

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno VI - N. 4
Dicembre 2008
TRIMESTRALE

4/2008

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



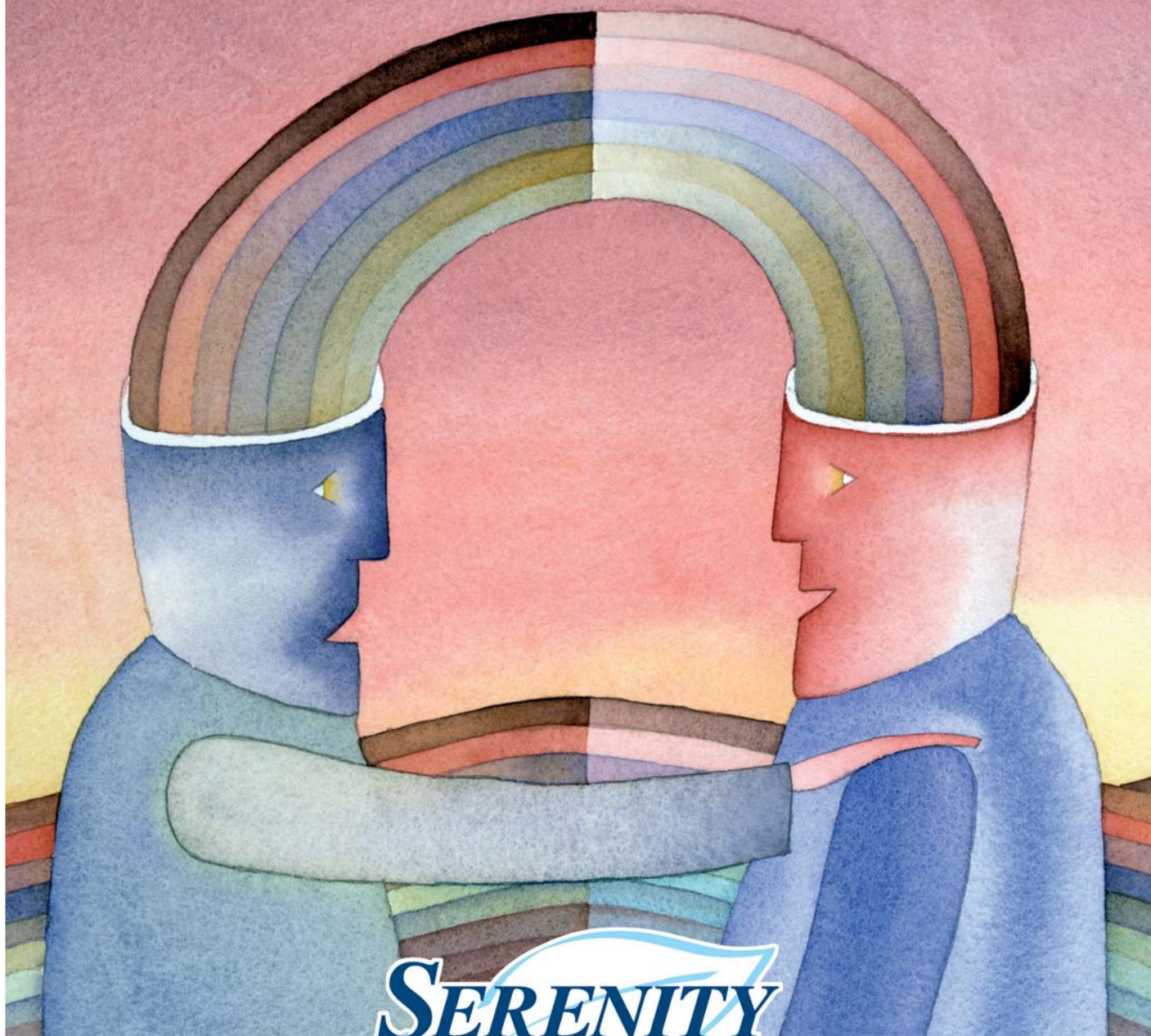

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

Sentirsi serenity.



SERENITY

Sentirsi meglio.

Serenity è il leader italiano degli ausili per l'incontinenza, anche grazie all'intensa attività di ricerca e sviluppo del suo Centro Studi. Serenity fornisce consulenza, formazione e assistenza post-vendita, coordina servizi e risorse proponendo soluzioni su misura alle vostre esigenze. La sua missione è promuovere una nuova cultura del benessere quotidiano condividendola con chi dà il meglio nell'assistenza.



Ricerca scientifica, tecnologica e metodologica: gli strumenti indispensabili per offrire prodotti e servizi innovativi, programmando attività ed interventi collegati al mondo dell'incontinenza.

