

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno VI - N. 2
Giugno 2008
TRIMESTRALE

2/2008

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




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali



I NOSTRI PERIODICI

GIORNALI

GINECORAMA

Organo di informazione di ISGE Italia (International Society of Gynecological Endocrinology), della Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia (FIOG) e dell'Associazione Ginecologi Universitari Italiani (AGUI)
Bimestrale di attualità e aggiornamento di ostetricia, ginecologia e medicina della donna diretto da A.R. Genazzani

CUORE E VASI

Organo ufficiale della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (SIPREC)
Trimestrale di aggiornamento ed informazione cardiovascolare diretto da M. Volpe

IL DERMATOLOGO

Bimestrale di aggiornamento in dermatologia, dermocosmetologia e chirurgia estetica diretto da S. Chimentì

PSICHIATRI OGGI

Bimestrale di attualità in psichiatria diretto da P.L. Scapicchio

GIORNALE DI NEUROPSICHIATRIA GERIATRICA

Quadrimestrale
Organo ufficiale dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría

DIALOGOS

Quadrimestrale di informazione ed aggiornamento interdisciplinare sul diabete, diretto da G. Crepaldi

INTERNATIONAL TRENDS IN ONCOLOGY

Trimestrale di attualità ed informazione oncologica, diretto da F. Schittulli

ORTOPEDIA NEWS

Quadrimestrale di informazione ed aggiornamento ortopedico e traumatologico diretto da C. Zorzi

UROTOME

Organo ufficiale della Società di Urologia Italiana Centro-Meridionale e Isole (SUICMI) e dell'Associazione per la Ricerca di Base in Urologia (ARBU), diretto da F. Di Silverio

IL REUMATOLOGO

Trimestrale diretto da B. Frediani

GIORNALE DI NEUROPSICOFARMACOLOGIA

Trimestrale diretto da M. Trabucchi

DEMENZE

Trimestrale diretto da M. Trabucchi

IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO

Organo ufficiale CIMO-ASMD
Coordinamento Italiano Medici Ospedalieri - Associazione Sindacale Medici Dirigenti
Bimestrale diretto da C. Sizia

IL GASTROENTEROLOGO

Organo ufficiale del Gruppo Internazionale di Studio sulle Dismotilità Intestinali (GISDI)
Trimestrale

LILT

Giornale di educazione alla salute della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
Trimestrale diretto da F. Schittulli

I LUOGHI DELLA CURA

Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
Trimestrale diretto da A. Guaita, F. Landi, E. Zanetti

FARMACOECONOMIA NEWS

Quadrimestrale di informazione e di politica economica sui farmaci

RMISTE**CLINICAL CASES IN MINERAL AND BONE METABOLISM**

Organo Ufficiale della Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (SIOMMMS)
Quadrimestrale diretto da M.L. Brandi

FUNCTIONAL NEUROLOGY and new trends in interventional neuroscience

The Journal of the International Functional Neurology Society (IFNS)
Trimestrale diretto da S. Bastianello

BIOMEDICAL STATISTICS & CLINICAL EPIDEMIOLOGY

Journal of the Italian Society of Medical Statistics and Clinical Epidemiology
Trimestrale diretto da F. Grigoletto

GIORNALE ITALIANO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Organo di informazione di ISGE Italia (International Society of Gynecological Endocrinology), della Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia (FIOG) e dell'Associazione Ginecologi Universitari Italiani (AGUI)
In collaborazione con International Journal of Gynecology & Obstetrics, official publication of FIGO
Mensile diretto da A.R. Genazzani

DERMATOLOGIA CLINICA

Organo Ufficiale della Clinica Dermatologica dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma
Trimestrale diretto da S. Calvieri

GIORNALE ITALIANO DI PSICO-ONCOLOGIA

Organo ufficiale della Società Italiana di Psico-Oncologia
Semestrale diretto da G. Morasso, L. Grassi

IL GIORNALE DI CHIRURGIA

Organo ufficiale della Società Italiana di Ricerche in Chirurgia (SIRC)
Mensile diretto da G. Di Matteo

ITALIAN JOURNAL OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS

Organo ufficiale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)
Trimestrale diretto da A. Ambrosini

PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE

Organo Ufficiale della Società Italiana di Psichiatria di Consultazione (SIPC)
Trimestrale diretto da G. Invernizzi

RIVISTA DI SESSUOLOGIA

Organo Ufficiale del Centro Italiano di Sessuologia (CIS)
Trimestrale diretto da F. Avenia

GIORNALE ITALIANO DI CONSERVATIVA ITALIAN JOURNAL OF OPERATIVE DENTISTRY

Organo Ufficiale della Società Italiana di Odontoiatria Conservativa (SIDOC)
Trimestrale diretto da C. Prati

GIORNALE ITALIANO DI ENDODONZIA

Organo Ufficiale della Società Italiana di Endodonzia (SIE)
Trimestrale diretto da G. Gambarini

ORAL IMPLANTOLOGY

Trimestrale diretto da Alberto Barlattani

MODELLI PER LA MENTE

Rassegna di studi e ricerca per la normalità e la patologia
Quadrimestrale diretto da Tonino Cantelmi

PERIODICI ONLINE**JOURNAL OF PRENATAL MEDICINE**

Official publication of the Italian Society of Prenatal Diagnosis and Fetal Maternal Medicine (SIDIP)
Trimestrale diretto da P. Jeanty, C. Giorlandino

ANNALI DI STOMATOLOGIA

Organo ufficiale del Collegio dei Docenti di Odontoiatria
Trimestrale diretto da M. Capogreco

NEWSLETTER**MENOPAUSA NEWS**

Organo ufficiale della Società Italiana di Ginecologia della Terza Età (SIGiTE)
Trimestrale diretto da M. Mincigrucchi

SIGO NOTIZIE

Trimestrale
Supplemento dell'Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics
Bollettino di informazione della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)

SOMMARIO

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guerrini, 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 luglio 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

Strutture residenziali per anziani: quale futuro

Ermellina Zanetti, Marco Trabucchi, 5

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Ruolo delle Aziende Sanitarie Locali nell'assistenza all'anziano in Liguria

Paolo Cavagnaro, 9

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

La gestione della disfagia

Antonino Frustaglia, 14

MATERIALI DI LAVORO

Welfare e demenza: una proposta di lavoro per un'assunzione (forte) di responsabilità

Fabio Cembrani, Veronica Cambrani, 19

ESPERIENZE (ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI)

Valutazione del bisogno formativo dell'operatore socio assistenziale in RSA: l'esperienza di Casalbuttano

Giovanni Gelmini, Mara Dilda, 24

SPUNTI DI DIBATTITO

Infermieri in RSA: responsabilità e competenze

I risultati dello studio qualitativo condotto dal Collegio Ispasvi di Milano-Lodi

Paola Gobbi, Anna Castaldo, Stefano Giudici, Stefano Mantovani, Gianluca Gazzola, 27

Una nuova etica per le RSA?

Daniele Villani, 33

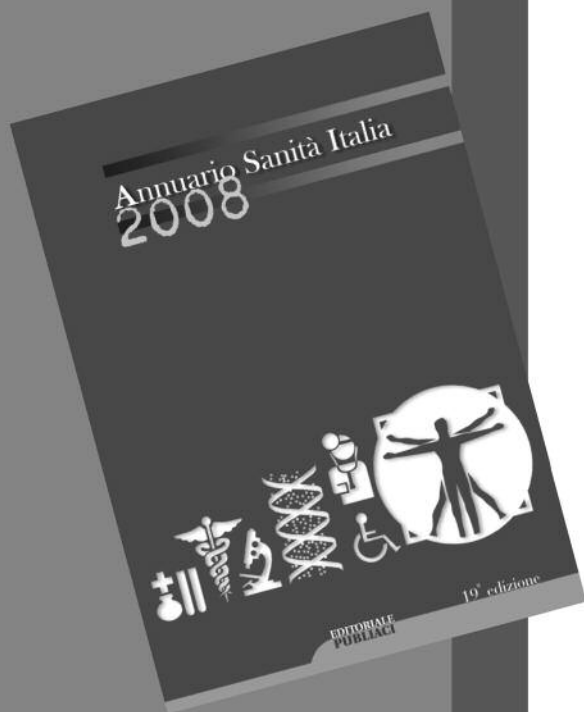
REVISIONE DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

Alleno la mia memoria

Chiara Cutaia, 47

Annuario

*periodico
di informazione
sul settore sanitario*



19ª edizione

SANITÀ ITALIA

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

Strutture residenziali per anziani: quale futuro

Ermellina Zanetti[°], Marco Trabucchi^{*°}

[°] Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

^{*} Associazione Italiana di Psicogeriatrica

Le indicazioni contenute nel recente documento della Commissione Nazionale Lea sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali, ampiamente presentato nel n. 4/2007 de *I Luoghi della Cura*, sottolineano la necessità di incrementare l'offerta di strutture residenziali nel nostro Paese lavorando su un'ipotesi nazionale di circa il 4% di posti letto per anziani (ultra 65enni) in strutture residenziali (Ministero della Salute, 2007). Lo standard di offerta è stato calcolato sulla base di alcune variabili ritenute particolarmente significative: quota di anziani che vivono soli (dai 64 ai 74 anni e dai 75 in sù) sulla popolazione anziana, incidenza di anziani sulla popolazione e quota di anziani poveri sul totale di anziani. L'offerta attuale (dati ISTAT 2003) è pari a 2,1 posti letto ogni cento ultra65enni, ottenuta considerando tutti i posti letto della residenzialità sanitaria e sociale, con profonde differenze tra le diverse regioni del nostro Paese. Le Regioni del Nord presentano una media di circa 3 posti letto ogni cento ultra 65enni, a fronte di 1,4% delle Regioni Centrali e 0,8 di quelle Meridionali.

I dati Istat del 2004 hanno però rilevato una tendenza alla riduzione degli anziani ricoverati nelle strutture residenziali, con una diminuzione di quasi 4.000 presenze tra il 2003 ed il 2004, riduzione osservata anche nei Paesi dell'Ocse in cui l'offerta era ben superiore rispetto al nostro Paese (le riduzioni non hanno mai portato al di sotto del 4-3,5% di utenza) (Guaita e Gori, 2007).

Cosa riserva dunque il futuro alle strutture residenziali? È opportuno un adeguamento dell'offerta, secondo quanto suggerito dal documento della Commissione Nazionale Lea sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali, o il mantenimento dell'attuale offerta (in particolare per le regioni del nord)?

Il problema è molto complesso e richiede di essere affrontato considerando contemporaneamente più scenari per addivenire a scelte che non siano meramente guidate dalla ineludibile necessità di contrarre la spesa. Con la necessaria sintesi e senza pretesa di esaustività, riassumiamo i principali scenari.

Lo scenario demografico: gli indicatori demografici confermano un aumento della popolazione anziana e molto anziana: nel nostro Paese si passerà dai quasi 12 milioni di over 65enni del 2007 ai 18,8 milioni in prospettiva nel 2050, a fronte di una riduzione della popolazione più giovane (quasi 2 milioni in meno tra i soggetti 0-19enni) e ben 8 milioni in meno tra i 20-64enni. In parallelo, la componente più anziana (ultra 85enni) crescerà intensamente, salendo di tre milioni di unità in poco più di quarant'anni. Ciò è di particolare interesse rispetto al quesito posto poiché l'età media degli ospiti che accedono oggi nelle residenze sanitarie ha superato, nella regione Lombardia che ha, da sola, tante strutture residenziali quanto il resto d'Italia, gli 87 anni. Un aspetto da considerare attentamente quando si affronta il tema dell'aumento della popolazione anziana è il fatto che gli ingressi al suo interno saranno per lungo tempo sempre superiori alle uscite. Il divario annuo tra le entrate per compimento del 65esimo compleanno e le uscite per morte, sempre largamente positivo sino a circa il 2045, genererà inevitabilmente una crescita numerica del complesso della popolazione anziana. Questo fenomeno è destinato ad arrestarsi quando accederanno all'universo degli anziani le generazioni scarse formatesi a partire dagli anni '80: vi saranno più uscite che entrate e in valore assoluto (ma verosimilmente anche in termini relativi) il pro-

cesso di invecchiamento demografico tenderà ad arrestarsi (Blangiardo, 2008).

Lo scenario clinico: la disabilità. Il rapido e marcato invecchiamento della popolazione, che ha caratterizzato il nostro paese nelle ultime decadi, ha portato inevitabilmente a un aumento di tutte le malattie età associate, che sono diventate una tra le maggiori priorità sanitarie e sociali. Se la diminuzione dei tassi di mortalità, che ha caratterizzato il secolo scorso, perdurerà nei prossimi 50 anni, potremmo raggiungere una speranza di vita alla nascita di oltre 90 anni – l'ISTAT ha stimato nel 2007 una speranza di vita alla nascita pari a 78,6 anni per gli uomini, e a 84,1 anni per le donne (ISTAT, 2008) – con un sempre maggior numero di persone a rischio di patologie croniche e disabilità da esse conseguenti. La disabilità fisica è dovuta principalmente alla comorbilità e colpisce circa il 25% dei maschi e il 34% delle femmine ultrasessantacinquenni. Sebbene sia stato registrato un aumento della aspettativa di vita attiva, che in 5 anni ha portato a guadagnare 1 anno di vita attiva, è altrettanto noto che la disabilità aumenta con l'età e, nel gruppo di ultraottantenni, circa il 6% dei maschi e l'8% delle donne è totalmente non autosufficiente (Maggi et al., 2005), condizione che spesso determina l'istituzionalizzazione.

La famiglia e la rete dei servizi: le profonde trasformazioni dell'istituto familiare che, a partire dagli anni 70, hanno visto aumentare di 8 milioni di unità il numero di famiglie e diminuire la loro dimensione media sotto la soglia dei tre componenti, e il sempre maggior numero di donne inserite nel mondo del lavoro, ha ridotto la possibilità che sia la famiglia, anche a costo di notevoli sacrifici, ad assicurare le cure a lungo termine ai propri anziani ammalati. È inoltre di frequente riscontro che a farsi carico di un grande vecchio anziano siano congiunti altrettanti anziani o comunque già over 65enni, gravati anch'essi dal peso e dalla fatica degli anni. Tra i criteri di accessibilità alle cure domiciliari, previsti dal documento della Commissione Nazionale Lea sulle prestazioni domiciliari e gli interventi ospedalieri a domicilio (Ministero della Salute, 2006), è richiesto un adeguato supporto familiare o informale che, come poc'anzi affermato, non sempre le famiglie sono in grado di assicurare.

Sul versante dei servizi ogni considerazione rispetto all'evoluzione della residenzialità deve tenere conto che il traguardo, indicato dal Progetto obiettivo "Tute-

la della salute degli anziani" a stralcio del Piano Sanitario Nazionale 1991-1995, di assicurare entro il 1995 l'assistenza domiciliare integrata al 2% degli ultrasessantacinquenni non ospitati in residenze sanitarie assistenziali, non è stato raggiunto in nessuna delle regioni Italiane (ammesso che sia ad oggi ancora appropriato!). Inoltre, la copertura di questo servizio in nessuna realtà raggiunge i 60 minuti die, richiedendo, dunque, alla famiglia, un importante carico di cura: si pensi, ad esempio, ai soggetti affetti da demenza (malattia età correlata e, pertanto, il numero di casi è destinato ad aumentare nei prossimi anni) che necessitano di una cura e un'assistenza continue e, in alcune fasi della malattia, intensive. La realtà così inadeguata dell'assistenza domiciliare impedisce di costruire piani di intervento articolati; peraltro le esperienze condotte nei paesi dell'unione europea che hanno sviluppato i servizi domiciliari non hanno ottenuto una riduzione nell'utilizzo dei servizi residenziali (Gori, 2001). Intuitivamente si potrebbe pensare che i due servizi rispondono a diversi bisogni, per intensità di cura e/o gravità di condizione clinica e disabilità (Podavitte, 2008).

Infine, si deve ricordare, come da più parti affermato, che la massiccia diffusione delle assistenti familiari straniere (badanti) ha certamente contribuito a ridurre la richiesta e l'utilizzo dei servizi residenziali, anche se tale fenomeno non è destinato a durare nel tempo: la regolarizzazione delle lavoratrici straniere e l'emersione, quindi, del lavoro in nero, ha determinato un aumento dei costi per le famiglie e una minore disponibilità da parte delle stesse badanti ad accettare di coprire un elevato numero di ore nel corso della giornata. Inoltre, le mutate condizioni sociali e politiche nei paesi di maggior provenienza delle lavoratrici straniere renderanno possibile, nel medio periodo, il loro ritorno in patria, riducendo l'offerta ad oggi ancora competitiva rispetto ai servizi.

A fronte di questi scenari riteniamo che sia necessario un ampliamento dell'offerta di posti letto residenziali con uno specifico riferimento alle diverse realtà regionali. Su tutto il territorio nazionale è invece opportuno un ripensamento dell'offerta dei servizi residenziali in termini di una maggiore qualificazione all'interno della rete, attraverso la specializzazione per intensità di cura e assistenza e una condivisa ed univoca definizione dei criteri di accesso, come indicato nel documento della Commissione Nazionale Lea sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali.

BIBLIOGRAFIA

Blangiardo GC. Lo scenario demografico dopo 30 anni. In Falcitelli N, Gensini GF, Trabucchi M. 1978-2008 30 anni della Fondazione Smith Kline e 30 anni del SSN. Il Mulino Editore in press.

