 37.
- Schaffert-Witvliet B. Pruritus without skin manifestation – what kind of state of the art nursing intervention? *Pflege* 2003;16(5):257-64.
- Sibbald RG, Campbell K, Queen D. Intact skin — an integrity not to be lost. *Ostomy Wound Manage* 2003;49(6):27-41.
- Thaipisuttikul Y. Pruritic skin diseases in the elderly. *J Dermatol* 1998;25(3):153-7.
- Ward S. Eczema and dry skin in older people: identification and management. *Brit J Community Nurs* 2005;10(10):453-6.
- Ward JR, Bernhard JD. Willan's itch and other causes of pruritus in the elderly. *Int J Dermatol* 2005;44(4):267-73.
- Yosipovitch G, David M. The diagnostic and therapeutic approach to idiopathic generalized pruritus. *International Journal of Dermatology* 1999; 38:881-7.
- Yosipovitch G, Goon A, Wee J, Chan YH & Goh CL. The prevalence and clinical characteristics of pruritus among patients with extensive psoriasis. *British Journal of Dermatology* 2000;143:969-73.
- Yosipovitch G, Goon AT, Wee J, Chan YH, Zucker I & Goh CL. Itch characteristics in Chinese patients with atopic dermatitis using a new questionnaire for the assessment of pruritus. *International Journal of Dermatology* 2002;41:212-6.
- Zirwas MJ, Seraly MP. Pruritus of unknown origin: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:892-6.

Commento all'editoriale pubblicato sul n. 3/2007

## Perché diminuiscono gli anziani nelle strutture residenziali?

**A**bbiamo letto con grande interesse nel numero di settembre 2007 della rivista "I luoghi della cura" lo stimolante e provocatorio editoriale di Cristiano Gori ed Antonio Guaita "Perché diminuiscono gli anziani nelle strutture residenziali?". Si tratta di un dato che, se confermato, non può che lasciare perplessi in relazione al fatto che recenti documenti ministeriali hanno stimato una rilevante carenza di posti letto in numerose regioni italiane.

Come geriatri che operano a livello ospedaliero, o territoriale, in Umbria concordiamo con gli Autori nel ritenere che la situazione abbia notevoli elementi di diversità tra le regioni, in relazione alla profonda differenziazione delle risposte assistenziali a livello residenziale. In tale settore, infatti, fino a tempi molto recenti, non erano neppure disponibili delle definizioni di LEA; motivo per cui la denominazione delle strutture e delle prestazioni è stata oggetto di una estrema diversificazione. Per quanto riguarda, ad esempio, la nostra regione, sono denominate Residenze Protette (RP) quelle destinate ad accogliere anziani cronici stabilizzati, di regola non autosufficienti, spesso per il restante periodo della loro esistenza; Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), invece, quelle che hanno il compito di ricoverare temporaneamente, fino ad un massimo di 3 mesi, pazienti portatori di patologie cronico-degenerative, non curabili a domicilio e bisognosi di assistenza continuativa (Piano Sanitario regionale 2003-2005).

Una disamina della realtà umbra, caratterizzata da una sostanziale stabilità del numero di posti letto a fronte di un continuo e progressivo aumento della domanda di ricovero in residenza, indica che la ragione principale è da individuare nella carenza di posti letto autorizzati dalla Regione Umbria come conseguenza di una precisa scelta di politica sanitaria a favore della domiciliarità. Questo è quanto viene ribadito anche nell'ultimo Piano Sanitario Regionale 2003-2005 (il nuovo è in corso di elaborazione) che recita infatti testualmente: "l'idea che il Piano persegue è chiara: finché si può è fondamentale vivere nel proprio quartiere, nella propria strada e in un ambito familiare conosciuto" (Piano Sanitario regionale 2003-2005).