 ARTSANA

Per maggiori informazioni vai sul sito
www.serenity-care.com
www.artsana.it

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@gruppcic.it

Area marketing & sviluppo

Antonietta Garzonio
garzonio@gruppcic.it
Fabio Regini
regini@gruppcic.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@gruppcic.it
Sito web: www.gruppcic.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 novembre 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

Manteniamo alta la guardia!

Roberto Bernabei, 5

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Per chi lavorano le 'badanti'?

Carla Facchini, 7

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Studio retrospettivo sulle modalità di morte nei pazienti con demenza

Manuela Galleazzi, Monica Fantinato, Franco Toscani,
Paola Di Giulio, Valerio Dimonte, 11

MATERIALI DI LAVORO

La valutazione della soddisfazione degli operatori in RSA

Anna Castaldo, 17

SPUNTI DI DIBATTITO

Cosa c'è di geriatrico nella riabilitazione geriatrica?

La peculiarità dell'attività riabilitativa in geriatria

Antonio Guaita, 21

Cosa c'è di geriatrico nella riabilitazione geriatrica?

Ovvero una geriatria nella riabilitazione che c'è ma cova sotto la cenere

Daniele Villani, 24

L'ANGOLO DELL'ESPERTO

Incretine e potenzialità terapeutiche nel diabete di tipo 2

Agostino Consoli, 28

APPUNTAMENTI

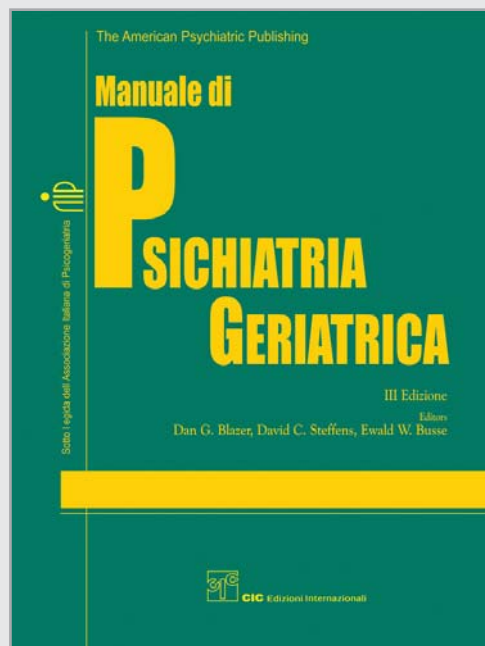
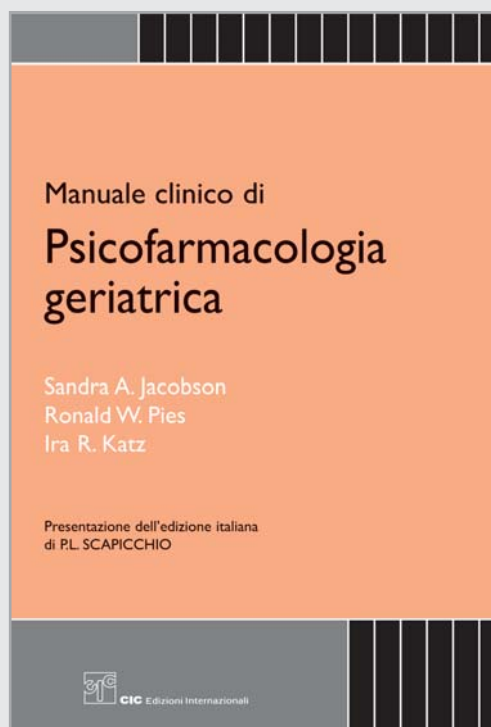
Tecnologia intelligente per una longevità attiva

Mauro Colombo, 30

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

Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

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



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

MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

III edizione

Sotto l'egida dell'Associazione Italiana
di Psicogeriatrica

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



CIC Edizioni Internazionali

Manteniamo alta la guardia!

Roberto Bernabei

Presidente SIGG

In questi giorni si sentono parole "brutte". Recessione è la più gettonata. Viene a molti spontaneo pensare che fatalmente sono e saranno le fasce deboli della popolazione a pagare i prezzi più alti, a recedere di più.