Gori C. I servizi sociali in Europa. Carocci editore, Roma 2001:28.

Guaita A, Gori C. Perché diminuiscono gli anziani nelle strutture residenziali? I luoghi della cura 2007;3:5-6.

Istat Istituto Nazionale di Statistica Previsioni demografiche nazionali Anno 2007 (www.demo.istat.it/altridati/previsioni_naz.it consultato il 27 maggio 08)

Maggi S, Marzari C, Noale M, Limongi F, Gallina P, Bianchi D, Crepaldi G. Epidemiologia dell'invecchiamento. In Gensini GF, Rizzini P, Trabucchi M, Vanara F. (eds) Rapporto Sanità 2005 Invecchiamento

to della popolazione e servizi sanitari Il Mulino Editore, Bologna 2005:27-42.

Ministero della Salute. Prestazioni residenziali e semiresidenziali, documento della "Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza", Roma, 30 maggio 2007.

Ministero della Salute. Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio documento della "Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza", Roma, 18 ottobre 2006.

Podavitte F, Scarcella C, Marinoni T, Mattana E, Mattanza C, Rozzini R, Trabucchi M. La rete dei servizi per l'anziano a Brescia nelle cure domiciliari e nelle RSA: una risposta adeguata al bisogno? Tendenze nuove 2008;1:23-42.

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

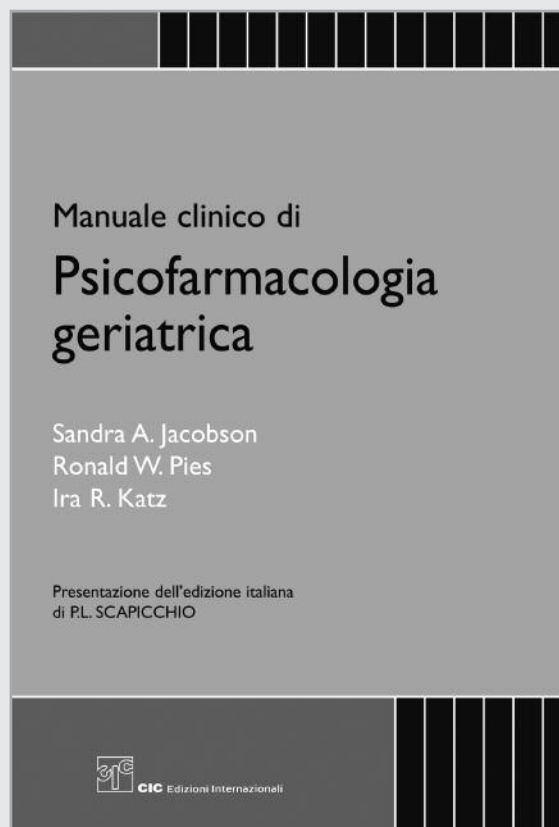


CIC Edizioni Internazionali

S.A. Jacobson, R.W. Pies, I.R. Katz

MANUALE CLINICO DI PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

Novità editoriale



Indice

- La psicofarmacologia geriatrica nella pratica clinica
- Psicofarmacologia di base ed invecchiamento
- Antipsicotici
- Antidepressivi
- Stabilizzanti dell'umore
- Farmaci ansiolitici e sedativo-ipnotici
- Trattamento dei disturbi da uso di sostanze
- Trattamento dei disturbi del movimento
- Farmaci per il trattamento della demenza e di altri disturbi cognitivi
- Farmaci analgesici

Volume brossurato di 830 pagine
f.to cm 16x23
€ 70,00



cic Edizioni Internazionali

Ruolo delle Aziende Sanitarie Locali nell'assistenza all'anziano in Liguria

Paolo Cavagnaro

ASL 4 Chiavarese Regione Liguria

INTRODUZIONE

La popolazione ligure è la più anziana d'Italia, e la Regione Liguria rappresenta un laboratorio per lo studio delle dinamiche demografiche future e per la sperimentazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari in grado di rispondere alle domande di salute, in termini di prevenzione, attraverso corretti stili di vita che ritardino o prevengano la perdita dell'autonomia, di cura, di riabilitazione e assistenza dell'anziano "fragile", e affetto da malattie croniche, e non autosufficiente.

In Liguria è evidente un cambiamento del tessuto demografico, che influenza in maniera decisiva quella che viene definita "transizione epidemiologica", ovvero una più marcata presenza di patologie cronico degenerative dovute all'aumentata aspettativa di vita; in queste patologie il concetto di "causa" è sostituito da "fattore di rischio", e il concetto di "guarigione con restitutum ad integrum" lascia, soprattutto nella popolazione anziana, il posto alla "guarigione con disabilità residua".

Al 30 giugno 2006 la popolazione residente nei trenta Comuni della ASL 4 Chiavarese ammontava a 147.810

persone, numero che si è mantenuto sostanzialmente stabile dal 2000.

Rispetto alla popolazione italiana totale, quella della ASL 4 Chiavarese è generalmente più vecchia: i giovani al di sotto dei 15 anni sono il 10,8% della popolazione totale contro il 14,1% dell'Italia, e la cosiddetta popolazione attiva, tra i 15 e i 64 anni, è pari al 61,3%, mentre a livello nazionale arriva al 66,5%. Il rapporto anziani-giovani è quasi il doppio di quello nazionale, così come sono più numerosi i lavoratori anziani rispetto a quelli giovani. A prevalere nettamente è la componente anziana: gli over 64 anni sono quasi una volta e mezza rispetto all'Italia, e i "grandi vecchi", oltre gli 84 anni, sono addirittura il doppio dei coetanei nazionali (4% contro il 2%) (Tab. 1).

La popolazione della ASL 4 Chiavarese si conferma quindi come la più anziana della Liguria, che a sua volta è la Regione più longeva del Paese (over 64: 27,8% contro 26,5% a livello regionale; over 84: 4% contro 3,2% a livello regionale).

Sulla base delle proiezioni Istat, la transizione demografica che la nostra popolazione ha vissuto negli ultimi decenni prefigura il cambiamento che quella italiana subirà nei prossimi decenni.

Tabella 1 - Popolazioni a confronto: analisi spazio temporale.

Popolazioni a confronto	% ≤ 14	% 15-39	% 40-64	% ≥ 65	% ≥ 85
ASL4 Chiavarese anno 2006	10,8	26,6	34,7	27,8	4,0
ASL4 Chiavarese anno 1991	10,6			23,5	
Popolazione Italia anno 2005	14,1	33,4	33,1	19,5	2,0
Popolazione Italia anno 1985	17,8	37,7	30,7	13,7	
Popolazione Liguria 2005	10,9	27,8	34,8	26,5	3,2
Popolazione Liguria 1985	12,0	33,2	35,0	19,9	

LA PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NEL TRIENNIO 2005-2008 NELLA REGIONE LIGURIA

Per rispondere alle esigenze della popolazione anziana il governo regionale ligure ha adottato, in questi ultimi tre anni, alcuni provvedimenti deliberativi e legislativi che definiscono le regole per la programmazione socio-sanitaria rivolta alla popolazione anziana, e definiscono il ruolo delle ASL all'interno della stessa.

I provvedimenti più significativi che riguardano la programmazione socio-sanitaria regionale per la popolazione anziana vanno dalla Legge Regionale n. 12 del 24 maggio 2006 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari", alle delibere di giunta regionale sul fondo regionale per la non autosufficienza, dall'organizzazione dell'assistenza domiciliare, alla rete di cure palliative e all'organizzazione dei distretti socio-sanitari.

Le linee principali di intervento sono:

- Riorganizzazione delle cure domiciliari
- Interventi a favore della grave non autosufficienza per il mantenimento a domicilio dell'anziano (fondo regionale per la non autosufficienza)
- Riorganizzazione della rete di assistenza residenziale e semiresidenziale
- Interventi per la cura e l'assistenza all'anziano affetto da demenza.

Tutti questi interventi vengono programmati ed erogati direttamente a livello del distretto socio-sanitario, che è la dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse e le funzioni socio-sanitarie, e che coincide territorialmente con il distretto sanitario.

Al centro dell'attenzione del legislatore regionale c'è l'anziano non autosufficiente e la sua famiglia, valorizzando l'assistenza nel luogo naturale di vita, che è la sua casa.

Le cure domiciliari sono un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici, di aiuto infermieristico e riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Il bisogno clinico, funzionale/sociale viene valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale.

Le cure domiciliari prevedono tre livelli:

CURE DOMICILIARI INTEGRATE (ADI di primo e secondo livello): che prevedono interventi professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, comprensive di prestazioni farmacologiche, analisi ematochimiche e di diagnostica strumentale, a favore di persone con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I livello) o 6/7 giorni (II livello); sono attivate dal Medico di Medicina Generale (MMG) o dall'Ospedale e richiedono la "presa in carico" con "valutazione multidimensionale" e "progetto individuale di assistenza" (PIA). Il MMG è coinvolto in tutto il processo assistenziale ed assume la responsabilità clinica dei processi di cura.

CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI TERZO LIVELLO E CURE DOMICILIARI PALLIATIVE A MALATI TERMINALI: sono richieste dal MMG o dall'Ospedale, richiedono presa in carico, valutazione multidimensionale e progetto assistenziale e sono rivolte a persone con patologie che presentano elevato livello di complessità, instabilità clinica, presenza di sintomi di difficile controllo, necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver; sono rivolte a malati terminali (oncologici e non), a portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (Sclerosi Laterale Amiotrofica, distrofia muscolare), ad anziani in fase avanzata e complicata di malattia cronica; comprendono anche prestazioni complesse come la necessità di nutrizione artificiale parenterale o la necessità di supporto ventilatorio invasivo o in stato vegetativo e di minima coscienza. Gli interventi sono programmati sui 7 giorni settimanali, anche biquotidiani, con pronta disponibilità medica sulle 24 ore.

Nei confronti di malati terminali (oncologici e non) è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe professionale dedicata. A sostegno della domiciliarità, e quindi dell'anziano e della sua famiglia, a livello di ogni distretto socio-sanitario della regione, dal gennaio 2007 è stata erogata la misura economica del **Fondo Regionale della Non Autosufficienza (FRNA)**, la cui istituzione è prevista dall'articolo 47 della Legge regionale 12 del 2006 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari".

Dopo un anno di sperimentazione, con la Delibera di

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Giunta Regionale n. 219 del 7 marzo 2008: "Indicazioni per l'avvio della prima fase di messa a regime del fondo regionale della non autosufficienza", la Regione Liguria eroga il FRNA a coloro che presentano un valore ISEE fino ad un massimo di 20.000 euro, e che presentano un profilo di non autosufficienza con la "perdita di almeno 3 ADL, disturbi comportamentali e comorbidità"; in particolare, l'anziano non autosufficiente è definito come "persona che non si alimenta da sola e che ha bisogno di essere imboccata, non è in grado di vestirsi e di lavarsi, ha bisogno di aiuto per muoversi all'interno e all'esterno dell'abitazione, ha gravi disturbi cognitivi e comportamentali che alterano i rapporti relazionali con i familiari e con l'esterno, è portatrice di comorbidità rappresentata da più di due patologie disabilitanti, con trattamenti farmacologici necessari, ripetitivi o urgenti e con prognosi evolutiva". A livello di ciascun Distretto Sociosanitario sono operanti per tutti questi servizi:

- a) lo **Sportello Integrato Sociosanitario**, come unico accesso per i richiedenti la valutazione di non autosufficienza;
- b) l'**Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)**, per l'accesso alla rete dei servizi (domiciliari, residenziali e semiresidenziali), per procedere alla valutazione della non autosufficienza per gli anziani, è composta dal geriatra e dall'assistente sociale del Comune di residenza della persona da valutare; nella fase di sperimentazione del FRNA è stata richiesta anche la valutazione del medico di medicina generale.

L'UVM effettua la valutazione attraverso la scheda multidimensionale (AGED PLUS), che comprende l'esame dei parametri di autonomia, la comorbidità e i disturbi comportamentali; alla valutazione dell'autosufficienza è collegata la valutazione sociale che, integrata con la valutazione sanitaria, determina la valutazione sociosanitaria per il registro regionale per la non autosufficienza, disponibile in tutta la regione in ambiente WEB.

Accedono prioritariamente alla misura economica le persone con valore ISEE fino a 20.000 euro, secondo la condizione di maggiore gravità, compatibilmente con le risorse disponibili; con ISEE fino a 10.000 euro la misura riconosciuta è di entità massima di 350 euro mensili e con ISEE maggiore di 10.000 euro è riconosciuta per un importo pari a 280 euro mensili.

L'UVM elabora insieme alla famiglia il **Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)** in cui si individua il respon-

sabile del caso (case manager), che procede alle verifiche indicate nel PIA stesso sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e sull'utilizzo coerente della misura economica.

È prevista, inoltre, a livello regionale, da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale, la formazione congiunta per gli operatori distrettuali che partecipano alle Unità di Valutazione Multidisciplinare al fine di pervenire ad una omogeneità nella valutazione della non autosufficienza in ambito regionale.

Le cure domiciliari, integrate in alcuni casi dalla misura economica del FRNA, sono in rete con la residenzialità e la semiresidenzialità extraospedaliera, normata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 308 del 2005 "Indicazioni per il riordino della residenzialità extraospedaliera e revisione delle tariffe dal primo gennaio 2005", delibera che prevede livelli diversi di assistenza:

RESIDENZIALITÀ

Unità di Cure Intermedie: per anziani con esiti invalidanti da episodio morboso acuto o anziani con fragilità clinica che richiede di essere stabilizzata; vengono erogate prestazioni diagnostiche, terapeutiche di cura e recupero funzionale a carattere residenziale, malati oncologici o altre polipatologie; è previsto il ricovero, quindi, di malati in fase post-acuta finalizzato al recupero dell'autonomia personale e alla stabilizzazione clinica.

Residenza Sanitaria Assistenziale per postacuti: per trattamenti di recupero per la fase postacuzie sono previste prestazioni terapeutiche di cura, riabilitazione e mantenimento funzionale delle abilità, con interventi di recupero a termine per anziani non autosufficienti con riduzione della funzione fisica, deficit cognitivi e/o comportamentali, polipatologie e patologie oncologiche non richiedenti cure di tipo ospedaliero o cure erogate dall'hospice.

Residenza Sanitaria Assistenziale per mantenimento e Residenze Protette: per anziani con esiti cronicizzati da polipatologie e da deficit cognitivi; sono previste prestazioni terapeutiche di mantenimento funzionale delle abilità, a carattere residenziale per non autosufficienti e/o cronicizzati e persone con demenza; assistenza medica, infermieristica, tutelare, attività rieducative e di animazione. Gli anziani con *non autosufficienza totale* vengono ricoverati in RSA di mantenimento; quelli con *autosufficienza parziale* in residenza protetta; la differenza tra le due tipologie di strutture è data

esclusivamente da un tempo maggiore di assistenza per ogni ricoverato prevista nella RSA di mantenimento rispetto alla residenza protetta. Sono compresi in questa tipologia anche i ricoveri di sollievo.

Residenza Sanitaria Assistenziale per trattamenti sociosanitari per anziani con gravi patologie involutive (demenze con disturbi comportamentali).

SEMIRESIDENZIALITÀ

Sono previste due tipologie di centri diurni con diverse caratteristiche strutturali-organizzative:

Centro Diurno di I livello: tipologia di ospiti con vario grado di non autosufficienza senza prevalente disturbo cognitivo;

Centro Diurno di II livello: tipologia di ospiti con vario grado di non autosufficienza che accoglie anziani affetti principalmente da patologie psicoevolutive severe, il cui grado di non autonomia sia determinato dal deficit cognitivo; sono inclusi anche i pazienti con disturbi comportamentali.

La rete integrata sociosanitaria per l'assistenza alla popolazione anziana nella Regione Liguria

La normativa regionale prevede quindi una rete di servizi sanitari e sociosanitari in "rete" che può essere così schematizzata (Fig. 1).

Nella riorganizzazione della rete integrata sociosanita-

ria il Consiglio regionale della Regione Liguria ha determinato alcuni obiettivi per il prossimo triennio con la delibera "Piano sociale integrato regionale 2007/2010 - legge regionale 24 maggio 2006 n. 12 (promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) articoli 25 e 62" che prevede degli indicatori di livelli assistenziali da raggiungere per la popolazione anziana:

- incremento nel triennio dell'**assistenza domiciliare integrata** (ADI: attività sanitarie e aiuto domestico familiare), dall'attuale 3% su popolazione ultrasessantacinquenne al 6% al 31/12/2009 e comunque entro il 31/12/2010.
- incremento, nel triennio, della **residenzialità e semiresidenzialità** dall'attuale percentuale del 2,7% su popolazione ultrasessantacinquenne al 4% al 31/12/2009 e comunque entro il 31/12/2010.