Da qui la situazione attuale che vede l'Umbria con un numero di posti letto pari al 12 per mille ultra 65enni (Cecchetti et al., in press) (si tratta in pratica esclusivamente di RP), rispetto ad un fabbisogno stimato del 43 per mille, con lunghe liste di attesa che inducono gli anziani e le loro famiglie a ricercare soluzioni alternative come il ricorso a badanti, spesso più di una, in relazione a rilevanti bisogni assistenziali, o a

forme pubbliche o private di custodia, in strutture che non sono generalmente in possesso dei requisiti necessari per svolgere la funzione di Residenze Protette.

Per quanto riguarda la possibilità che i servizi di assistenza domiciliare possano avere vicariato la residenzialità, non è questa, almeno nella regione Umbria, una spiegazione plausibile poiché l'assistenza domiciliare, anche quella definita integrata, fornisce prestazioni che non hanno le caratteristiche quantitative e qualitative, soprattutto per la mancata assicurazione di una continuità assistenziale sette giorni su sette, da costituire una reale alternativa alle Residenze Protette.

Uno dei possibili motivi all'origine del paradossale trend di riduzione degli ospiti delle residenze è la crisi economica in atto, che può aver indotto alcune famiglie a scegliere di mantenere al domicilio il proprio anziano titolare di pensione o di più pensioni (lavorativa o di vecchiaia; indennità di accompagnamento; il cosiddetto assegno di cura in Umbria, un'erogazione pari a € 418,33 mensili riconosciuta a soggetti con grave disabilità), in quanto fonte di reddito per la famiglia di appartenenza. Si tratta di un fenomeno che, come operatori sul campo, osserviamo non di rado.

In conclusione, la situazione attuale della residenzialità ci porta ad affermare che l'offerta è largamente insufficiente rispetto alle necessità della popolazione. Esiste oggi una distanza tale tra realtà e bisogni che solo chiare scelte politiche, che individuino risorse specifiche, ad esempio attraverso la creazione di un fondo per la non autosufficienza nazionale e regionale finanziato in misura adeguata, possono contribuire a ridurre.

### BIBLIOGRAFIA

Cecchetti R, Dell'Aquila G, Ruggiero C, Gasperini B, Senin U, Costanzi E, Eusebi P, Cicioni C, Casucci P, Catanelli M, Romagnoli C, Cherubini A, per il gruppo di studio Progetto regione Umbria. Misurazione degli indicatori di esito della assistenza erogata nelle strutture residenziali di lungo assistenza per anziani non autosufficienti. In press. Piano Sanitario regionale 2003-2005. Bollettino Ufficiale della Regione dell'Umbria. Supplemento ordinario al Bollettino Ufficiale - serie generale n 36, 27 agosto 2003.

Antonio Cherubini<sup>1</sup>, Simonetta Simonetti<sup>2</sup>,  
Rita Morucci<sup>2</sup>, Giuseppe Mencolini<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Perugia

<sup>2</sup> AUSL 2, Distretto di Perugia

<sup>3</sup> Residenza protetta Creusa Brizi Bittoni, Città della Pieve

# I luoghi della cura



ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

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

#### DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

#### COMITATO EDITORIALE

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, 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



## ABBONATEVI

*Abbonamento annuo (4 numeri) € 10,00*

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

Nome .....

Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... CAP .....

E-mail .....

Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura*

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

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

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

VISA  AMERICAN EXPRESS  DINERS CLUB  EUROCARD  MASTER CARD

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

Data di scadenza | | | | |

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

Data e firma .....



## LINEA IGIENE TENA

### Un'attenzione speciale per una pelle speciale

La pelle è un organo sorprendente. Ma dopo anni di intenso lavoro, ha bisogno di un aiuto per mantenersi sana, specialmente in presenza d'incontinenza. Ed è proprio qui che interviene la linea igiene TENA, specifica per l'igiene intima, che grazie ai suoi prodotti 3-in-1 deterge, idrata e protegge anche le pelli più delicate e fragili. Il risultato finale? Una pelle più sana e ospiti più sereni... e la gratitudine di Madre Natura.



TENA | L'assistenza migliore ad un costo totale minore  
[www.tena.it](http://www.tena.it) | [infotena.it@sca.com](mailto:infotena.it@sca.com) | Tel +39 0331 443811 | Fax +39 0331 443881