Consolazioni? Beh...la solita. Come è successo alle banche italiane, che avevano assai meno di quelle statunitensi puntato ed investito su fondi effimeri e rischiosissimi poiché in ritardo esperienziale, i nostri vecchi recederanno di meno. In questo caso perché non c'è spazio per recedere ulteriormente! Visti i ritardi nell'allestimento di servizi dedicati, abbiamo un effetto pavimento che impedisce di arretrare ulteriormente! E continueremo a barcamenarci con il badantato, soluzione in parte geniale ma anche piena di enormi rischi sanitari e sociali per il futuro. E allora che si fa? Una cosa è in pista di lancio, ed è il varo del codice argento. Come sapete, nel triage di Pronto Soccorso ci sono il codice bianco, giallo, verde e rosso a segnalare rapidamente all'equipe di PS l'urgenza del caso. I geriatri fiorentini capitanati dal nostro presidente eletto, Niccolò Marchionni, e con i calcoli sofisticati del suo fido Mauro Di Bari, hanno costruito un algoritmo che, a fronte di una serie di indicatori di fragilità, ha identificato, dopo un'analisi di decine di migliaia di casi, quattro classi di anziani passati per il PS degli ospedali della vasta area fiorentina nel 2007. Ogni classe corrispondeva ad un punteggio, figlio appunto degli indicatori più o meno presenti nel singolo caso. Senza addentrarmi negli indicatori e nel metodo, basti sapere che la classe sotto quattro di pun-

teggio era la meno problematica, mentre quella con un punteggio sopra undici era quella più problematica. Bene: se eri ricoverato in Medicina Interna andava tutto bene se appartenevi ad una delle tre classi fino ad undici e non vi era alcuna differenza rispetto all'essere ricoverato in Geriatria per mortalità e consumo di risorse nell'anno successivo al ricovero. Se avevi, però, più di undici, e quindi fragile, debole, comorbido, non autosufficiente, morivi assai di meno e consumavi meno risorse se venivi ricoverato in Geriatria.

Semplice: è vero – come dicono internisti e medici di medicina generale – vediamo gli stessi malati. Perché i vecchi sono i protagonisti indiscussi del nostro SSN. Ma i Geriatri hanno la metodologia, l'esperienza, l'occhio e la scienza per giocare meglio una partita non facile. Quella della fragilità. La fragilità, che in questo caso (per brevità e per la sinteticità chiarificatrice della parola) uso come sinonimo di dipendenza e non autosufficienza, è disciplina specialistica. La puoi affrontare solo se hai studiato. Altrimenti fai danni.

In conclusione: il sottosegretario alla Salute ha recepito le quattro classi e vuole validare la metodologia per decidere se implementarla a largo raggio e identificare i fragili all'accesso in PS. Con un codice specifico, quello argento. Fragili che sarebbe meglio trattare in Geriatria ma comunque è bene identificare, qualsiasi reparto imbocchino, per tracciare subito un potenziale problema per il SSN ed allertare il territorio (case management, ne riparleremo) per una riconsegna adeguata e non alla cieca. Come oggi avviene in molte zone d'Italia. Manteniamo alta la guardia!

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, Anna Castaldo,
Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia,
Cristiano Gori, Gianni Guerrini, 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

Per chi lavorano le 'badanti'?

Carla Facchini

Facoltà di Sociologia, Università degli Studi di Milano - Bicocca

PREMESSA

Attualmente, si stima che siano circa 600-800.000¹ le persone immigrate, nella grande maggioranza donne, che vivono con anziani con problemi di non autosufficienza, assistendoli a tempo pieno, o quasi, presso il loro domicilio. In effetti, se in tutti i paesi occidentali le necessità di cura e di assistenza hanno assunto, negli ultimi decenni, un rilievo crescente, il ricorso ad 'assistenti familiari', ossia a 'badanti', costituisce un tratto peculiare del sistema assistenziale soprattutto di quei Paesi (Italia, Spagna, Grecia, Portogallo) che coniugano un modesto sviluppo di servizi domiciliari e residenziali con la persistenza di un modello culturale 'familistico' (Gori, 2002; Castegnaro, 2004; Pavolini, 2004; Facchini, 2005; Spano, 2006). Obiettivo di questo lavoro è presentare alcuni dati emersi da una ricerca condotta per conto dello SPI-CGIL Lombardia su un consistente campione di 'badanti' (quasi 650) residenti nella regione². Più precisamente, dato che il profilo socio-anagrafico delle intervistate è del tutto analogo a quanto di norma rileva-

to³, ci soffermeremo sulle condizioni di salute degli anziani accuditi, tema che, pur essendo di particolare rilievo, è affrontato solo marginalmente nella maggior parte delle ricerche sulle 'badanti'.

GLI ANZIANI ACCUDITI: CONDIZIONI DI SALUTE E NECESSITÀ DI ACCUDIMENTO

Nella maggior parte dei casi, le persone accudite sono 'grandi anziani' (oltre la metà ha più di 85 anni), più spesso donne. Il primo dato è riconducibile alla nota relazione tra non autosufficienza ed età avanzata, il secondo sia alla maggior longevità femminile, sia alla maggior incidenza, tra le donne, anche a parità di classe di età, di condizioni di problematicità sanitaria e di condizioni di non autosufficienza, sia, infine, alla più frequente condizione di solitudine delle anziane e alla loro conseguente minore possibilità di essere accudite dal partner o da altri familiari conviventi (Facchini, 2006).