Punti di forza e punti di debolezza nell'assistenza all'anziano nella Regione Liguria

Le Aziende Sanitarie Locali possono governare in modo efficace l'assistenza all'anziano in quanto hanno come riferimento una legislazione regionale che, se realizzata nella sua completezza, permette una reale integrazione tra sociale e sanitario in una rete diversificata di servizi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

È da evidenziare, inoltre, l'impegno della Regione e delle ASL nella promozione di corretti stili di vita, in

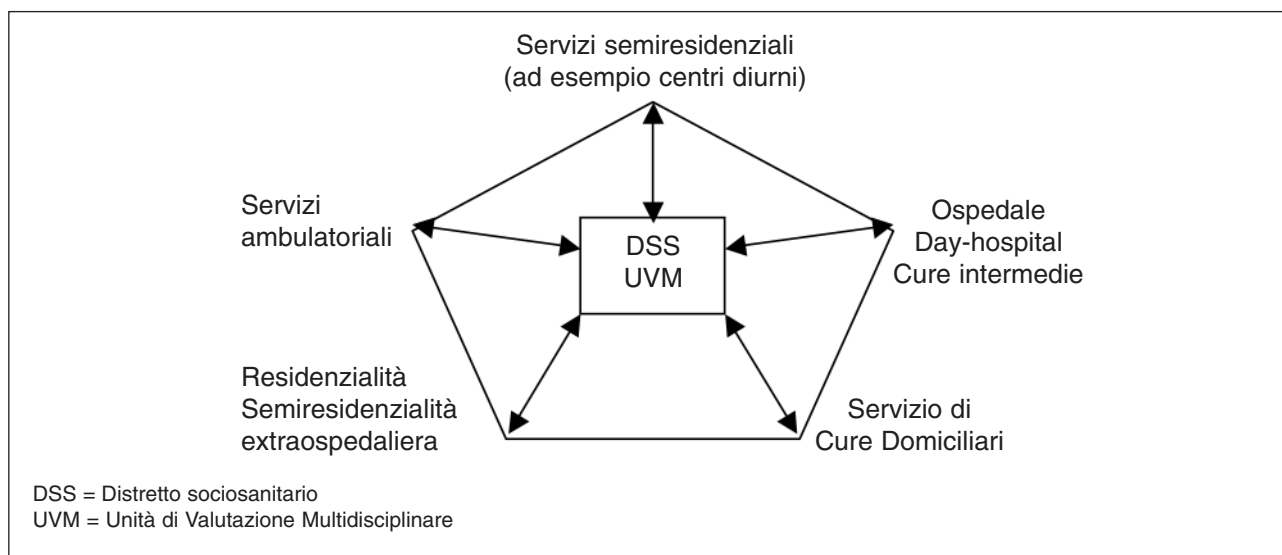


Figura 1

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

particolare l'attività motoria e l'alimentazione, per favorire il ben-essere dell'anziano e per prevenire o ritardare la comparsa della non autosufficienza.

Nonostante questo, rimangono alcuni punti di debolezza che non permettono ancora di sviluppare completamente la "specificità dell'approccio geriatrico" all'anziano "fragile" e "non autosufficiente"; in particolare va evidenziato che:

- a) sono insufficienti i geriatri (4-5 ogni anno!) che si specializzano presso l'Università di Genova;
- b) non è ancora stato attivato il master in geriatria per i laureati in scienze infermieristiche;
- c) in Liguria è carente la dotazione di posti letto per acuti di geriatria;
- d) non è ancora chiaro l'inserimento delle Unità di Cure Intermedie nella rete dei servizi, ed in particolare non viene riconosciuta l'importanza dell'approccio geriatrico all'assistenza in queste strutture;
- e) deve essere valorizzato maggiormente il ruolo delle strutture operative territoriali di geriatria all'interno del Distretto sociosanitario per non perdere la specificità propria della geriatria sul territorio;
- f) è inderogabile una revisione della D.G.R. 308/2005, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza residenziale, per adeguare i livelli di assistenza a quanto previsto dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza residenziale e semiresidenziale, e soprattutto per rispondere ad alcune tipologie di bisogni come gli anziani in stato vegetativo persistente.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Delibera Giunta Regionale n. 308 del 15 febbraio 2005: "Indicazioni per il riordino della residenzialità extraospedaliera e revisione delle tariffe dal primo gennaio 2005).

Legge Regionale n. 12 del 24 maggio 2006 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari".

Delibera Giunta Regionale n. 537 del 26 maggio 2006: "Rete per la non autosufficienza e le emergenze climatiche".

Delibera Giunta Regionale n. 1106 del 20 ottobre 2006: "Indirizzi per il fondo regionale della non autosufficienza".

Delibera Giunta Regionale n. 1164 del 27 ottobre 2006: "Indirizzi alle Aziende Sanitarie e ai Comuni per l'avvio dei Distretti sociosanitari, ai sensi della L.R. n. 12/2006".

Legge Regionale n. 41 del 7 dicembre 2006 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale".

Delibera Giunta Regionale n. 262 del 16 marzo 2007: "Indirizzi alle Aziende Sanitarie per l'assistenza alle persone affette da malattia di Alzheimer e da altre forme di demenza".

Delibera Giunta Regionale n. 337 del 30 marzo 2007: "Definizione dei livelli di assistenza sanitaria domiciliare".

Deliberazione del Consiglio Regionale – Assemblea Legislativa della Liguria – N. 35 del 1° agosto 2007: "Piano Sociale Integrato Regionale 2007/2010 – Legge Regionale 24 maggio 2006 n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) articoli 25 e 62.

Delibera Giunta Regionale n. 219 del 7 marzo 2008: "Indicazioni per l'avvio della prima fase di messa a regime del fondo regionale della non autosufficienza".

Brizioli E. Il Documento LEA sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani. I luoghi della cura; anno V, n. 4, 2007, 7-10.

Manti A, Ferrari Bravo M. Stato di salute Popolazione ASL 4 Chiavarese – Seconda edizione anno 2007 – Patologie evitabili e fattori di rischio.

www.demostat.it

La gestione della disfagia

Antonino Frustaglia

Istituto P. Redaelli, Milano

PREMESSA

È noto che la disfagia è un sintomo frequente nella pratica clinica geriatrica. L'invecchiamento non è causa di per sé di anomalie della deglutizione clinicamente evidenti, seppure alcune modificazioni anatomo-fisiologiche età-correlate possano alterare i meccanismi della deglutizione ed essere causa di disfagia (Ferrario e Massala, 2005).

Studi condotti su pazienti istituzionalizzati mostrano una incidenza di alterazioni della deglutizione che interessa un anziano su due, mentre per i pazienti ricoverati in reparti per malati acuti è di circa un caso di disfagia ogni cinque malati ricoverati. L'incidenza nei reparti per malati acuti aumenta fino ad un degente su due in soggetti ricoverati per incidenti cerebrovascolari acuti e traumi cranici. Il problema della disfagia sta affiorando all'attenzione delle varie figure professionali che si occupano di anziani per la rilevanza clinica che presenta nella diagnosi e per i risvolti assistenziali che coinvolgono trasversalmente diverse figure professionali.

DEFINIZIONE

È la sensazione soggettiva di alterato passaggio del cibo dall'orofaringe allo stomaco e/o disfunzione rilevabile in modo diretto o indiretto per le sue conseguenze cliniche.

In altri termini si può dire che è l'abilità di convogliare il cibo dalla bocca allo stomaco, ed ha caratteristiche diverse per consistenze diverse.

Secondo il livello in cui si rileva il disturbo si distinguono due tipi di disfagia: orofaringea ed esofagea. La prima è caratterizzata da difficoltà ad iniziare l'atto della deglutizione o al transito del cibo dall'oro-faringe all'e-

sofago superiore, mentre la seconda è determinata dalla difficoltà nella deglutizione quando il materiale ingerito non progredisce dall'ipofaringe, attraverso l'esofago, nello stomaco.

EPIDEMIOLOGIA

Una caratteristica della disfagia è di essere presente anche in altre fasce di età. Ad esempio è presente una prevalenza di disturbi della deglutizione nel 30% circa della popolazione pediatrica in età compresa tra i 6 e 10 anni. Nell'età adulta in generale è presente una prevalenza di reflusso gastroesofageo di circa il 20%, mentre i veri disfagici adulti sono l'8%. La prevalenza della disfagia in età geriatrica è del 16% nella popolazione in generale mentre, secondo alcune statistiche, è del 60% nelle persone istituzionalizzate. La reale prevalenza rilevata potrebbe però essere più alta per la tendenza dei soggetti anziani ad accettare le alterazioni come una inevitabile conseguenza dell'età.

In età adulta prevalgono i disturbi della deglutizione per compromissione della fase faringea, a cui segue la fase esofagea e gastrica. Nei soggetti affetti da vasculopatie cerebrali l'incidenza della disfagia varia dal 67% nelle prime 72 ore al 16% nei soggetti che afferiscono ai centri di riabilitazione, mentre il 50% dei soggetti con morbo di Parkinson riferisce alterazioni della deglutizione. Nelle malattie neurologiche degenerative (SLA, morbo di Huntington) la disfagia raggiunge il 100% (Ferrario e Massala, 2005).

Nella demenza di Alzheimer, come nelle altre forme di demenza, la disfagia è un sintomo comune. Nei traumi cranici la presenza di disfagia va dal 90% in fase acuta al 41,6% in fase post-acuta. L'8% dei soggetti di età superiore a 60 anni presenta presbifagia (Tibbling e Gustafsson, 1991) mentre, secondo alcuni autori, la disfagia si rileva tra il 16% e l'80% dei residenti in casa di ri-

poso (Bloem et al., 1990). La disfagia va valutata in tutti i pazienti con stroke, malattie neurodegenerative e in chiunque presenti un sospetto di disfagia (segni, sintomi, complicanze).

CAUSE

I fattori che possono determinare disfagia sono molteplici e interessano diverse aree specialistiche. È diffusamente riconosciuto un inquadramento delle cause basato sulla sede anatomica e funzionale. Si riporta, nelle tabelle 1 e 2, la classificazione che include le princi-

pali cause di interesse geriatrico (Boffelli e Trabucchi, 2006; Spano, 2006; Schindler et al., 2001).

LA DIAGNOSI

La diagnosi della disfagia non sempre è di immediata interpretazione poiché spesso si accompagna ad altri sintomi neurologici rispetto ai quali, solo raramente, si rende evidente per importanza o gravità. Ciò premesso ne deriva che, sempre più spesso, si è indotti a ricercare la disfagia in pazienti con patologie neurologiche già diagnosticate.

Tabella 1 - Disfagia orofaringea.

Disfagia orofaringea		
a) Meccanica da causa intraluminale come ad esempio la xerostomia		b) Funzionale
Da causa intrinseca alla parete	Da compressione estrinseca	Forme secondarie
Ca retrocricicoide Ca ipofaringeo Neoplasie tonsillari Processi flogistici acuti Stenosi da caustici Stenosi da radiazioni Stenosi da interventi chirurgici	Gozzo e tumori tiroidei Adenopatie Osteofitosi e spondilite cervicale	Malattie muscolari: - polimiosite - dermatomiosite - miastenia gravis - sarcoidosi - LES

Tabella 2 - Disfagia esofagea nell'anziano.

Disfagia esofagea nell'anziano				
a) Da causa meccanica		b) Funzionale		
	Da compressione estrinseca	Forme idiopatiche	Forme secondarie	
			Malattie neurologiche	
Stenosi peptica* Stenosi da caustici* Processi flogistici cronici granulomatosi Pseudodiverticolosi intramurale Ca esofageo	Aneurisma aortico Ingrandimento atrio sinistro Osteofitosi vertebrale Processi espansivi mediastinici Grossi diverticoli esofagei	Disfunzione del m. crico-faringeo	Neuropatie centrali Patologie cerebrovascolari* Paralisi pseudobulbare* SLA Morbo di Parkinson Sclerosi multipla	Neuropatie periferiche Botulismo e difterite Polineurite Intossicazione da piombo e da tallio Neuropatia alcolica, diabetica, amiloidea Deficit sensitivi del vago e glossofaringeo

* Nell'anziano le cause più frequenti sono l'ictus cerebrale e le malattie degenerative quali le demenze tipo Alzheimer e il morbo di Parkinson.

La diagnosi si basa sulla integrazione di alcune valutazioni quali la valutazione clinica, di laboratorio e strumentale (Douglas et al., 2004; Smithand et al., 2007; Brady, 2008; Boczko, 2006).

La valutazione clinica prevede:

1. valutazione delle alterazioni della deglutizione per ricercare la causa;
2. screening per identificare i disturbi della deglutizione nei pazienti a rischio;
3. valutazione della deglutizione in pazienti con disfagia per identificare le alterazioni e predisporre un piano terapeutico.

LA VALUTAZIONE CLINICA

Nella pratica si può realizzare attraverso la somministrazione di un test al letto del malato.

a) Test di deglutizione di acqua: paziente seduto con mento abbassato si somministra prima un cucchiaino di acqua e si osserva il comportamento durante la deglutizione. Si prosegue aumentando progressivamente la quantità di acqua fino a 90 cc. Si ritiene positivo se entro 1 minuto dall'ultima deglutizione compare tosse e/o voce umida.

b) Determinazione della saturazione di O₂: (5 assunzioni di 10 ml di acqua);

- riduzione di più del 2% più accurata valutazione;
- riduzione di più del 5% sospensione del test.

La valutazione di laboratorio

- CPK nelle miopatie
- Ab anti-colinesterasi nella miastenia gravis
- Ab anti-nucleo nelle miositi

La valutazione strumentale è indispensabile, in alcuni casi, per confermare il sospetto clinico di disfagia, individuare le cause di disfagia in pazienti a rischio anche apparentemente asintomatici; in presenza di discrepanza tra segni e valutazione clinica (complicanze).

Nella pratica clinica la valutazione strumentale viene eseguita mediante un fibrolaringoscopio; la Fibrolaringoscopia consiste in: posizionamento del fibroscopio; esame anatomico; esame in fonazione; valutazione della sensibilità; prove di deglutizione. Questo esame presenta diversi vantaggi: nessuna radiazione, ripetibilità dell'esame, valutazione anatomica, fonazione e sensibi-

lità, eseguibile a letto, utilizzabile qualsiasi tipo di cibo, ed alcuni svantaggi: non è valutabile fase orale ed esofagea, è comunque minimamente esame invasivo, prevede un black-out deglutitorio.

ASSISTENZA NELLA GESTIONE DELLA DISFAGIA

Si basa fondamentalmente sull'intervento riabilitativo finalizzato alla rieducazione ad una corretta deglutizione, ed all'addestramento all'utilizzo delle tecniche di compenso.

Prevede la realizzazione di un piano di trattamento individualizzato che coinvolge un'area generale attraverso l'attivazione e stimolazione dei prerequisiti di base per il raggiungimento della deglutizione funzionale. Essa riguarda, principalmente, l'interazione dell'individuo con l'ambiente.

Comprende cure personali, interazione con gli stimoli ambientali, esecuzione di consegne a crescente complessità ed esercizi prassici di tutti i canali espressivi (Molaschi et al., 2003).

Un'area specifica comprende esercizi e proposte terapeutiche volte a migliorare la sensibilità e la funzionalità neuromuscolare degli organi preposti a ricevere, contenere ed elaborare il bolo.

Si realizza attraverso le tecniche di stimolazione tattile, termica e gustativa per i deficit di sensibilità di labbra, lingua, guance e palato.

In termini applicativi si attuano stimolazioni con il ghiaccio sul viso e, all'interno del cavo orale, a livello dei pilastri tonsillari, della lingua e del palato nonché stimolazioni gustative.

Sono applicabili anche esercizi prassici attivi e passivi in caso di ridotti movimenti labiali, debole chiusura della rima labiale, ridotti movimenti mandibolari, ridotta escursione, velocità e forza dei movimenti di elevazione, protrusione e lateralizzazione della lingua e ridotta chiusura velo-faringea.

Per la riabilitazione delle labbra si possono proporre stimoli quali protruderle ed estenderle, sollevare un solo angolo delle labbra, trattenere tra le labbra un abbassalingua, spostare la rima labiale a destra e a sinistra, mandare un bacio, ritrarre le labbra per mostrare i denti o nascondere le labbra. Per la lingua è possibile addestrare alla protrusione anche contro resistenza, la lateralizzazione all'interno e all'esterno della bocca, l'innalzamento, leccare il palato avanti e indietro, movimenti rotatori all'interno e all'esterno della bocca,

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

schioccare la lingua e contare i denti. Per esercitare il velo palatino si può proporre un soffio di diversa intensità e durata, sbadiglio, risucchio, produzione di suoni duri (AK, AG), produzione di /a/ prolungata e produzione di /a/ a scatti.

L'area specifica comprende la scelta delle procedure terapeutiche effettuata in base alla fisiopatologia del singolo paziente ed alle sue necessità specifiche.

Esse prevedono delle strategie che modificano il meccanismo fisiologico durante la deglutizione, senza eliminare il disturbo causale. L'obiettivo dell'utilizzo di queste metodiche è ottenere l'efficienza del transito oro-faringeo del bolo e una deglutizione senza episodi di inalazione.

Sono note delle metodiche di compenso quali la manovra di deglutizione sovraglottica, manovra di deglutizione super-sovraglottica, deglutizione forzata e la manovra di Mendelsohn (consiste nella deglutizione normale, ma mantenendo manualmente l'elevazione laringea per tutta la sua durata) che ha l'obiettivo aumentare l'elevazione laringea e prolungare l'apertura dello sfintere esofageo superiore per facilitare il passaggio del bolo dall'orofaringe all'ipofaringe ed all'esofago.