Per quanto riguarda le problematiche dichiarate, nel 50% dei casi si tratta di problemi motori, nel 18,8% di

¹ L'ampio scarto tra i due valori è riconducibile all'elevata incidenza di persone prive di contratto di lavoro e spesso anche di permesso di soggiorno.

² Un ringraziamento va a chi ha effettuato le interviste, e alle donne che hanno accettato di essere coinvolte in questo lavoro, affrontando temi anche difficili e problematici. Per una più completa, anche se provvisoria, lettura dei dati, rimandiamo a Da Roit e Facchini, 2008.

³ Circa un quarto ha meno di 36 anni, un quarto tra i 36 e i 45, un quarto tra i 45 e i 51, un quarto un'età superiore. Anche se ben 41 sono i paesi di origine rilevati, i due terzi provengono da sole 3 nazioni: Ucraina, Moldavia, Romania. Si conferma, insomma, come questo lavoro si connota come specifico delle donne dell'Est Europa, che hanno sostituito quelle provenienti dai paesi per primi coinvolti dai flussi migratori femminili (Filippine e Centro e Sud America). Tale sostituzione è l'effetto sia del progressivo inserimento delle immigrate delle prime 'ondate' in occupazioni che consentono una vita familiare 'normale', sia dei processi di destrutturazione del sistema socio-economico di molti paesi dell'Est europeo verificatosi negli scorsi anni (Colombo e Sciorino, 2005; IRS, 2006). La relazione tra specifici flussi migratori e mercato del lavoro 'di cura' rimanda da un lato alle preferenze dei datori di lavoro e al fatto che il reclutamento degli immigrati tende ad avvenire mediante conoscenza/segnalazione da parte di chi già lavora, precostituendo una sorta di 'filiera' occupazionale; dall'altro, alle 'preferenze' degli immigrati, per i quali gioca un ruolo rilevante il costo del viaggio: in particolare, costi contenuti agevolano le collocazioni lavorative 'a termine' che permettono di alternare periodi di immigrazione con periodi in cui si ritorna a casa, in una sorta di pendolarismo annuale.

Per quanto riguarda lo stato civile, si rileva che circa la metà sono coniugate, un terzo vedove o divorziate, il 14% nubili. Ne consegue che la tipologia familiare più diffusa sia in coppia con i figli (35,6%), seguita da 'sola con figli' (28%); modeste quindi le percentuali di *singles* o conviventi nella famiglia di origine (meno del 20%), o di persone in coppia senza figli (meno del 10%). Infine, le immigrate dai paesi dell'Est si contraddistinguono sia per la massiccia presenza di titoli di studio elevati (la metà ha un diploma o una laurea) sia per l'incidenza non solo di precedenti occupazioni operaie, ma anche di professioni quali insegnante o dirigente.

problemi cognitivi; modesta è la percentuale di chi ha entrambi i tipi di problemi (13,8%), mentre nel 17,5% dei casi non vengono segnalate specifiche problematiche⁴.

Tabella 1 - *Problematicità assistita * Sesso persona assistita.*

	Uomo	Donna	Totale
Problemi motori	51,4%	49,6%	50,0%
Problemi cognitivi	13,4%	20,3%	18,8%
Entrambi	7,7%	15,5%	13,8%
Non ha problemi specifici	27,5%	14,7%	17,5%
	100,0%	100,0%	100,0%

I dati sulla problematicità trovano conferma in quelli relativi alla patologia prevalente; tuttavia, mentre i problemi cognitivi risultano strettamente connessi alle diverse forme di demenza (Alzheimer in primis), i problemi motori sono collegati ad una estrema molteplicità di cause (ictus, morbo di Parkinson, diabete, artrosi o osteoporosi, rottura del femore, problemi cardiaci, ecc.). D'altro canto, in quasi la metà dei casi non viene citata alcuna specifica patologia, ma si rimanda ad un complessivo deterioramento ed all'età molto avanzata. Il relativo scollamento tra i due dati (quello sulla patologia prevalente e quello sulle principali problematiche) è rilevante in quanto evidenzia da un lato come nelle età tardo anziane, anche in mancanza di una

specificata patologia, si possa verificare un deterioramento delle condizioni complessive e il profilarsi di una non-autosufficienza, dall'altro come età e comorbidità possano confondere i quadri clinici tradizionali (Resnick e Marcantonio, 1997).

La complessiva criticità delle condizioni degli anziani assistiti emerge in modo assai netto se si considerano i livelli complessivi di autosufficienza: l'indice complessivo di dipendenza (ADL) è molto alto nel 30,9% dei casi, elevato nel 31,9%, medio nel 28,1%; solo nel 9,1% dei casi l'indice è molto basso e l'anziano può essere considerato sostanzialmente autosufficiente.