Si possono applicare, inoltre, delle posture facilitanti come il capo flesso anteriormente, capo flesso lateralmente a destra o a sinistra e capo ruotato dal lato lesa. Le tecniche rieducative si usano per ripristinare completamente o parzialmente le funzioni motorie o sensomotorie alterate nella dinamica deglutitoria. Sono composte da esercizi volti al miglioramento del deficit neuromuscolare o sensoriale individuato durante l'osservazione clinico-strumentale e di tecniche di stimolazione del riflesso faringeo. Per provvedimenti adattativi si intende tutto ciò che riduce al massimo le difficoltà dell'atto deglutitorio e la sua preparazione. Comprendono le variazioni dietetiche, l'adozione di ausili speciali per l'alimentazione ma anche l'adeguato posizionamento del cibo nell'abitacolo orale ed il counseling rivolto al paziente e/o a chi se ne occupa.

IL RUOLO DELLA DIETA

Nel paziente disfagico è fondamentale assicurare un adeguato apporto calorico e nutrizionale, per evitare la perdita di peso o una ridotta idratazione (Schindler et al., 2001).

L'alimentazione naturale per bocca prevede una valutazione del grado di autonomia del paziente ma anche l'attenzione alla consistenza degli alimenti. Le manipolazioni alimentari sono necessarie per definire il grado di coesione, di viscosità, il volume del bolo e garantire l'appetibilità. È importante mantenere una corretta postura seduta per favorire il processo del transito del bolo.

Schematicamente gli alimenti possono essere classificati secondo la propria consistenza in alcune categorie quali:

LIQUIDI SENZA SCORIE: non necessitano di preparazione orale, ma in alcune patologie la loro assunzione può essere controindicata (ad esempio, acqua, tè, tisane senza zucchero).

LIQUIDI CON SCORIE: non necessitano di preparazione orale, ma se aspirati hanno effetti infiammatori maggiori sull'apparato broncopolmonare e sono quindi da evitare in caso di rischio di aspirazione (ad esempio, succo di frutta, latte, brodo vegetale).

SEMILQUIDI: necessitano di una modesta preparazione orale in cui non viene implicata la masticazione (ad esempio, gelato, passati di verdura, omogeneizzati, yogurt).

SEMISOLIDI: necessitano di una preparazione orale poco più impegnativa dei cibi semiliquidi, ma non implicano comunque la masticazione (ad esempio, polenta, creme e passati densi, formaggi cremosi, budini, mousse).

SOLIDI: richiedono un'efficiente, accurata, attenta e prolungata preparazione orale con il coinvolgimento della componente masticatoria. Se utilizzati nella dieta di un paziente con disfagia essi devono essere morbidi, omogenei, compatti (ad esempio: gnocchi di patate, pasta ben cotta, uova sode, pesce, verdure cotte non filacciose, crescenza, ricotta, banane, pere).

Possono essere individuate delle categorie di "additivi" utili a modificare le **consistenze** degli alimenti previsti dal piano dietetico individuale. Esse sono gli addensanti, i diluenti e i lubrificanti, che vanno usati come integrazione agli alimenti al fine di favorirne il processo di deglutizione.

Le consistenze semisolidi e semiliquide sarebbero da preferire nell'ambito dell'addestramento riabilitativo del paziente affetto da disfagia.

Si desidera, come corollario conclusivo, proporre alcune precauzioni comportamentali utili a tutti gli operatori che, a diverso titolo, accompagnano l'anziano nell'alimentazione.

- Il paziente deve mangiare in posizione seduta, con le braccia comodamente appoggiate. Ad ogni deglutizione, salvo diversa indicazione, il capo deve essere leggermente flesso anteriormente.
- È bene verificare il grado di attenzione del paziente ed interrompere l'alimentazione ai primi segni di stanchezza.
- Procedere lentamente, assumendo sempre piccole quantità di cibo per volta e solo se il boccone precedente è stato deglutito.
- Durante l'alimentazione evitare di parlare o guardare la televisione ed evitare tutte le attività o gli ambienti che possono distrarre il paziente.
- Ogni tanto far eseguire al paziente qualche colpo di tosse seguito da deglutizioni a vuoto.
- L'assunzione di acqua o altri liquidi, quando consentita e secondo la modalità stabilita, deve avvenire solamente dopo aver eliminato ogni residuo di cibo dal cavo orale e dalla faringe.

Infine è da ricordare che anche l'aspetto degli alimenti deve essere invitante! Le portate dovrebbero essere mantenute separate. È necessario variare i menù per non cadere nella monotonia.

In particolare si intende fornire alcuni suggerimenti sugli alimenti da evitare nella disfagia tra i quali rientrano alimenti abitualmente assunti in molte comunità come pasta in brodo, minestrone con verdure in pezzi, legumi, frutta secca, riso, zuppe di pane o fette biscottate, cibi adesivi (stracchino...) e alcolici (per effetto anestetico locale).

Accanto alle diete alimentari preparate abitualmente sono da considerare indispensabili anche gli integratori nutrizionali preparati sotto forma di creme, budini, e liquidi gelificati. Nel divezzamento nutrizionale va con-

siderata anche un'alimentazione mista che potrebbe prevedere l'integrazione mediante sondini.

CONCLUSIONI

Il tipo di intervento che si può attuare nella disfagia richiede la multidisciplinarietà e l'integrazione delle competenze, come peraltro avviene per gran parte dei disturbi che interessano l'anziano e chi lo assiste.

BIBLIOGRAFIA

- Bloem BR, Lagaay AM, van Beek W, Haan J, Roos RA, Wintzen AR. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *BMJ*. 1990;300(6726):721-2.
- Boczko F. Patients' awareness of symptoms of dysphagia. *J Am Med Dir Assoc* 2006;7(9):587-90.
- Boffelli S, Trabucchi M. Aspetti nutrizionali nel paziente affetto da demenza. *G Gerontol* 2006;54(suppl. 4):S9-S14.
- Brady A. Managing the patient with dysphagia. *Home Healthc Nurse* 2008;26(1):41-6; quiz 47-8.
- Douglas MA, Elliot AM. *Mosby's medical, nursing, & Allied Health Dictionary* sesta edizione. New York, Piccin 2004.
- Ferrario E, Massala M. *Deglutologia*, 2005.
- Molaschi M, Scarafioti C, Ponzetto M, Raspo S, Bo M, Massaia M, Fabris F. Malnutrizione e demenza: importanza di una corretta assistenza durante il pasto. *Rec. Prog. Med* 2003;94(2):61-5.
- Schindler O, Ruoppolo G, Schindler A. *Deglutologia*. Omega Edizioni, Torino 2001:445-9.
- Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CD. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing* 2007;36(1):90-4.
- Spano M. Disfagia: trattamento nutrizionale nell'anziano. *Nursing. Assistenze Anziani* 2006(1):64-7.
- Tibbling L, Gustafsson B. Dysphagia and its consequences in the elderly. *Dysphagia*. 1991;6(4):200-2.

Welfare e demenza: una proposta di lavoro per un'assunzione (forte) di responsabilità

Fabio Cembrani*, Veronica Cembrani**

* Unità Operativa Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

** Facoltà di Scienze Cognitive, Università degli Studi di Trento

PREMESSA

Che la demenza rappresenti, oggi, una vera e propria *emergenza sociale* in tutti i Paesi industrializzati sia per la numerosità delle persone che ne sono colpite (circa 600 mila nel nostro Paese) sia per i costi sociali ad essa connessi (stimati in 17 miliardi di sterline/anno in UK) è una affermazione che, benché apparentemente scontata, solleva una serie di ampi interrogativi che non possono lasciare indifferenti i professionisti che lavorano nella rete dei servizi, chiamati a fornire ai malati ed ai loro *caregivers* risposte appropriate e di sostegno. In questa rete deve essere collocata anche la Medicina Legale pubblica che il Legislatore del 1978, con una scelta innovativa, e del tutto originale anche sul piano internazionale, ha individuato (art. 19 della legge 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale) come fonte di garanzia per realizzare il diritto costituzionale alla salute di tutti i cittadini (Benciolini, 1988). Poco si è considerato questo ruolo, anche per l'ottusità di una mentalità tradizionalmente assorbita dalla pratica forense e poco incline, purtroppo, a recuperare la dimensione del territorio o, più in generale, quell'ampia visione che viene oggi definita con il termine di *medicina legale clinica* capace di confrontarsi, al letto del malato ed insieme ai Colleghi delle altre Discipline, con i problemi di salute delle persone e ad assumere, responsabilmente, quei compiti che esigono autonomia di condotta e decisionale.

Il presente lavoro vuole recuperare questa dimensione della Medicina Legale pubblica e riflettere sul tema della valutazione medico-legale della demenza nel settore assistenziale (che è un tema di straordinaria complessità a causa di un impianto normativo che deve essere ri-formulato nei suoi paradigmi costitutivi con la definizione di criteri chiari ed univoci, realmente modulati sull'istanza di integrazione e di rimozione delle difficoltà dei cittadini disabili, e poco esplorato sul piano dell'elaborazione dottrinale) con l'obiettivo di formulare una proposta operativa in grado di dare una risposta ai bisogni di salute di una larga fascia di popolazione, e coerente con quella *dimensione bio-psicosociale* proposta, a partire dal 1980, dall'Organizzazione mondiale della sanità¹.

LE NORME SULL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

L'istituto giuridico dell'indennità di accompagnamento, introdotto nel nostro sistema di sicurezza sociale con la legge n. 18/1980, è stato parzialmente modificato con la legge 21 novembre 1988, n. 508, e con il decreto legislativo 23 novembre 1998, n. 509, in riferimento ai presupposti ed alle condizioni che lo legittimano (Cembrani et al., 2007).

Le conferme riguardano le premesse di pertinenza biologica all'origine del diritto (le "*affezioni fisiche o psichiche*") e le loro conseguenze individuate nell'"*impos-*

¹ Questo paradigma fondante della *salute* (ICF) è stato recepito dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata nel dicembre del 2006, sottoscritta dal nostro Paese nella primavera del 2007, ed oggi firmata da quasi la metà dei Paesi del mondo.

sibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" e/o nella necessità di "un'assistenza continua ... non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita". Le novità attengono, invece, alle pregiudiziali amministrative che lo legittimano (mentre la legge 18/1980 escludeva "gli invalidi civili gravi ricoverati gratuitamente in istituto", le due norme emanate nel 1988 circoscrivono il diritto ai soli cittadini residenti nel territorio nazionale purché gli stessi non siano titolari di "analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio", ferma restando la facoltà, per l'interessato, di "... optare per il trattamento più favorevole") e, soprattutto, la qualificazione dell'*impairment*, considerato che:

- nella legge n. 508/1988, analogamente alla legge n. 18/1980, il riferimento è alle "affezioni fisiche e/o psichiche" causative di una "totale inabilità", senza alcuna distinzione in base all'età anagrafica della persona;
- nel decreto legislativo n. 509/1988 il riferimento è, limitatamente ai minori ed alle persone ultra 65enni, alle "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età".

Le due condizioni che sostengono il diritto all'indennità di accompagnamento sono rappresentate dalla "inabilità totale" (valutata in relazione al danno funzionale permanente di cui all' art. 1 del decreto legislativo n. 509/1988, utilizzando la criteriologia medico-legale individuata dal decreto legislativo n. 509/1988, e dal decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992) e, per le persone minorenni ed ultra-65enni, dalle "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età"; compiti e funzioni che non sono stati, tuttavia, qualificati dal Legislatore che sembra, dunque, intenderli in maniera indistinta, con un difetto di esplicitazione che è all'origine di quel corto-circuito interpretativo che finisce per sovrapporle (confonderle) con gli atti quotidiani della vita.

Le norme vigenti qualificano – dunque – le due condizioni alternativamente previste per il diritto all'indennità di accompagnamento, ma non esplicitano né qua-

li siano gli *atti quotidiani della vita*² né, tanto meno, come (e con quali strumenti) gli stessi debbano essere esplorati sul piano dell'esame funzionale.

Tale vuoto normativo fuorviante che, prestandosi alla libera interpretazione, finisce per essere all'origine di quei fenomeni di ampia dis-equità sociale più volte segnalati nel nostro Paese, è stato colmato dalla Giunta provinciale della Provincia autonoma di Trento con la deliberazione n. 2704 approvata il 9 aprile del 1999 ("Indirizzi per la valutazione dello stato di invalidità civile nei riguardi dei soggetti ultra 65enni"). L'atto deliberativo, in breve sintesi, individua le scale multi-dimensionali per la valutazione delle difficoltà persistenti da utilizzare nel caso di persone ultra 65enni (l'indice di Barthel-mobilità per la valutazione della mobilità, l'indice di Barthel-ADL per la valutazione degli atti quotidiani della vita ed il Mini mental state examination per la valutazione delle funzioni cognitive), i progressivi livelli di gravità delle difficoltà persistenti e le prestazioni sanitarie ed economico-assistenziali erogabili.

L'indice di Barthel-mobilità, nella versione a cui si riferisce l'atto deliberativo, indaga 3 dimensioni (il trasferimento sedia-letto, la deambulazione, la salita/discesa di scale) attraverso una griglia di analisi pre-definita che consente di ottenere i livelli progressivi di difficoltà persistenti nella deambulazione: punteggio di Barthel mobilità da 30 a 40 (persona autonoma nella deambulazione); punteggio di Barthel mobilità da 15 a 25 (persona assistita nella deambulazione); punteggio di Barthel mobilità da 0 a 10 (persona dipendente nella deambulazione con diritto alla indennità di accompagnamento). L'indice di Barthel-ADL, nella versione semplificata approvata dalla Giunta provinciale di Trento, indaga, a sua volta, 7 dimensioni, ad ognuna delle quali corrisponde una griglia di analisi pre-definita a cui corrispondono punteggi variabili da 0 a 15: alimentazione; bagno; cura del corpo; abbigliamento; controllo dell'alvo; controllo della minzione; trasferimento ed uso del WC. A seconda della combinazione dei punteggi ottenuti si ottengono i livelli progressivi di difficoltà persistenti negli atti quotidiani della vita: punteggio di Bar-

² Il Ministero della Sanità è più volte intervenuto su questa materia (si vedano, al riguardo, le Circolari del 4 dicembre 1981, del 28 settembre 1992 e del 27 luglio 1998) nel tentativo di chiarire la materia, ma con il risultato di un ulteriore caos interpretativo se si considera che le medesime non esplicitano quali sono gli *atti quotidiani della vita* in relazione ai quali devono essere valutate le difficoltà persistenti (pur individuandoli, a più riprese, nelle "azioni elementari" ed anche in quelle "relativamente più complesse ... tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente ..."), non indicano quali sono gli strumenti (griglie) da utilizzare nella loro valutazione e se, analogamente all'*impairment* lavorativo, esista o meno una soglia di franchigia il cui superamento legittima il diritto all'indennità di accompagnamento e corto-circuitano i problemi creati dal Legislatore graduando le difficoltà persistenti (identificate con l'aggettivo di "lieve", "medio-grave" e "grave"), in relazione alla misura percentuale dell'*impairment* lavorativo.

MATERIALI DI LAVORO

thel-ADL da 50 a 80 (persona autonoma negli atti quotidiani della vita); punteggio di Barthel-ADL da 15 a 45 (persona parzialmente dipendente negli atti quotidiani della vita); punteggio di Barthel-ADL da 0 a 10 (persona totalmente dipendente negli atti quotidiani della vita con diritto alla indennità di accompagnamento). Per la valutazione delle funzioni cognitive la Giunta provinciale di Trento, tra le diverse batterie neuropsicologiche utilizzate nello screening e nella diagnosi della demenza, ha, invece, scelto il MMSE proposto da Folstein et al. nel 1975: un test di rapida esplorazione delle funzioni cognitive, di veloce somministrazione (da 10 a 15 m'), costituito da 11 items la cui somma dà un punteggio totale compreso da 0 a 30. Anche in questo caso la Giunta provinciale di Trento ha definito su tre progressivi livelli di gravità la disabilità cognitiva ("deficit lieve", "deficit medio" e "deficit grave") ma, diversamente dalle altre scale di valutazione multi-dimensionali, non ha definito gli scores che li determinano; nell'atto deliberativo ci si limita, infatti, ad affermare che il "deficit lieve e medio delle funzioni cerebrali superiori" non consente di riconoscere il diritto all'indennità di accompagnamento che viene, invece, riconosciuto nel caso in cui la compromissione sia "grave".

LA VALUTAZIONE MULTI-ASSIALE DELLA DEMENZA NEL CAMPO ASSISTENZIALE

Quanto delineato costituisce l'irrinunciabile cornice all'interno della quale devono essere affrontate le aree problematiche riguardo alla valutazione medico-legale della demenza finalizzata all'assistenza economica prevista a favore degli invalidi civili (Cembrani F. e Cembrani V., 2007).

Come abbiamo dimostrato manca, nel nostro Paese, una chiara ed univoca indicazione normativa che definisca quali sono gli *atti quotidiani della vita*, e non esiste nessuna indicazione riguardo a come valutare l'*impairment* cognitivo nonostante la vera e propria *emergenza sociale* a cui abbiamo accennato all'inizio del nostro lavoro; la sola eccezione è rappresentata dalla Provincia autonoma di Trento che, ancora nel 1998, ha indicato lo strumento per l'esame delle funzioni cog-

nitive (MMSE) ed i relativi livelli di compromissione funzionale senza affrontare, tuttavia, il problema di quali sono i relativi scores, e con un approccio del tutto riduttivo prevalentemente orientato alla rilevazione della compromissione della memoria, e non già al principio dell'integrità (multi-dimensionalità) della persona che impone la valutazione strutturata dei seguenti domini (Regione Emilia-Romagna, 2000)³:

- le funzioni cognitive;
- i sintomi non cognitivi e la depressione;
- la co-morbilità somatica;
- lo stato funzionale.

La valutazione delle funzioni cognitive deve essere supportata dall'esame clinico della persona, orientato a ricercare la presenza di segni neurologici suggestivi di una malattia focale del sistema nervoso centrale, le eventuali incoordinazioni nei movimenti combinati, i segni di un eventuale interessamento extra-piramidale e l'atassia nella marcia; il colloquio clinico ed il MMSE consentono una valutazione sufficientemente completa delle funzioni cognitive qualificandone l'eventuale compromissione e, soprattutto, quantificandone la perdita attraverso un valore numerico a cui non si deve, tuttavia, assegnare un valore taumaturgico per negare o riconoscere sempre e comunque il diritto all'indennità di accompagnamento.

La valutazione dei sintomi non cognitivi e della depressione rappresenta un momento del tutto fondamentale nella fase diagnostica della malattia per valutare, in particolare, i sintomi del registro depressivo, i disturbi comportamentali ed i disturbi ideativi; tra le molte scale proposte rivestono particolare interesse la *Geriatric Depression Scale* (GDS) proposta da Yesavage e Colleghi nel 1983, la *Cornell scale for depression in dementia* e la *Scala clinica per la valutazione dell'insight*. La *Geriatric Depression Scale* è una tra le più diffuse scale per la valutazione di sintomi depressivi nell'anziano ed è una scala composta da 30 items: le risposte sono di tipo binario (sì/no) e questo rende lo strumento di facile utilizzo nei pazienti con deficit cognitivo. Il punteggio varia da 0 (non depresso) a 30 (massima gravità della depressione), con un *cut-off* individuato a 11 per la presenza di sintomi depressivi clinicamente rilevanti. La gravità della depressione viene quindi così rap-

³ A tali criteri si riferisce, esplicitamente, la legge finanziaria del 2003: "... Le regioni sono altresì chiamate a vigilare sull'applicazione della legge in vigore, in merito all'accertamento delle condizioni di invalidità ed alla conseguente erogazione di indennità prevedendo, senza maggiori oneri per lo Stato, che le Commissioni deputate accolgano la diagnosi dei medici specialisti del Servizio sanitario nazionale o delle Unità di Valutazione Alzheimer secondo i criteri del DSM IV riconosciuti dall'Organizzazione mondiale della sanità".

presentata: da 0 a 10 assente, da 11 a 16 depressione lieve-moderata, 17 o superiore depressione grave. La *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CDS) è una scala disegnata per la valutazione dei sintomi depressivi nei pazienti dementi; essa utilizza una serie standardizzata di *items* che sono rilevati attraverso un'intervista ad una persona che conosce il paziente (familiare o operatore) ed il colloquio semi-strutturato con il paziente. La scala si compone di 19 *items* e le risposte hanno un punteggio graduato da 0 (sintomo assente) a 2 (sintomo severo); in popolazioni di dementi uno score superiore a 9 alla CDS identifica i soggetti affetti da sindrome depressiva. La *Clinical insight rating scale* (CIRS) è formulata come intervista semi-strutturata, e deve essere preceduta da un colloquio con il *caregiver* del paziente durante il quale sono indagate le motivazioni della visita, la durata di malattia, le modalità di insorgenza e di progressione dei deficit cognitivi, dall'impatto di questi sullo stato funzionale e la condizione clinica attuale. La CIRS, che valuta un ampio spettro dell'*insight*, si sviluppa in quattro direzioni: la ragione della visita medica, i deficit cognitivi, i deficit funzionali, la percezione della progressione della malattia. Il punteggio complessivo varia da 0 a 8, ed ogni *item* può avere un punteggio da 0 a 2. Un punteggio di 0 equivale alla piena consapevolezza, quello di 2 alla totale mancanza di *insight*; un punteggio di 1 equivale ad una parziale o minima consapevolezza.

Oltre alla valutazione degli eventuali indici di co-morbilità somatica, l'esame clinico dovrà essere successivamente orientato alla valutazione dello stato funzionale o, più appropriatamente, utilizzando la terminologia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, al *funzionamento* della persona utilizzando, accanto agli strumenti di lavoro approvati dalla Giunta provinciale di Trento, quelle *scale di valutazione multi-assiali* della demenza in grado di coniugare, su un unico diagramma rappresentativo, i sintomi cognitivi, quelli non cognitivi e le eventuali co-morbilità somatiche: la *Clinical Dementia rating* (CDR), proposta negli anni '80 da Hughes e Colleghi, e che ha subito alcune revisioni fino all'ultima proposta da Morris nel 1993, è la scala più conosciuta e che ben si presta al nostro scopo (Peccarisi et al., 2005). Per ottenere il punteggio della CDR è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare che conosce la persona, e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti *domini*: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) atti-

vità sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 e 3, dove: 0 = normale; 0,5 = dubbia compromissione; 1 = compromissione lieve; 2 = compromissione moderata; 3 = compromissione severa. Ogni aspetto deve essere valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre categorie (orientamento, giudizio e *problem solving*, attività sociali, familiari, hobbies e cura personale) sono, invece, secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Il punteggio globale viene ricavato dai punteggi ottenuti in ognuna delle sei funzioni indagate nel modo seguente: il punteggio globale della CDR equivale a quello della categoria della memoria (CDR = M) quando in almeno tre categorie secondarie si ottiene un punteggio uguale a quello della memoria in modo che quattro valutazioni si trovano sulla stessa colonna verticale delle cinque di cui si compone la scala; nel caso in cui in tre o più categorie secondarie si ottenga un punteggio differente (superiore o inferiore) rispetto a quello della memoria, il punteggio CDR è uguale a quello con il maggior numero di categorie secondarie qualunque sia il risultato di M; nel caso in cui, infine, il punteggio di tre categorie secondarie identifichi una colonna posta da un lato di M, e quello delle altre due colonne si trovi sul lato opposto, il punteggio CDR sarà quello di M. Con la scala CDR i pazienti affetti da demenza possono essere perciò classificati in 5 livelli progressivi di gravità: CDR 1 (demenza lieve); CDR 2 (demenza moderata); CDR 3 (demenza grave); CDR 4 (demenza grave); CDR 5 (demenza terminale).

CONCLUSIONI (LA NOSTRA PROPOSTA OPERATIVA)

La valutazione medico-legale della demenza al fine del riconoscimento delle provvidenze economiche previste dalle norme vigenti nel campo assistenziale deve essere strutturata all'interno di un rigoroso percorso diagnostico i cui *steps* fondamentali sono, dunque, rappresentati:

- dalla rigorosa raccolta anamnestica (fornita anche ai *caregivers*);
- dall'accurato esame obiettivo finalizzato all'esame della compromissione cognitiva, dei sintomi non co-

MATERIALI DI LAVORO

gnitivi (della depressione e dei disturbi comportamentali eventualmente associati) e degli altri indici di disabilità prodotti dalle co-morbilità somatiche, in riferimento agli atti quotidiani della vita (ADL Barthel) ed alla deambulazione (Barthel-mobilità);

- dal completamento dell'esame obiettivo con l'effettuazione del MMSE e degli altri eventuali tests integrativi per la valutazione dei sintomi non cognitivi;
- dall'inquadramento della gravità della demenza utilizzando i livelli progressivi di gravità della CDR;
- dalla formulazione di una epicrisi medico-legale che deve tener comunque conto di tutti gli elementi raccolti in sede anamnestica e clinica e che deve saper coerentemente coniugare tutti i dati semeiologici.

Il che significa abbandonare quella prassi valutativa che porta a riconoscere (o negare) il diritto all'indennità di accompagnamento sulla base della sola applicazione di una testistica (il MMSE) che esplora le funzioni cognitive riconoscendo ad essa quel valore taumaturgico del "sì" o "no" sempre e comunque che non le è intrinseco né in ambito clinico né, tanto meno, nell'ambito valutativo. La testistica neuro-psicologica aiuta ma non surroga il procedimento clinico; procedimento che deve essere in grado di identificare la diagnosi e la gravità della compromissione funzionale e di tradurla, successivamente, nell'*impairment* (nel danno funzionale permanente) che nella persona in età lavorativa dovrà essere medico-legalmente quantificato con riferimento alle Tabelle di cui al Decreto ministeriale 5 febbraio 1992, e nella persona anziana ultra 65enne in relazione alle *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età*, prima di procedere all'individuazione dei presupposti che legittimano il diritto all'indennità di accompagnamento. Indennità di accompagnamento che, nel caso delle persone affette da demenza, potrà essere riconosciuta – ed è questa la nostra proposta operativa – nel caso in cui si documenti almeno una tra le seguenti situazioni:

- la compromissione di tutte le funzioni cerebrali superiori comprovata dal *Mini Mental state examination* (MMSE) quando il risultato testistico sia pari o inferiore a 17/30, considerato che, in queste situazioni, gli indici di Barthel-ADL risultano compromessi per la riduzione/perdita della capacità di organizzazione e di pianificazione;
- la ripercussione dei disturbi cognitivi e non cognitivi sulla vita sociale qualificata, secondo i criteri dia-

gnostici della *Clinical dementia rating scale* (CDR), nelle ultime 4 classi ("moderata", "severa", "molto grave" e "terminale"), indipendentemente dai tests psico-metrici ed anche quando i risultati del MMSE siano superiori a 17/30;

- l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (Barthel-mobilità tra 0 e 10);
- l'impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita (ADL-Barthel tra 0 e 10).

BIBLIOGRAFIA

Benciolini P. La Medicina Legale nel Servizio Sanitario Nazionale a dieci anni dalla Legge 833. Chiusura fallimentare, ordinaria amministrazione o svolta innovatrice e qualificante per la disciplina?, *Rivista italiana di Medicina Legale* 1988;4:1055 ss.

Cembrani F, Cembrani V. Linee-guida per la valutazione medico-legale della demenza nel settore assistenziale dell'invalidità civile, *Ragiusan* 2007; 273/274:424 ss.

Cembrani F, Del Vecchio S, Bavaresco S, Baldantoni E. Le "difficoltà persistenti" a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età e l'"indennità di accompagnamento": vecchi e nuovi problemi nella valutazione medico-legale dell'invalidità civile, *Rivista italiana di Medicina legale* 2007;6:1299 ss.

Peccaris C, Caltagirone C, Bugiani O. (a cura di) *Rating scales delle demenze*, Edifarm, Milano 2005.

Regione Emilia Romagna. Linee-guida per la diagnosi e la valutazione del paziente affetto da demenza, 2000.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Cembrani F. Il ruolo della medicina legale nella tutela assistenziale degli invalidi civili, *Temi Editore*, Trento 1991.

Cembrani F. Esegesi e limiti del concetto di handicap in situazione di gravità, in *Atti del Convegno Nazionale "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l'accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile"*, Ferrara 18-20 marzo 2004, Noceto (Parma), Edizioni Essebiemme, 2005.

Cembrani F, Noro G. cfr. voce *Valutazione multi-dimensionale*, in *Lavorare con la cronicità*, Roma, Carocci Faber Edizioni, 2004.

Cembrani F, Rodriguez D, Aprile A, Arseni A. La libertà dallo stato di bisogno: l'evoluzione normativa e la situazione attuale, in (a cura di Cembrani F) *Disabilità e libertà dal bisogno. L'anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento*, Erickson Editore, Trento 2005.

Cembrani F. La valutazione della demenza nell'ambito medico-legale per la concessione dei benefici di invalidità civile, *Giornale di Gerontologia* 2006; 5:289 ss.

Cembrani F, Cembrani V. La valutazione medico-legale dei disturbi cognitivi nel settore assistenziale, *Pratica medica e aspetti legali* 2007;1(2):77 ss.

Vallotti B, Zanetti O, Bianchetti A, Trabucchi M. L'insight del paziente demente: riproducibilità di due strumenti di valutazione. *Giornale di Gerontologia* 1997;45:341 ss.

Valutazione del bisogno formativo dell'operatore socio assistenziale in RSA: l'esperienza di Casalbuttano

Giovanni Gelmini, Mara Dilda

Fondazione "Ospedale della Carità", Casalbuttano (CR)

INTRODUZIONE

Qualità della cura e qualità dell'assistenza rappresentano un aspetto di fondamentale importanza in ambito sanitario e socio-assistenziale. Per quanto riguarda il sistema delle residenze sanitarie assistenziali (RSA), *setting* di cura e assistenza fondamentali nell'ambito della rete dei servizi, la necessità che i modelli organizzativi siano culturalmente e professionalmente sempre più moderni e qualificati è una realtà che si va ogni giorno sempre più consolidando. E lo sforzo in tal senso è piuttosto complesso perché il quadro attuale presenta evidenti disparità di situazioni, evidenziando talvolta anche condizioni in cui non viene adeguatamente rispettata la dignità umana (Trabucchi, 2002).

Negli anni passati, purtroppo, si è dedicato poco tempo e poco spazio al problema della formazione senza pensare che, invece, rappresenta un fondamento indispensabile per avviare e sostenere il funzionamento e l'efficienza-efficacia dei servizi geriatrici (Gelmini, 2003).

La formazione di base, specialistica, generale, continua, rappresenta quel momento culturale e professionale basilare nell'organizzazione dell'assistenza all'interno delle strutture assistenziali (Gelmini, 2001). In particolare, tale aspetto vale per l'operatore socio-sanitario (OSA), "l'anello debole della catena culturale" che, tuttavia, svolge un ruolo fondamentale e attivo in tutte le dinamiche assistenziali (prevenzione, animazione, riabilitazione, riattivazione, recupero dell'autonomia) dovendo peraltro possedere capacità comunicative di rilievo sulla base di specifiche conoscenze psicologiche (Gelmini, 2007).

MATERIALI E METODI

Consci di quanto definito in introduzione, ci siamo chiesti: quale formazione?

Al fine di determinare una risposta adeguata alle necessità formative degli operatori, abbiamo prodotto e consegnato loro un "questionario del bisogno formativo" contenente un'indagine riguardante:

- gli argomenti di specifico interesse (massimo due argomenti);
- la volontà di partecipazione ad uno o più gruppi di lavoro su procedure e protocolli;
- la volontà di partecipazione ad uno specifico corso di formazione sulle demenze finalizzato allo svolgimento di attività operative presso un "nucleo psico-geriatrico".

RISULTATI

La percentuale degli operatori che hanno risposto al questionario è risultata del 72%, mentre il 28% non ha riconsegnato il questionario oppure ha consegnato lo stesso, relativamente alla voce "argomenti di interesse formativo", senza nessuna indicazione specifica al riguardo.

Gli argomenti di maggior interesse sono riportati nella Figura 1. La maggior attenzione, da come si evidenzia, è stata rivolta verso il lavoro d'équipe e verso argomenti di interesse clinico, spesso coincidenti, come tematica, con quella dei protocolli di cui ai paragrafi successivi.

Il dato riguardante l'interesse partecipativo alle stes-

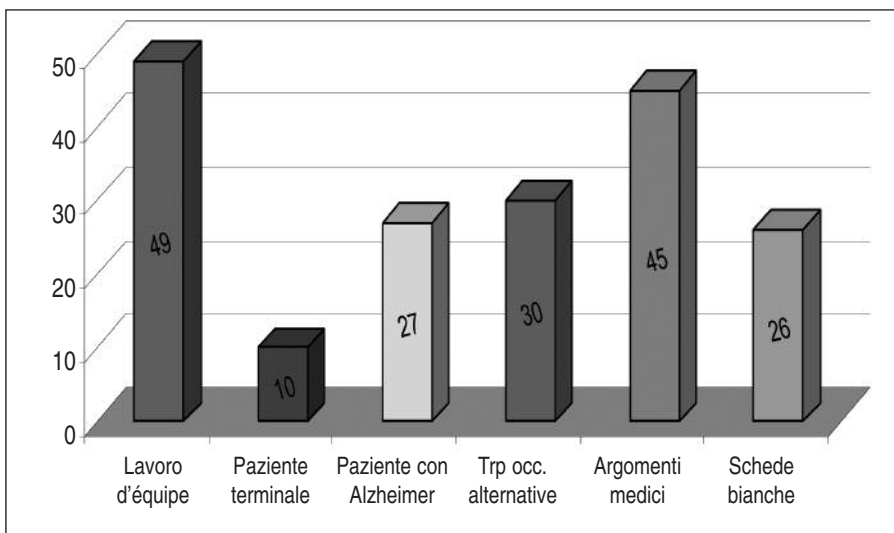


Figura 1 - Argomenti di interesse formativo dichiarati dagli OSA.



Figura 2 - Valutazione dell'interesse partecipativo degli OSA ai gruppi di lavoro.

re dei protocolli è riportato nella Figura 2, ed evidenzia una risposta affermativa da parte del 19% degli intervistati. La maggior richiesta di partecipazione riguarda, come evidenziato nella Figura 3, i protocolli lesioni da decubito, accoglienza, cadute, contenzione e alimentazione. Gradimento minore hanno ricevuto i protocolli incontinenza urinaria, igiene dell'ospite e igiene ambientale.