Meno severo il quadro che emerge dai dati relativi ai problemi cognitivi⁵: il 18,3% dei casi ha una problematicità molto elevata; il 19,7% elevata; il 33,5% media; il 28,4% nulla o quasi. Ancora più contenuta la presenza di disturbi comportamentali: l'1,3% ha una problematicità molto elevata, il 13,3% elevata, il 47,9% media, il 37,6% nulla o quasi; tuttavia, se si considera la pesantezza degli items che concorrono a formare quest'ultimo indice⁶, è evidente come il quadro complessivo sia spesso decisamente compromesso. Nello stesso tempo, il fatto che i dati sulla disabilità siano più severi rispetto a quelli relativi ai problemi cognitivi e ai disturbi comportamentali potrebbe essere riconducibile al fatto che, in presenza di questi ultimi, vi sia una maggiore propensione da parte delle famiglie a ricoverare l'anziano in una struttura residenziale e sia quindi minore l'accudimento domiciliare, pur con il ricorso ad una 'badante' (Facchini, 2007).

Nella maggior parte dei casi, le condizioni degli assistiti

Tabella 2 - *Indici di: dipendenza; problemi cognitivi; disturbi comportamentali.*

	Indice dipendenza	Indice problemi cognitivi	Indice disturbi comportamentali
Molto bassa /nessun problema	9,1	28,4	37,6
Media	28,1	33,5	47,9
Elevata	31,9	19,7	13,3
Molto elevata	30,9	18,3	1,3
Totale	100,0	28,4	100,0

⁴ Certo, non abbiamo un riscontro 'clinico' a questi dati, ma se si considera che le intervistate sono le persone che svolgono il lavoro di 'cura', il quadro dovrebbe essere abbastanza realistico, pur se, probabilmente, con una maggior accentuazione delle problematiche esistenti.

⁵ L'indice è costituito a partire da questi items: disturbi gravi nella memoria; mancanza di orientamento temporale; mancanza di orientamento spaziale; disturbi nel linguaggio; non riconoscere le persone.

⁶ Agitazione verbale; agitazione psichica; episodi di comportamento sessuale disinibito; episodi di manipolazione delle feci.

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

ti si traducono da un lato in una consistente limitazione di ciò che essi sono in grado di fare, dall'altro in una forte necessità di sostegno e di lavoro assistenziale. Risulta così che la patologia limita moltissimo nel 34,2% dei casi, molto nel 27,4%, un po' nel 23,3%; solo nel 15,15% dei casi l'anziano è in grado di gestirsi senza aiuto. Ovviamente, netta è la relazione con la problematicità dichiarata: la maggior parte di chi non ha problemi specifici ha limitazioni nulle o modeste, chi ha invece entrambi i problemi ha limitazioni assai severe, che solo in pochi casi lasciano spazio a margini di autonomia.

Nello stesso tempo, mentre chi non ha problemi specifici necessita di norma solo di pochi interventi programmabili nell'arco della giornata, chi ha problemi, in particolare se cognitivi, specie se associati anche a limitazioni motorie, necessita in misura consistente di un'assistenza continua, che va ben oltre degli interventi previsti o programmabili.

Quello che però più interessa rimarcare è l'elevata eterogeneità delle situazioni considerate, che vede da un lato una quota assai consistente contrassegnata da un'elevata problematicità e da un consistente carico assistenziale (circa il 60%); una parte minore, ma pure rilevante (attorno al 30%), contrassegnata da una problematicità intermedia, e una parte, infine, minoritaria, ma non trascurabile (10-15%), che sembra corrispondere più che a specifiche necessità assistenziali, a esigenze di generico accudimento e di assicurazione per gli anziani e i loro familiari – e forse di compensazione per il mancato accudimento 'diretto' (Pasquinelli, 2006). Quest'ultima tipologia riguarda maggiormente gli uomini⁷, ma anche una parte non piccolissima di donne.

Un'ulteriore considerazione concerne la tipologia familiare: a dichiarare problemi più pesanti sono soprattutto le badanti di anziani che vivono con coppie, a riprova che se le problematiche sono contenute, il partner se ne fa carico, evitando, di norma, il ricorso a persone retribuite. Quanto ai motivi per cui non sono gli eventuali figli ad accudire gli anziani, si rileva come, in quasi la metà dei casi, la motivazione rimandi al fatto che essi lavorano e non hanno quindi tempo disponibile. A questa motivazione si aggiungono quelle che fanno riferimento alla ridotta dimensione delle abitazioni in cui essi abitano, e quindi alla mancanza di spazio, al fatto che essi vivano in un'altra città, o alla non capacità di reggere da soli il carico della cura. Sono invece assai limitati (5%) i casi in cui i figli 'non lo vogliono fare'. Questi dati sono rilevanti se si considera che si riferiscono a percezioni/narrazioni di chi accudisce 'al posto' dei figli: vale a dire che nella grande maggioranza dei casi, la delega della cura a 'non' familiari appare riconducibile ad effettive difficoltà se non impossibilità.

ELEMENTI PER UNA RIFLESSIONE

L'insieme di questi dati suggerisce alcune considerazioni.

La prima rimanda alla estrema pluralità delle condizioni di salute e delle necessità assistenziali degli anziani accuditi. In particolare, se in poco più della metà dei casi la gravità 'intermedia' dell'assistito può trovare una risposta sostanzialmente adeguata nel ricorso alla badante, si pone il problema di come possa bastare l'impegno di 'una' persona, di norma senza alcuna prepa-

Tabella 3 - Interventi necessari * Problematicità assistito.

	Motoria	Cognitiva	Entrambe	Nessuna	Totale
Pochi interventi prevedibili	27,9%	24,2%	15,9%	79,0%	34,1%
Molti interventi prevedibili	45,4%	36,7%	38,6%	16,2%	37,9%
Sia interventi programmabili che non	26,7%	39,2%	45,5%	4,8%	28,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

⁷ A conferma che per una parte non piccola di uomini vi è un ricorso alla badante anche in assenza di specifiche necessità assistenziali, ma che si tratta piuttosto di un generico accudimento, si può notare che gli indici di dipendenza e sui problemi cognitivi mostrano dati 'migliori' per gli uomini che per le donne. Ad esempio, ha un bassissimo livello di dipendenza il 13,4% degli uomini, il 7,8% delle donne; non ha nessuno o quasi problema cognitivo rispettivamente il 37,8% e il 25,7%. A riguardo, si può ipotizzare che molti uomini rimasti soli, non avendo mai svolto incombenze domestiche, non siano in grado di gestire la propria quotidianità, pur in presenza di un'elevata autonomia funzionale.

razione specifica, in quelle condizioni fortemente compromesse che costituiscono circa il 20% dei casi. Di converso, si tratta di capire in che misura possa essere invece adeguatamente svolto un ruolo di assicurazione e di compagnia da parte di soggetti che, spesso, hanno una conoscenza assai limitata dell'italiano – o ancor più del dialetto, tuttora parlato da molti anziani. La seconda considerazione attiene al fatto che, nella grande maggioranza dei casi, la delega della cura a 'non' familiari venga ricondotta ad effettive difficoltà, se non all'impossibilità dei familiari e, in particolare, al fatto che i figli 'lavorino'. Se si considera che i mutamenti nel sistema occupazionale, e in particolare quelli relativi al sistema pensionistico, tenderanno a comportare una posticipazione dell'età al pensionamento e una minor presenza di donne 'casalinghe' accentuando, presumibilmente, il ruolo svolto da tali elementi sui modelli di presa in carico, è evidente che i modelli 'familiistici' di cura saranno sottoposti a tensioni crescenti, difficilmente fronteggiabili 'solo' attraverso un maggior ricorso a immigrate.

Un ultimo ordine di considerazioni riguarda il vissuto individuale delle 'badanti'. Se in non pochi casi prevalgono sentimenti positivi, quali la 'soddisfazione per quel che si sta facendo' (13%), 'serenità' (10%) o 'tranquillità per il futuro' (7%), nella maggior parte dei casi il vissuto risulta assai problematico, segnato da preoccupazioni per il futuro (30%), 'tristezza' (17%), 'stanchezza' (12%) e 'senso di solitudine' (11,6%). Certo, in molti casi i rapporti con l'anziano accudito e con i suoi familiari sono positivi, ma in altri casi sono molto problematici. Certo, in non pochi casi, le condizioni concrete di lavoro non sono pesanti, ma in altri sono difficilmente sopportabili, specie nel medio-lungo periodo. Certo, nella maggior parte dei casi l'immigrazione consente alle donne occupate come 'badanti', oltre alla sopravvivenza, la formulazione di strategie individuali e familiari, ma non sempre questo avviene in maniera piana e priva di conflitti.

In ogni caso, se il ricorso a 'badanti' permette di mantenere, nei paesi in cui è adottato, un modello di presa in carico della non autosufficienza formalmente fa-

milistico, in realtà esso implica che per buona parte di chi lavora tale modello si traduca in un allentamento dei rapporti con la 'propria' famiglia e, in non pochi casi, in una crisi tendenziale delle relazioni con i suoi componenti.