Per quanto riguarda un interesse alla formazione specifica, finalizzata a svolgere attività assistenziale in nucleo psicogeriatrico, ha risposto in maniera affermativa il 18 % degli operatori socio-assistenziali, come si può rilevare dalla Figura 4.

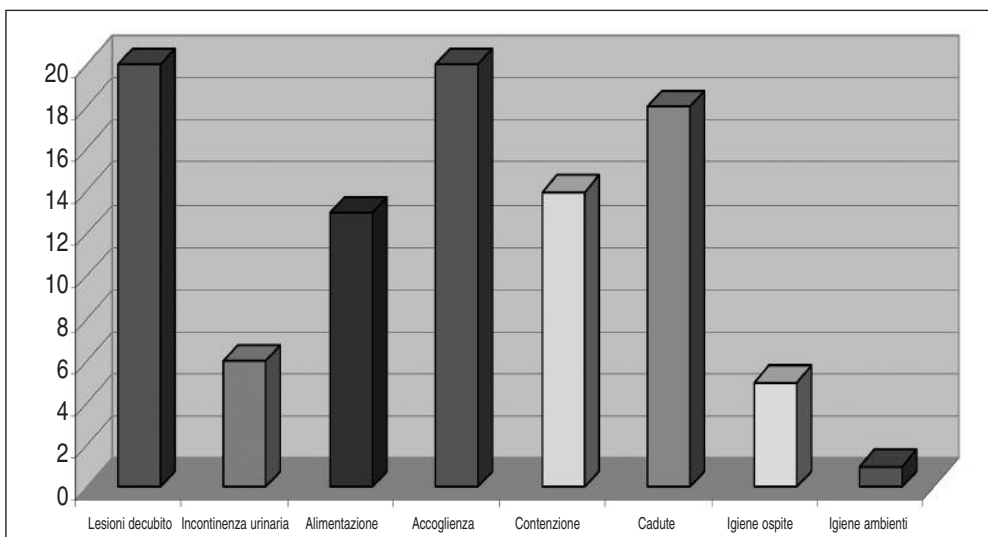


Figura 3 - Valutazione dell'interesse partecipativo degli OSA ai vari protocolli operativi.

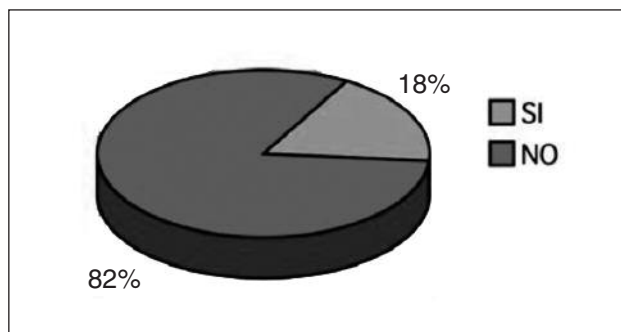


Figura 4 - Valutazione dell'interesse partecipativo degli OSA alla formazione specifica riguardante l'assistenza a soggetti "psicogeriatrici".

DISCUSSIONE

La somministrazione di un questionario formativo è stato ritenuto il metodo migliore per definire la necessità di formazione percepita da parte degli operatori. Nel contesto è servita, oltre che a "fotografare" le reali esigenze formative, e quindi a fornire indicazioni specifiche per la stesura di un piano di formazione adeguato, anche a sensibilizzare sul "problema" formazione, ancora distante dall'essere generalmente ritenuto un "motore portante" dell'attività assistenziale, come evidenzia la "scheda bianca" di oltre un quarto degli operatori socio assistenziali. È verosimile che tale dato sia frutto di scarsa considerazione del proprio ruolo professionale: il management aziendale deve, in primo luogo, creare le condizioni affinché tutti gli operatori diventino consapevoli del proprio ruolo e della propria professionalità. Come è noto, essere professionisti significa "sapere, saper fare e saper essere": tutte caratteristiche che solo la formazione può sviluppare e perpetuare.

Tornando alle risposte ottenute, un risultato positivo è testimoniato dalla maggior richiesta di approfondimento del lavoro d'équipe e di argomenti clinici, che evidenzia la volontà di conoscenza delle dinamiche assistenziali, e di partecipazione alle stesse come membri attivi di un'équipe di cura (Gelmini e Araldi, 1999).

Un buon sistema formativo può essere rappresentato dalla creazione di gruppi di lavoro integrati e multi professionali per la stesura di procedure e protocolli di struttura. Per quanto riguarda la voglia di partecipazione (e di confronto) ai gruppi di lavoro interdisciplinari sui protocolli solo il 19% degli operatori ha risposto positivamente. La spiegazione di tale dato, oltre che ai motivi già specificati nei paragrafi precedenti, può essere collegata ad una sorta di "timore referenziale" che ancora gli OSA nutrono nei confronti delle altre figure professionali, non essendo quindi ancora consci che la vera anima dell'équipe si caratterizza nella pari dignità professionale, quella che si esprime nel "corpo curante", arma fondamentale per creare la motivazione e il senso di appartenenza (Braidì, 2002).

Un ultimo dato interessante, seppure non elevato, è quello della percentuale di richiesta di essere formati sulle demenze per poter essere in grado di ben lavorare in un nucleo specifico; ciò a dimostrare che la demenza rappresenta sempre meno quella condizione "da rifiutare" da parte degli operatori, bensì uno degli aspetti di patologia geriatrica maggiormente coinvolgenti non solo sul piano professionale, ma anche etico e relazionale.

BIBLIOGRAFIA

- Braidì G. Il corpo curante. Gruppo e lavoro di équipe nella pratica assistenziale, Franco Angeli Ed, Milano 2001:143.
- Gelmini G. Geriatria per Operatori Socio Sanitari, Carocci Faber Ed, Roma 2003:35.
- Gelmini G. Funzioni e ruolo degli operatori socio-assistenziali, pro terza età 2001;7/18:17-24.
- Gelmini G. L'operatore sanitario nei luoghi della cura. In: Atti VI Convegno ASNOSS "Il futuro dell'operatore socio-sanitario e assistenziale", Cuneo 2007:10-4. http://www.comunicati.net/comunicati/societa_civile/varie/46215.html.
- Gelmini G, Araldi A. Operatore tecnico di assistenza, operatore socio-assistenziale, addetto all'assistenza: quale futuro e quale percorso professionale per questi ruoli? Giornale di Gerontologia 1999;47 (suppl. 3):53-8.
- Trabucchi M. Introduzione. In: Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. Residenze Sanitarie Assistenziali. Il Mulino Ed, Bologna 2002:7-13.

Infermieri in RSA: responsabilità e competenze

I risultati dello studio qualitativo condotto dal Collegio IPASVI di Milano - Lodi

Paola Gobbi, Anna Castaldo, Stefano Giudici, Stefano Mantovani, Gianluca Gazzola

Commissione Geriatria, Collegio IPASVI di Milano, Lodi

INTRODUZIONE

Il fenomeno della carenza di infermieri in Italia è ben noto ed è fonte di preoccupazione per tutti, sia per i professionisti sanitari (in primis gli Ordini professionali), sia per i cittadini e i politici. Si stima, infatti, che solo in Lombardia manchino 2.200 infermieri (Querzé, 2007). Tale mancanza si fa sentire di più in aree come i servizi di assistenza domiciliare, le lungodegenze e le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): aree di lavoro non ambite dagli infermieri (Martellotti, 2006), come confermano studi pubblicati già a partire dagli anni '70, che documentano, inoltre, atteggiamenti negativi e forte carenza motivazionale nei confronti del lavoro con gli anziani (Squaglia e Matarese, 2007).

OBIETTIVI

Il Collegio IPASVI di Milano-Lodi, al cui interno opera da alcuni anni la commissione geriatria, ha avviato nel 2007 un'indagine presso gli iscritti che esercitano la loro attività in RSA (sia come dipendenti che libero professionisti), per acquisire dati sulle loro condizioni lavorative, sul grado di soddisfazione e sulle competenze acquisite (o delle quali sentono la mancanza) in area geriatrica.

Obiiettivo secondario era anche creare un'occasione di contatto con i colleghi, per tessere la "rete di infermieri competenti in assistenza geriatrica".

MATERIALI E METODI

Disegno. I dati sono stati raccolti utilizzando la metodologia del *focus group*, che consiste in discussioni guidate da un facilitatore o moderatore, per esplorare problemi di natura sociale importanti per il gruppo, facendo emergere dal confronto i diversi punti di vista (Morgan, 1997).

I *focus group* sono stati organizzati sia nella sede del Collegio che in alcune RSA di Milano e Lodi; sono stati guidati da almeno due componenti della commissione geriatria, opportunamente formati; la discussione è stata condotta utilizzando alcune domande stimolo; i contenuti della discussione sono stati trascritti da due persone. Le informazioni sulla struttura della RSA sono state fornite dai partecipanti dopo il *focus group*, con l'invio per posta elettronica di un questionario.

Partecipanti. Gli infermieri sono stati reclutati su base volontaria, attraverso un comunicato pubblicato sul sito e sulla rivista del Collegio, e mediante invito spedito per posta elettronica a tutte le RSA di Milano e Lodi. Alcuni infermieri sono stati reclutati anche sulla base di contatti personali.

Il requisito richiesto per la partecipazione era quello di svolgere attività assistenziale, come dipendente o libero professionista, presso una RSA di Milano e Lodi, comprese le province.

Potevano partecipare al *focus group* da un minimo di 5 ad un massimo di 10 infermieri, esclusi gli intervistatori; il numero di *focus group* organizzati è stato determinato dalle richieste. Ogni partecipante ha firmato un

foglio di autorizzazione all'uso delle informazioni fornite. È stata garantita la riservatezza delle informazioni stesse.

Dati raccolti:

1. Condizioni lavorative (attraverso il questionario)

Ambiente di lavoro: organigramma; numero di operatori per turno, suddivisi nelle qualifiche: infermieri, OSS, ASA; tipologia di contratto (se dipendenti, soci cooperativa, libero professionisti).

Responsabilità: coordinamento; pianificazione e gestione turnistica; responsabilità all'interno del turno; chi è il punto di riferimento nella RSA; ruolo del coordinatore; scelta della struttura; selezione, inserimento e valutazione.

Strumenti di lavoro utilizzati (piani di assistenza -PAI, piani di lavoro, protocolli, procedure).

2. Percezione del proprio ruolo/grado di soddisfazione (attraverso i focus)

Riconoscimento/percezione del proprio ruolo nella struttura; turn over; verso dove, motivi del cambiamento (popolazione assistita, logistica, contratto, condizioni organizzative); integrazione con colleghi stranieri (rapporto tra italiani e altri colleghi); elementi di forza e criticità nei colleghi stranieri.

3. Competenze (idem, focus)

Attività principali svolte nel turno; se le competenze in possesso sono sufficienti a svolgere le attività richieste; descrizione di situazioni in cui ci si è sentiti impreparati; interesse verso una formazione complementare e/o verso un master in area geriatrica.

Analisi ed interpretazione delle informazioni raccolte. Le informazioni raccolte sono state analizzate e classificate sulla base delle categorie per la formulazione delle domande (condizioni lavorative, percezione del proprio ruolo/grado di soddisfazione, competenze/bisogni formativi, ruolo del Collegio). Nel secondo livello di analisi le informazioni sono state raggruppate in categorie secondo il criterio della assimilazione e della similarità.

RISULTATI

Sono stati organizzati e realizzati sette *focus group* nel periodo maggio-settembre 2007: cinque presso la sede milanese del Collegio, due presso altrettante RSA.

I partecipanti. Hanno partecipato 42 infermieri (8 uomini e 34 donne); di questi 28 sono italiani, 14 stranieri (9 Europa dell'Est: Croazia, Polonia, Ucraina, Romania; 4 Sud America: Perù, Ecuador; 1 Asia: Filippine) provenienti da 13 Residenze Sanitarie Assistenziali.

Venticinque partecipanti hanno un rapporto di lavoro di tipo dipendente: 12 sono soci di cooperative; 5 svolgono la libera professione con partita IVA (di cui 3 pensionati).

Diciannove provengono dalla formazione regionale, nove da quella universitaria (7 hanno il diploma universitario e 2 la laurea triennale); i quattordici colleghi stranieri hanno tutti conseguito il titolo di infermiere nel loro Paese di origine.

Sette infermieri ricoprono il ruolo di coordinatori della struttura; 17 sono coordinatori di uno o più nuclei di degenza. Non tutti i 24 coordinatori sono formalmente riconosciuti dalla propria struttura; solo quattro infermieri hanno conseguito il master in coordinamento e uno ha il certificato di abilitazione a funzioni direttive. Nessun partecipante ai *focus group* è in possesso della laurea magistrale in scienze infermieristiche.

L'anzianità di servizio mediana era di 17,5 (range 1-32); la mediana di esperienza nell'assistenza agli anziani era di 11 anni (range 1-32).

La durata di ogni *focus group* è stata in media di circa 100 minuti (range 90-135).

Le RSA di provenienza. I quarantadue infermieri provengono da 14 RSA, di cui 11 sono situate nella provincia di Milano (6 in città e 5 in provincia); 2 a Lodi (1+1), 1 in provincia di Varese.

Otto su quattordici hanno più di 200 posti letto; quattro sono di piccole dimensioni (p.l. < 100).

Il rapporto tra infermieri e personale di supporto è mediamente di 1:5; gli infermieri sono presenti fisicamente in tutti i turni, compresa la notte (tranne in una struttura, dove vige la reperibilità sia medica che infermieristica); la presenza di personale non italiano è consistente, sia tra gli infermieri (circa il 50%), sia tra il personale di supporto (40%).

Nonostante molti operatori di supporto abbiano acquisito il titolo di OSS, pochi tra questi sono effettivamente inquadrati nel rapporto di lavoro come tali (tale percentuale è maggiore nelle RSA a gestione pubblica rispetto alle strutture private).

In tutte le RSA, eccetto una, viene garantita una presenza infermieristica notturna (un solo infermiere, indipendentemente dal numero di posti letto, salvo in

Tabella 1 - Le informazioni sulle RSA da cui provengono gli infermieri che hanno partecipato al focus group.

	N	%
Posti letto	216 (mediana)	Range 60-334
Rapporto infermieri/posti letto	13.6	Range 3.2-17.2
Infermieri extracomunitari/totale infermieri	93	33.9
Infermieri dipendenti	139	50.7
Infermieri di cooperativa	89	32.5
Infermieri libero professionisti	50	18.6

una di 235 posti letto, dove di notte ci sono 3 infermieri). Le politiche di gestione del personale variano notevolmente, infatti il numero di infermieri dipendenti oscilla dal 4% al 100% di una RSA (in cui i 6 infermieri sono tutti dipendenti). La percentuale mediana di dipendenti è del 46%.

Nella Tabella 1 sono riassunte le principali informazioni.

Il coordinamento infermieristico. Il coordinamento del singolo nucleo-reparto (meno frequentemente dell'intera RSA) è generalmente affidato ad un infermiere. In una RSA è stato riscontrato che all'infermiere coordinatore di struttura è affiancato un Responsabile delle Attività Alberghiere (RAA), con qualifica OSS, che gestisce tutto ciò che concerne le attività del personale di supporto.

La maggior parte dei colleghi che in RSA svolge funzioni di coordinamento non ha il titolo specifico (certificato di abilitazione alle funzioni direttive o master in coordinamento); l'incarico è in genere assegnato sulla base dell'esperienza e sulla valutazione delle capacità dimostrate sul campo; nelle strutture pubbliche attraverso concorso pubblico (requisito minimo tre anni di esperienza).

I partecipanti al *focus group* hanno definito quali sono le attività, e conseguenti responsabilità, del coordinatore infermieristico: coordina gli infermieri e, nella maggior parte delle RSA, anche gli ASA e gli OSS; organizza e gestisce i turni degli infermieri; gestisce gli ordini di farmacia e magazzino; svolge anche attività clinica; gestisce le riunioni del personale; si occupa delle relazioni con i parenti e con i vari servizi/uffici/direzioni; supervisiona i tirocini (laddove sono attivati, soprattutto nelle grosse strutture pubbliche), gestisce e coordina i Piani di Assistenza Individuali (PAI).

La responsabilità nel turno. In dieci strutture su tredici l'infermiere turnista è riconosciuto responsabile di

tutte le attività che vengono svolte in quel turno; in due strutture si fa riferimento al coordinatore di struttura; in un caso, come esplicitato nel paragrafo precedente, la responsabilità è condivisa tra infermiere e referente degli OSS.

La pianificazione dei turni è effettuata dall'infermiere coordinatore (di struttura o di reparto) in nove RSA; in un caso dalla cooperativa; in un'altra RSA dal medico; in 5 RSA da più figure. In molte RSA la pianificazione dell'assistenza viene effettuata dal coordinatore infermieristico sulla base dei dati riferiti dall'infermiere e dal personale di supporto.

Chi si occupa di programmazione e pianificazione dei turni, generalmente si fa carico anche della gestione degli stessi.

Principali attività infermieristiche svolte all'interno del turno. Le attività svolte dagli infermieri all'interno del turno possono essere suddivise in due grosse categorie:

1. *Applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche*, che include: la somministrazione della terapia, le medicazioni, la gestione dell'emergenza e dei problemi clinici degli ospiti.
2. *Pianificazione e gestione dell'assistenza infermieristica*: identificazione dei bisogni di assistenza, pianificazione, realizzazione e gestione degli interventi.