BIBLIOGRAFIA

- Castegnaro C. Chi cura gli anziani non autosufficienti? Famiglia, assistenza privata e rete dei servizi per anziani in Emilia-Romagna, Franco Angeli, Milano 2004.
- Colombo A, Sciortino G. Sistemi migratori e lavoro domestico in Lombardia, Ires Lombardia 2005.
- Da Roit B, Facchini C. Percorsi migratori al femminile e lavoro di cura nelle famiglie, Nuovi argomenti SPI 2008;4/5:4-29.
- Facchini C. (a cura di) Anziani e sistemi di Welfare. Lombardia, Italia, Europa, Franco Angeli, Milano 2005.
- Facchini C. Il 'care-givers' degli anziani affetti da Alzheimer: tra stress e autovalorizzazione; Politiche sociali e servizi 2007, luglio-dicembre: 191-209.
- Facchini C. Les soignants familiaux des personnes âgées atteintes de démence: entre stress et valorisation personnelle, in P. Pitaud (a cura di), Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés: le vécu des aidants, èrès, Ramonville 2006: 185-210.
- Gori C. (a cura di) Il welfare nascosto, Carocci, Roma 2002.
- IRS. Il Lavoro Privato di cura in Lombardia. Caratteristiche e tendenze in materia di qualificazione e regolarizzazione, Rapporto di ricerca 2006.
- Pasquinelli S. Assistenti familiari: le questioni aperte. Prospettive Sociali e Sanitarie 2006;14.
- Pavolini E. Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza, Carocci, Roma 2004.
- Resnick NM, Marcantonio ER. How should clinical care of the aged differ?, Lancet 1997;350:1157-8.
- Spano P. Le convenienze nascoste. Il fenomeno badanti e le risposte del welfare. Nuova dimensione, Verona 2006.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Ambrosini M, Cominelli C. Un'assistenza senza confini. Welfare "leggero", famiglie in affanno, aiutanti domiciliari immigrate, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità - Rapporto 2004, Fondazione ISMU, Milano 2004.
- Caponio T, Colombo A. (a cura di) Migrazioni globali, integrazioni locali, Il Mulino, Bologna 2005.

Studio retrospettivo sulle modalità di morte nei pazienti con demenza

Manuela Galleazzi[#], Monica Fantinato[#], Franco Toscani[°], Paola Di Giulio[§], Valerio Dimonte[§], a nome del gruppo EOLO

[#] Istituto Carlo Alberto, Torino

[°] Istituto di Ricerca in Cure palliative Lino Maestroni, Cremona

[§] Università degli Studi di Torino

Gruppo EOLO: Franco Toscani, Cinzia Brunelli, Paola Di Giulio, Valerio Dimonte, Simona Gentile, Fabrizio Giunco, Daniele Villani

PREMESSA

La demenza costituisce una delle emergenze sanitarie che oggi i Paesi si trovano ad affrontare e, in futuro, assumerà dimensioni ancora più drammatiche a causa dell'invecchiamento delle popolazioni.

L'incremento mondiale di ultrasessantenni previsto tra il 1990 e il 2030 è del 180%, con un aumento in valore assoluto da 488 milioni a 1,3 miliardi (World Bank, 1993).

Considerato che sia l'incidenza sia la prevalenza della demenza aumentano con l'avanzare dell'età, il rapido aumento dei segmenti più vecchi della popolazione comporterà inevitabilmente un incremento delle malattie associate all'età, come risultato del semplice andamento demografico (Trabucchi, 2005).

La demenza è una malattia di lunga durata e altamente invalidante. Dall'esordio dei sintomi alla morte la persona affetta da demenza passa dalla completa autosufficienza alla totale dipendenza, dalla piena capacità di autodeterminazione alla assoluta incompetenza cognitiva. Questo processo avviene gradualmente, risulta progressivo e in larga misura imprevedibile, essendo condizionato dal tipo di demenza, dall'età, dalla comorbidità, dagli interventi sanitari assistenziali e dalla rete sociale (McClendon et al., 2004).

L'assistenza all'anziano con deterioramento cognitivo rappresenta uno dei problemi più impegnativi che oggi possano presentarsi.

La maggior parte dei pazienti dementi (circa l'80%) vive per molti anni in famiglia (Bianchetti e Zanetti,

1991) e i due terzi dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer sono assistiti da familiari e amici, di cui il 70% è rappresentato da donne, per lo più coetanee.

Nelle fasi avanzate della malattia il ricovero in istituti per anziani è molto frequente. Gli ultimi periodi di vita sono trascorsi, nella maggioranza dei casi, in istituzione (RSA), e quindi le cure di fine vita vengono per lo più erogate in questo ambito (*Office of technology assessment*, 1987; Temkin-Greener e Mukamel, 2002).

In Italia non esistono dati relativi al tipo di cure a cui vengono sottoposte le persone affette da demenza severa nell'ultima fase della loro esistenza: in particolare, non è noto se il tipo di approccio sia prevalentemente interventista o palliativista.