È stato chiesto ai partecipanti al *focus* di quantificare il tempo dedicato alle attività di ogni categoria. Vi è stata una concordanza nell'intero gruppo nell'attribuire alla prima categoria un impegno > del 50% sul totale del tempo lavorato.

Utilizzo di strumenti nell'assistenza. Nella Tabella 2 sono elencati i principali strumenti assistenziali presenti nelle RSA, e le percentuali di utilizzo nelle diverse strutture.

Tabella 2 - Gli strumenti assistenziali utilizzati/non utilizzati dagli infermieri.

Piano Assistenziale Individuale	Non utilizzato 1 7,7%	Utilizzato 12 92,3%
Protocolli	Non utilizzato 1 7,7%	Utilizzato 12 92,3%
Procedure	Non utilizzato 2 15,4%	Utilizzato 11 84,6%
Piani di lavoro	Non utilizzato 2 15,4%	Utilizzato 11 84,6%

Quasi tutte le strutture soddisfano i requisiti previsti dalla normativa di accreditamento (DGR 7435/2001) che, nella fattispecie, richiede l'adozione (redazione e diffusione agli operatori interessati) di specifiche linee guida, procedure e regolamenti interni relativi alla gestione dell'assistenza (igiene dell'ospite, prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito) e prevede che per ogni ospite sia redatto un piano di assistenza individuale (PAI) corrispondente ai bisogni, problemi e propensioni degli ospiti.

Grado di soddisfazione degli infermieri e percezione del proprio ruolo. In dodici strutture su tredici gli infermieri percepiscono il proprio ruolo come molto importante, ai fini della qualità dell'assistenza erogata e del buon svolgimento delle attività; il *turn over* del personale infermieristico è presente in modo rilevante in 9 strutture su 13: mediamente l'infermiere abbandona il posto di lavoro entro l'anno dall'assunzione. I motivi del *turn over* sono di tipo economico (principalmente), organizzativo, legati alla tipologia degli utenti da assistere.

Chi cambia sceglie un'altra RSA o l'ospedale, in eguale percentuale.

L'integrazione con i colleghi stranieri è definita buona in 6 RSA su 13; discreta o sufficiente in 3 RSA. Gli infermieri italiani considerano elementi di forza nei colleghi stranieri: le abilità tecniche possedute; la capacità di rapportarsi con gli ospiti; una maggiore disponibilità nell'adeguarsi alle esigenze assistenziali ed organizzative. Le criticità sono invece rappresentate prioritariamente dai problemi di comprensione e padronanza

della lingua italiana, e in misura minore dalle differenze culturali e di formazione di base.

Le competenze. Una parte importante della discussione all'interno di ciascun *focus group* è stata dedicata all'individuazione delle competenze (intese come l'insieme di conoscenze, abilità, sapere applicato e giudizio) che, secondo i partecipanti, l'infermiere deve possedere per rispondere al meglio ai bisogni e ai problemi di salute degli anziani ospiti di RSA.

Le competenze su cui si sono trovati d'accordo la maggior parte degli infermieri dei diversi gruppi sono:

- *di tipo clinico-assistenziale:*
 - essere in grado di esercitare la presa in carico dell'ospite
 - saper valutare e gestire i bisogni di assistenza infermieristica dell'anziano
 - possedere conoscenze ed abilità nell'assistere persone con demenza
 - gestire le emergenze cliniche
- *di tipo relazionale:*
 - saper indagare la dimensione psicologica dell'ospite, per supplire alle difficoltà di comunicazione/interazione verbale
 - saper lavorare in équipe
 - avere spirito di osservazione
- *di tipo organizzativo:*
 - saper coordinare il personale di supporto

Alcuni infermieri ritengono che sarebbe utile acquisire un'esperienza precedente consolidata (di 3-5 anni) in reparti ospedalieri, nelle diverse aree (internistica, chirurgica, cardiologica e gestione delle emer-

SPUNTI DI DIBATTITO

genze in generale) prima di esercitare la professione in RSA.

I bisogni formativi. Le competenze delineate nel paragrafo precedente sono in parte già in possesso degli infermieri, soprattutto tra coloro che lavorano in RSA da parecchi anni; per alcune, si ritiene invece utile la loro acquisizione attraverso percorsi formativi strutturati.

La discussione relativamente ai contenuti di questa formazione (di cui il Collegio potrebbe farsi promotore, insieme ad altre Associazioni ed Istituzioni) ha portato ad un accordo relativamente a questi argomenti:

- *Clinica:*
 - Wound care
 - Farmacoterapia e farmacovigilanza
 - Alimentazione (valutazione dello stato nutrizionale)
 - Emergenza clinica (respiratoria, cardiocircolatoria).
- *Assistenza:*
 - Gestione della persona con demenza (comunicazione, disturbi comportamentali)
 - Gestione del paziente terminale
 - Gestione del dolore
 - Gestione della contenzione
 - Prevenzione delle cadute
 - Mobilizzazione
 - Metodologie e strumenti per la valutazione e la pianificazione dei bisogni di assistenza.
- *Organizzazione:*
 - Integrazione dell'OSS nell'équipe assistenziale
 - Gestione del personale di supporto e coordinamento dell'équipe di lavoro
 - Il ruolo dell'infermiere nell'assistenza al paziente geriatrico e in RSA
 - Management sanitario
 - La relazione con l'ospite e con l'équipe.

Servizio infermieristico. Un servizio infermieristico con funzioni di coordinamento "centrale" della struttura è presente solo nelle RSA di dimensioni medio-grandi (p.l. >200); il responsabile è generalmente un infermiere con comprovata esperienza in area geriatrica, spesso maturata nella stessa struttura, ma il più delle volte senza titolo specifico (laurea magistrale o master in coordinamento).

I partecipanti ai diversi *focus* concordano sull'importanza di una sua implementazione in tutte le RSA (qualcuno, però, non lo ritiene strettamente necessario nelle RSA piccole), in particolare per le ricadute positive sul-

l'assistenza; dovrebbe occuparsi della gestione di tutto il personale, compreso quello di supporto (oggi il più delle volte è gestito direttamente dalla cooperativa che fornisce tale personale alla struttura).

Ruolo del Collegio. A tutti i 42 colleghi che hanno partecipato ai sette *focus group*, abbiamo posto una domanda diretta: "Cosa dovrebbe fare il Collegio per te?". Riguardo al ruolo che l'Ordine professionale può svolgere nei confronti dei colleghi che lavorano in RSA, diverse sono state le richieste ed i suggerimenti raccolti. In generale queste istanze possono essere classificate in due gruppi: quelle di carattere "innovativo" (promozione, supporto, valorizzazione, implementazione) e quelle di carattere "ispettivo" (verifica, controllo).

Promozione e valorizzazione

- Promuovere un'immagine diversa dell'infermiere di RSA.
- Promuovere la libera professione intra moenia.
- Promuovere la formazione per gli infermieri generici, ancora molto presenti in RSA.
- Promuovere il master in area geriatrica.
- Valorizzare gli infermieri extracomunitari, che sono una risorsa (specie per le RSA).
- Supportare nuove idee e iniziative degli infermieri.
- Supportare gli infermieri nella formulazione di proposte relative agli aspetti edilizi: ristrutturazione, organizzazione degli spazi, scelta degli arredi/presidi.

Vigilanza e controllo

- Assicurare la vigilanza sulle nuove figure di supporto introdotte e le relative mansioni assegnate.
- Assicurare la vigilanza sugli esami degli infermieri stranieri.
- Esercitare il controllo delle cooperative e dei libero-professionisti.
- Esercitare il controllo dei doppi/tripli turni degli infermieri.
- Verificare il rispetto dei 901 minuti assistenziali, ripristinando il rapporto specifico di minuti settimanali per ospite (il minimo da assicurare), per le varie figure tra cui l'infermiere.

DISCUSSIONE

L'incontro con i colleghi che lavorano in RSA è stato estremamente utile per il Collegio Ispasvi di Milano-Lo-

di, permettendo l'individuazione di aree di criticità nell'assistenza infermieristica all'anziano, delle quali è possibile farsi carico programmando ed intraprendendo azioni di tipo migliorativo per il 2008.

Abbiamo utilizzato i dati raccolti all'interno dei diversi *focus group* per classificare le criticità in categorie specifiche, e formulare per ciascuna di esse una serie di proposte *ad hoc* che sono state presentate a diversi interlocutori (dai politici agli amministratori, ai Collegi e società scientifiche, ai dirigenti e operatori di RSA) sotto forma di mozione.

CONCLUSIONI

La ricerca condotta attraverso la metodologia dei *focus group* ha permesso al Collegio IPASVI di Milano-Lodi di venire in contatto con numerosi colleghi che lavorano nelle RSA; molti di questi hanno trascorso l'intera vita professionale nell'assistenza agli anziani istituzionalizzati, e quindi possiedono competenze molto avanzate in questo settore; si è costituita una rete di colleghi disponibili a collaborare con la Commissione Geriatria del Collegio, con i quali si potranno realizzare una serie di progetti nel 2008 per cercare di risolvere, laddove possibile, le criticità emerse durante gli incontri; il Collegio si è fatto carico di portare avanti le istanze della professione in questo ambito così strategico dell'assistenza: è stato organizzato un convegno nel novembre 2007, al termine del quale è stata pro-

dotta una mozione inviata agli organi istituzionali competenti (Regione, Comuni, Province, ASL, Università). (La mozione e le slide del convegno sono scaricabili dal sito www.ipasvimi.it; gli atti possono essere richiesti alla segreteria del Collegio: info@ipasvimi.it).

Ringraziamenti. Il Collegio IPASVI di Milano-Lodi e la Commissione Geriatria ringraziano tutti i colleghi che hanno dato il loro contributo alla realizzazione di questa ricerca, partecipando attivamente ai *focus group*.

Per contattare gli autori: paolagobbi64@yahoo.it

BIBLIOGRAFIA

Martellotti E. Sempre più giovani vogliono diventare infermieri, *L'infermiere* 2006;7:4-6.

Morgan DL. *Focus group as qualitative research* (2nd Ed.) London: Sage, 1997.

Querzé R. Regione e sindacati "aprono" ai contratti locali. *Corriere della Sera* 9/11/2007.

Squaglia S, Matarese M. Studio qualitativo sui fattori che influenzano la scelta degli infermieri di lavorare con gli anziani, *Assist Inferm Ric* 2007;26:67-75.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

DGR n. 7435 del 14.12.2001 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (RSA)".

Una nuova etica per le RSA?

Daniele Villani

Fondazione Sospiro, Cremona

Gli ultimi 50 anni hanno inciso profondamente sulle condizioni di salute dei cittadini dei paesi sviluppati, e anche sui rapporti che intercorrono tra chi fornisce salute (per semplicità diremo il medico) e chi ne gode (il cittadino).

L'evoluzione del rapporto medico-paziente e la possibilità di incidere sulla nascita e sulla morte sono i due processi che, nella loro evoluzione ancora in atto, stanno modificando la vita delle persone e ponendo problemi etici fino ad oggi sconosciuti. Di fronte a questi nuovi quesiti ci troviamo complessivamente impreparati, non solo per una generale indisponibilità ad affrontare civilmente certi temi che oggi si suole definire eticamente sensibili, ma anche perché questi problemi, queste domande, queste scelte, prima semplicemente non esistevano e non si ponevano. Ma questo importante processo che interessa tutti, in quale misura e in quale modo coinvolge le persone anziane, e più in particolare le persone anziane ricoverate nelle case di riposo? Le nuove possibilità della medicina e il nuovo rapporto medico/paziente incidono sulla vita delle persone anziane e sulle modalità di lavoro di chi cura gli anziani?

L'EVOLUZIONE DEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

Negli ultimi decenni stiamo assistendo alla transizione da una medicina che per semplicità definiremo paternalistica, caratterizzata da un forte squilibrio di potere tra il medico e il paziente, e una medicina partecipata, che ha il suo baricentro nel dovere di informare il paziente e di ottenere il suo consenso (o dissenso). La figura del medico dispensatore di cure, decisioni, sentenze, provvedimenti, con un potere assoluto e quasi magico sulla salute del paziente ha caratterizzato la prima fase della storia della moderna medicina. In questo stile di relazione, basato su una fiducia totale e su

una assoluta delega da parte del paziente, la possibilità del paziente stesso di decidere, scegliere, capire, determinare la propria salute, e quindi la propria vita, erano molto scarse. Questo rapporto sbilanciato non mancava e non manca di aspetti positivi, e non va necessariamente interpretato come un puro esercizio di potere da parte del medico e una supina e rassegnata accettazione da parte del paziente. Un autentico rapporto di fiducia tra medico e paziente significa in molti casi riporre le proprie aspettative di salute nelle mani di una persona fidata che si fa carico con scienza e coscienza della salute e della vita del proprio cliente, in una dialettica di relazione spesso efficace, onesta e di per sé solo talvolta terapeutica.

Col tempo, come si diceva, è diventata sempre più forte l'esigenza da parte del paziente (del cittadino) di conoscere le proprie condizioni di salute, ma non solo: di conoscere le possibilità di cura, i rischi e i benefici dei farmaci e degli atti medici in generale, la prognosi, l'aspettativa di vita e, una volta informato circa tutti gli aspetti relativi al proprio stato di salute o malattia, liberamente decidere se e come intervenire. In una parola, si è incominciato ad affermare, in un processo ancora molto lontano dal suo completamento, il principio che la persona può disporre del proprio corpo, della propria salute, della propria vita: il principio di autodeterminazione, che poggia sulla capacità decisionale e che, come vedremo, è l'anello debole della medicina delle case di riposo e, più in generale, della medicina geriatrica.

Questa evoluzione del rapporto medico/paziente, ancora lontana dall'obiettivo di una reale partecipazione, e spesso ridotta a qualche adempimento formale (vedi le varie forme di consenso informato spesso ridotte alla firma di moduli), ha avuto come banco di prova gli ambulatori, i reparti ospedalieri, la medicina dell'acuzie e del giovane/adulto, ma non ha ancora coinvolto in modo efficace e profondo il vasto, magmatico

mondo degli anziani: le case di riposo, gli istituti di riabilitazione geriatrica e, in generale, tutti i settings di cura delle persone anziane.

LA POSSIBILITÀ DI INCIDERE SULLA NASCITA E LA MORTE

L'altro accadimento che ha improntato la moderna medicina è la possibilità di incidere sui due momenti estremi della vita dell'uomo, la nascita e la morte. Nella seconda parte del '900 la medicina ha messo a segno risultati impensabili: la scoperta del DNA e la lettura del codice genetico, lo sviluppo delle tecniche di rianimazione, il trapianto di organi, la fecondazione artificiale, l'ingegneria genetica, la clonazione. Nell'arco di un breve periodo il medico si è trovato a disporre di strumenti che gli consentono di manipolare la nascita (anticipandola, ritardandola, impedendola, inducendola artificialmente) e la morte (evitandola in situazioni estreme, ritardandola, accelerandola con l'obiettivo di lenire la sofferenza, creando situazioni che biologicamente non si possono definire morte, ma che dal punto di vista esistenziale è difficile definire vita). In un arco temporale incredibilmente breve – circa 50 anni – ci siamo dotati di strumenti capaci di determinare lunghezza e qualità della vita degli esseri umani in una misura che centinaia di anni di medicina non avevano neppure sfiorato.

Questo potente, drammatico sviluppo delle potenzialità della medicina trascina con sé, inevitabilmente, nuove responsabilità, domande nuove e scelte difficili: situazioni che non hanno risposte istintive di etica comune, ma che richiedono una riflessione critica. Questo vale per i temi legati alla nascita e per quelli, per noi più consueti, legati all'invecchiamento: il diritto alla salute, la fine della vita, la dignità del morire, l'accanimento terapeutico, la capacità e la potestà decisionale.

Ora, se proviamo a trasferire queste riflessioni relative al mutato rapporto medico/paziente e alle nuove possibilità della medicina in un luogo di cura abituale per gli anziani (le RSA, ma il ragionamento potrebbe estendersi alla geriatria in generale) ci accorgiamo che il punto cruciale, la differenza che impone un ragionamento specifico, è il tema del principio di autonomia, che ha la sua essenza nella capacità decisionale. Quando la persona anziana ha perso, parzialmente o del tutto, la capacità di decidere consapevolmente, cosa accade del consenso informato, della possibilità di de-

terminare la propria salute e la propria vita? La persona anziana, quando a causa di una malattia è incapace di decidere, come può utilizzare le potenzialità della medicina, o, talvolta, come può difendersi da esse? L'autodeterminazione, vessillo della moderna medicina, come può essere declinata e realizzata? Concretamente: cosa resta della possibilità di determinare la propria vita in una persona anziana malata che vive per anni nella sostanziale impossibilità di decidere e in una condizione di vita quasi vegetativa?

L'EVOLUZIONE DELLE RSA

Le Residenze Sanitarie Assistenziali-RSA (indicheremo con questo acronimo i diversi tipi di istituti che nel nostro paese assistono persone anziane) hanno sviluppato in questi ultimi anni sensibilità e attenzione verso temi che vanno al di là degli ambiti consueti della medicina, cioè la diagnosi, la terapia, la riabilitazione. Le pratiche restrittive, la contenzione fisica e farmacologica, l'isolamento relazionale, il rispetto della privacy e della dignità della persona; l'individuazione e la cura del dolore, le decisioni critiche che incidono sulla durata e sulla qualità della vita (alimentazione artificiale, interventi chirurgici, ospedalizzazione, ecc.). Su questi temi, negli ultimi anni, si sono aperte discussioni. Si sta lentamente e faticosamente diffondendo una riflessione collettiva che forse porterà ad un nuovo modo di prendersi cura della persona, a una nuova relazione, a una nuova etica. Ma quale etica?

Le RSA soffrono storicamente di una dipendenza culturale dal modello ospedaliero. L'ospedale è stato per decenni il perno della sanità e anche il modello organizzativo, tecnico, scientifico di riferimento della medicina dei nostri tempi. Gli istituti per anziani, in assenza di uno specifico modello e di un preciso mandato (se si preferisce, *mission*), sono nati e cresciuti riproducendo il modello ospedaliero, spesso in modo maldestro: senza averne i mezzi, le risorse economiche, le capacità organizzative.

La transizione epidemiologica, con la riduzione delle malattie infettive, l'aumento delle malattie cronico-degenerative, l'invecchiamento della popolazione, ha modificato lo scenario. I luoghi della cura sono cambiati. La famiglia non è più il luogo privilegiato (dal nascere al morire), e gli altri luoghi si sono moltiplicati assumendo significati diversi. All'ospedale è affidata la cura dell'acuzie: fornisce – o dovrebbe fornire – diagnosi

SPUNTI DI DIBATTITO

precise e tempestive, interventi pronti ed efficaci sulla condizione acuta; affrontare la criticità con mezzi tecnologici e organizzativi all'altezza del compito. Dal canto loro le RSA si sono evolute, dotandosi di personale e organizzazione capaci di far fronte al loro, peraltro incerto, mandato. In molti casi le RSA sono diventate luoghi altamente qualificati per affrontare la cura dell'anziano (questo processo è avvenuto in uno scenario desertico per quanto attiene la cultura geriatrica, che non ha minimamente permeato, almeno nel nostro contesto geografico, gli ospedali e la medicina territoriale). Le RSA sono diventate, un po' per vocazione, un po' per necessità, luoghi privilegiati di cura degli anziani. Trovandosi ad affrontare i consueti temi della medicina, ma anche le nuove sfide, cariche di contenuto etico: la dignità del morire, la scelta tra medicina aggressiva (interventista) e medicina palliativa, le cure di fine vita, la potestà decisionale e il rispetto dell'autonomia della persona. Di fronte a questi temi, è necessario individuare un percorso con nuove radici etiche.

UNA NUOVA ETICA

La ricerca di una nuova etica non può prescindere dalla ricerca di un senso del nostro lavoro. La medicina tecnologica, orientata al risultato, alla ricerca della guarigione, all'uso pervasivo di farmaci, ai trattamenti aggressivi spesso svincolati da una riflessione sulla prognosi della persona, delle sue attese, della sua qualità di vita; la medicina vitalistica, protesa esclusivamente a evitare la morte e prolungare la vita, a *qualsiasi prezzo* e con *qualsiasi strumento*, mostra i propri limiti. Occorre un ripensamento a favore di una medicina maggiormente rivolta al benessere del paziente e al controllo dei sintomi, alle sue aspettative di vita, alla sua oggettiva speranza di vita, alla prognosi delle malattie che lo affliggono. Il processo decisionale va analizzato, scomposto e ragionato. Le volontà del paziente (di *quel* paziente) devono essere conosciute e rispettate. Questo non significa affatto abdicare alla medicina tradizionale, anzi! La ricerca della diagnosi rimane momento nobile e fondamentale, anche se deve essere chiaramente finalizzata e non ridursi a puro esercizio tecnologico. Lo studio dei sintomi e dei segni rimane il centro dell'approccio clinico. La medicina tradizionale va declinata in una popolazione – i cosiddetti anziani fragili – che bisogna conoscere, rispettare, studiare: sviluppando una filosofia della scienza medica capace di tro-

vare un equilibrio tra la medicina aggressiva, tecnologica, e una medicina più paziente, capace di garantire al malato una esistenza qualitativamente buona.

La nuova etica delle RSA deve nascere da un deciso viraggio dalla patologia alla persona (*"shift from pathology to people"*). Le nostre azioni devono avere, sempre, un significato, e devono nascere da precise domande e altrettanto precise risposte. E la risposta alle domande deve essere tagliata su misura per *quella persona* che abbiamo davanti, non per un generico anziano o una generica patologia, e tantomeno per obbedire a rigide disposizioni organizzative o economiche (il tema delle risorse finanziarie insufficienti per le cure continuative degli anziani esula da questo lavoro, ma incide drammaticamente sulla nostra possibilità di intervento: purtroppo la quotidianità ci schiaccia tra il "voler fare" e il "poter fare").

La *dipendenza* non deve più essere il marchio di una categoria di persone che diventano *oggetto* di cure più o meno competenti e amorevoli, tracciando un solco tra chi cura, decide, agisce, e chi passivamente è curato, spesso senza voce, senza capacità di decidere della propria vita. La dipendenza deve essere intesa come una condizione che può colpire chiunque, in tutte le età della vita, e comporta una relazione di aiuto per affrontare e magari superare quella fase.

Un'**etica della cura** dunque, dove per **cura** si intende un'"attività che include tutte le azioni che compiamo per mantenere, continuare e riparare il nostro *mondo* in modo tale che si possa vivere nel miglior modo possibile". "Far vivere nel miglior modo possibile" una persona anziana vuol dire, nella quotidianità di una RSA, sapere riconoscere il sottile confine che separa l'accanimento terapeutico dall'abbandono, significa decidere se e quando porre un limite a interventi che possono modificare la qualità o la durata della vita del malato, o entrambe. La rianimazione cardiopolmonare, l'uso di farmaci salvavita, l'alimentazione e l'idratazione artificiale, le emotrasfusioni, gli interventi chirurgici: in queste circostanze dobbiamo farci carico dei diritti della persona anziana, cercando di rispettare la sua volontà, il suo progetto di vita: sia che venga espresso direttamente dal malato sia, come più spesso accade, che noi lo possiamo desumere dalla sua storia, dalle parole dei familiari o da volontà precedentemente espresse. Purtroppo manca, nel nostro paese, una cornice legislativa che tuteli la volontà del malato e il suo diritto all'autodeterminazione nelle fasi avanzate di malattia. Una legge sul cosiddetto "testamento biologico" ("de-

sideri precedentemente espressi”) mi sembra non rimandabile, così come una seria riflessione sulla “pianificazione anticipata delle cure” che, calata nella nostra cultura e nella nostra sensibilità, consenta a ogni cittadino di rimanere *sogetto* di cura anche quando la malattia gli impedisce di manifestare i propri desideri e le scelte.

L’etica della cura nasce dalla consapevolezza che curare significa farsi carico di una fase di dipendenza che può essere breve o lunga; che la dipendenza è una condizione che può colpire chiunque e comporta, in una società civile, un intervento professionale e di solidarietà interpersonale. La persona dipendente, il malato, diventa allora *sogetto* di cura. A noi tocca far sì che il

consenso agli atti medici, il rispetto dell’autonomia e il principio di autodeterminazione rimangano pilastri del rapporto medico/paziente anche nelle età più avanzate, anche quando l’incompetenza cognitiva pone una barriera di silenzio tra chi cura e chi è curato.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

AA VV. Bioetica e diritti degli anziani. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica, 2006.

Herthog C. Toward a more adequate moral framework. Elements of an “ethic of care” in nursing home care for people with dementia. Standards in Dementia Care. Taylor & Francis, London and New York 2005.

Rodotà S. La vita e le regole. Feltrinelli, Milano 2006.

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



Allenò la mia memoria

Recensione a cura di Chiara Cutaia

Dal libro di M. Lindenberg Kaiser, L. Mari, P. Pieroni, D. Steionva, I quaderni del Centro Cornaglia-Editor Dario Bracco

Il disturbo di memoria è spesso considerato come un evento inevitabilmente collegato all'invecchiamento, e su questa base nulla viene fatto per evitarlo. Mentre da anni si parla dell'importanza dell'esercizio fisico nella prevenzione del rischio cardiovascolare, poca importanza si attribuisce a training specifici per "la memoria". L'efficacia dell'esercizio è nota fin dai tempi di Cicerone: "memoria minuitur, credo, nisi eam exerceas".

Il quaderno n. 4 del Centro Cornaglia ha come obiettivo l'allenamento della memoria e delle funzioni cognitive. È formato da due parti: la prima è costituita da un manuale che fa da guida all'allenamento, e la seconda è a sua volta formata da due album contenenti gli esercizi, i giochi e i test che costituiscono il training.

Il *manuale* è uno strumento di facile consultazione, ma aggiornato e completo, per chi vuole organizzare corsi di allenamento in centri diurni o residenze per anziani, o per chi vuole semplicemente approfondire l'argomento.

Il percorso comincia con una spiegazione di P. Pieroni dell'anatomia del sistema nervoso, seguita da un'ampia e aggiornata lezione sulla memoria e sui modelli interpretativi, e sulle quattro parti principali: memoria episodica, semantica, procedurale e di lavoro. Il testo contiene riferimenti alle recenti acquisizioni del neuroimaging funzionale, ed è affiancato da un'iconografia chiara che facilita l'apprendimento, alternata a divertenti vignette che contribuiscono a rendere più piacevole la lettura.

Il testo ci ricorda poi come talvolta sia difficile distinguere un deficit di memoria, dovuto all'invecchiamento fisiologico, dal primo sintomo di una demenza, sottolineando l'importanza della prevenzione da un lato, e della diagnosi precoce dall'altro (a questo proposito è breve ma didattico il decalogo dei sintomi premoni-

tori). Prevenire il deterioramento cognitivo è in parte possibile attraverso la prevenzione di fattori di rischio cardiovascolari, la correzione di carenze vitaminiche, riconoscendo l'importanza della stimolazione delle funzioni cognitive con un'adeguata stimolazione ambientale e motoria, il riconoscimento dei limiti biologici e quindi il concedersi tempi un po' più lunghi rispetto alla giovane età, l'utilizzo di particolari strategie.

Mari poi ci richiama a due concetti: da un lato la necessità che il training abbia un approccio ludico-ricreativo valorizzando l'anziano, migliorando la sua percezione di auto-efficacia e le relazioni che si vengono a creare (suggerendo l'educatore come migliore figura in grado di creare la giusta relazione); dall'altro, però, sottolinea come esistano diverse metodologie e come possa essere necessario talvolta creare un percorso ad hoc.

La seconda metà del manuale costituisce la vera e propria guida alle tecniche di training ed è scritta da formatori europei da anni impegnati in corsi di allenamento integrato della memoria.

L'approccio del formatore, come ribadito fortemente da D. Steionva, è diverso perché non comincia mettendo in evidenza ciò che non va nella memoria dello studente anziano, ma mostrando come la mancanza di concentrazione e di sistemi di apprendimento sia alla base di molti dei problemi descritti. Nella storia molti sono i riferimenti a tecniche per la memorizzazione: Cicerone, nel *De Oratore*, descrive le tecniche utilizzate da avvocati e oratori, così in "La Fenice" di Pietro da Ravenna del 1491, e ancora William Stokes nel suo libro *Memory* del 1888 scrisse: "speriamo che venga il giorno in cui sarà considerata una vergogna non usare sistemi per la memorizzazione, tanto quanto è attualmente non leggere!".

Quando vogliamo richiamare un concetto lo cerchiamo nella memoria a lungo termine. Per avere un buon esito molto dipende dall'efficacia della memoria a breve termine. La prima risorsa per migliorarla è l'attenzione, la necessità quindi di adeguata concentrazione

sull'informazione in entrata. La memorizzazione è il metodo di apprendimento tradizionale, ma molto faticoso per imparare cose nuove. Il testo suggerisce diversi modi alternativi: categorizzazione, efficace nell'apprendimento di grandi quantità di informazioni, associazione e visualizzazione, spesso usate solo inconsciamente, uso dei loci o luoghi, tecnica utile quando si devono ricordare informazioni in una certa sequenza, utilizzo di acronimi e di acrostici. Tutte le tecniche sono illustrate con esempi chiari, ed è possibile allenarsi con i divertenti esercizi presenti nell'album allegato al manuale.

Infine, i due intriganti capitoli di M. Lindenberg Kaiser relativi all'allenamento integrato di memoria e psicomotricità, e alle esperienze di utilizzo di queste tecni-

che in paesi di lingua tedesca. Si parte dall'idea che "una vita impegnata fatta di attività sociali, sfide sulla conoscenza, esercizi di psicomotricità e esperienze non abituali o inaspettate che coinvolgono tutti e cinque i sensi e le emozioni, stimolano il cervello a formare associazioni fra i diversi tipi di informazioni". Tali associazioni costituiscono dei blocchi di memoria e sono la base dell'apprendimento permanente. La combinazione di allenamento psicomotorio e della memoria migliora significativamente le abilità cognitive.

Non resta che provare le tecniche presentate nei due album, che possono essere eseguite singolarmente o in gruppi, e che comprendono esercizi per migliorare la concentrazione e la creatività, memoria nei diversi aspetti, in una cornice grafica ben leggibile e divertente.

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

MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

III edizione

Sotto l'egida dell'Associazione Italiana
di Psicogeriatría

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



CIC Edizioni Internazionali

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

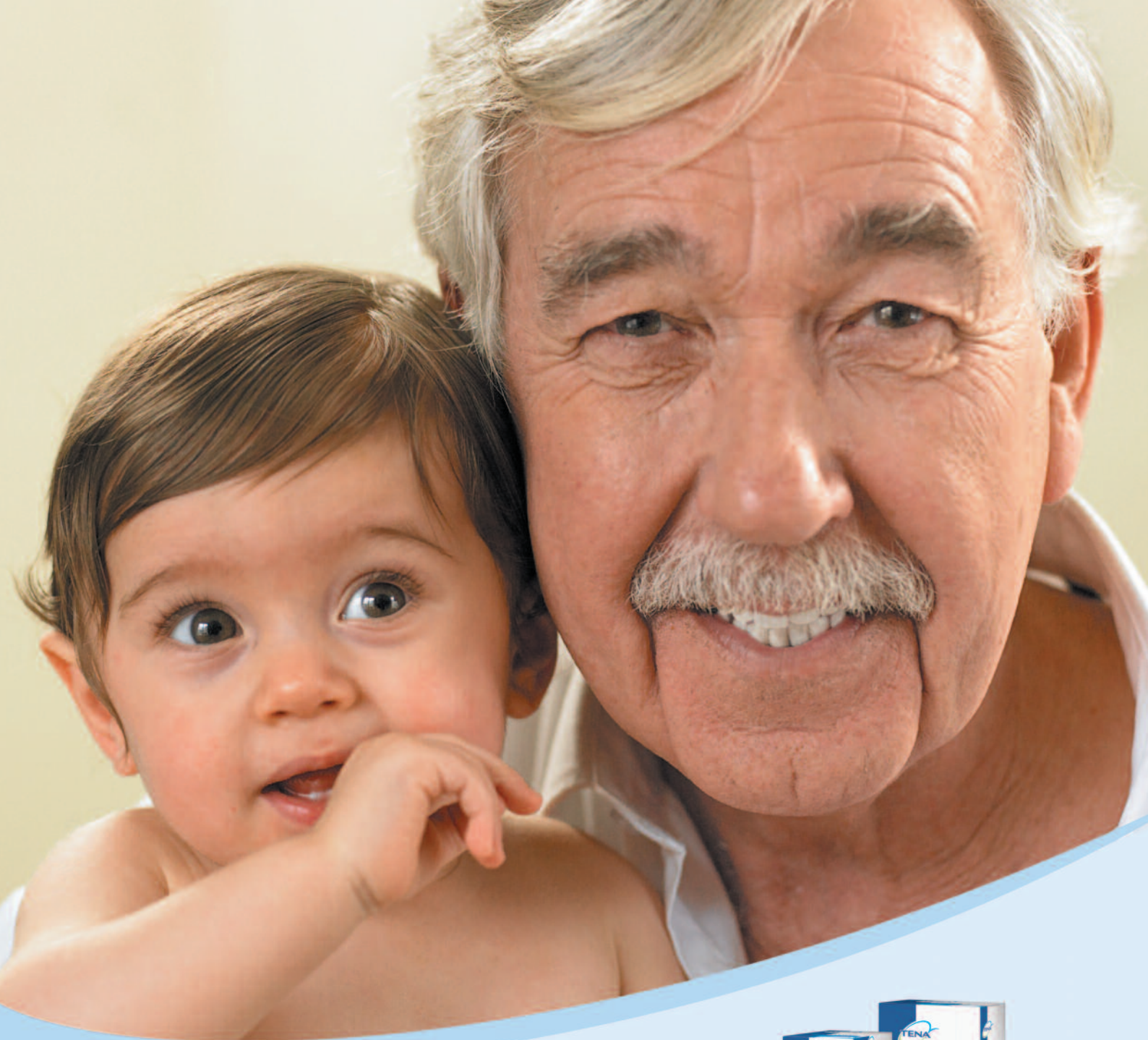
VISA AMERICAN EXPRESS DINERS CLUB EUROCARD MASTER CARD

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 | infotena.it@sca.com | Tel +39 0331 443811 | Fax +39 0331 443881