I problemi nella gestione del dolore, dell'alimentazione, dell'idratazione artificiale, della rianimazione, della contenzione, dell'uso di antibiotici, delle trasfusioni e della dialisi sono aspetti in comune a tutti i malati terminali. Nella specifica ottica del paziente affetto da demenza, il quadro risulta ulteriormente complicato per due ordini di motivi: il primo è l'incompetenza cognitiva del malato, e quindi la necessità di operare scelte per conto dell'interessato, con le implicazioni di ordine morale, etico e medico-legale che ne derivano. Il secondo aspetto specifico della demenza è l'imprevedibilità del decorso, che rende difficoltosa la definizione temporale del concetto di "terminalità" e l'aspettativa di vita (Mitchell et al., 2004b).

I pochi dati disponibili dalla letteratura suggeriscono che le persone affette da demenza all'ultimo stadio della malattia, ricoverate in RSA, non siano percepite

come terminali, non ricevano cure palliative ottimali e che sia quindi necessario un rilevante intervento educativo nei confronti degli operatori che si occupano di demenza grave (Van der Steen et al., 2004; Somogyi-Zalud et al., 2002; Morrison e Siu, 2000).

Se le RSA continueranno a provvedere alle cure di fine vita, occorrerà focalizzare l'assistenza sulle aspettative degli ospiti e della famiglia, garantendo un'elevata soddisfazione nella cura. Conoscere i sintomi e i disordini percepiti dai pazienti che vivono nelle RSA durante la fase terminale della malattia, può aiutare a migliorare la qualità della presa in carico della fase terminale (Mitchell et al., 2004a).

Questo studio replica un lavoro condotto in alcune RSA della provincia di Cremona (Toscani et al., 2008).

OBIETTIVI

- Quantificare il numero di pazienti deceduti con diagnosi di Demenza grave nelle RSA.
- Descrivere l'ultimo mese di vita in base ai dati ricavati dalle cartelle cliniche ed infermieristiche, con particolare attenzione alle condizioni generali, all'uso dei farmaci, a trattamenti ed interventi eseguiti, dal tipo di presa in carico, dall'incidenza di eventi critici, dalla presenza di sintomi e problemi importanti ed eventuali decisioni di fine vita.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio retrospettivo sui pazienti deceduti nei 12 mesi precedenti in 9 RSA dell'area torinese. I dati sono stati raccolti dalle cartelle cliniche e, dove disponibili, infermieristiche, su tutti i pazienti deceduti con diagnosi di demenza grave (demenza, Alzheimer, demenza vascolare o gravi alterazioni cognitive), e stadio FAST >7C (Sclan e Reisberg, 1992), degenti nella RSA da almeno un mese e che non avessero subito ricoveri prolungati nel mese precedente il decesso.

La Scala FAST, specifica per i pazienti con Alzheimer, è composta da 7 stadi per un totale di 16 stadi e sotto-stadi, da 1 a 7 (lo stadio 7 indica uno stadio di demenza avanzato: un paziente in stadio 7 ha limitazioni del linguaggio; nello stadio 7F non riesce a tenere la testa sollevata).

La raccolta dati è stata effettuata da almeno 2 rilevatori addestrati in modo da uniformare le modalità di

rilevazione e di evitare *bias* di interpretazione. Eventuali discrepanze sono state risolte con la discussione. Per ciascuna struttura sono stati raccolti alcuni dati essenziali che ne consentano la descrizione.

Per identificare i pazienti eleggibili sono state consultate tutte le cartelle cliniche dei pazienti deceduti, identificate quelle dei pazienti con diagnosi di demenza e valutate per i criteri di eleggibilità.

Sono stati rilevati i punteggi del *Short Portable Mental Status Questionnaire* (Pfeiffer, 1975) ed il punteggio FAST è stato ricavato dalle informazioni presenti in cartella.

Sono stati raccolti i seguenti dati:

- a. ultimi 30 giorni di vita: malattie concomitanti, segni e sintomi e loro intensità (grave-non grave) e incidenza (presente per una settimana/più di una settimana), lesioni da decubito, trattamenti (antibiotici, analgesici-scala analgesica dell'OMS (Ventafridda et al., 1987), ansiolitici, antidepressivi, nutrizione/idratazione artificiale, procedure chirurgiche, uso di mezzi di contenzione, trasferimento in ospedale.
- b. le ultime 48 ore di vita: rianimazione cardiopolmonare, tentativi di rianimazione e somministrazione di farmaci salvavita.

È stato segnalato, anche se documentato, il coinvolgimento dei familiari nelle decisioni di fine vita.

PRIVACY

Non sono stati raccolti dati sensibili sui pazienti. Le schede, anonime, non consentono né di identificare il paziente né di associare le informazioni raccolte con i pazienti. L'associazione tra identità del paziente e scheda di raccolta dati è stata fatta su un registro rimasto all'interno della struttura e sarà distrutto al termine dello studio.

I dati sono stati analizzati cumulativamente, senza fare riferimento al singolo paziente deceduto.

RISULTATI

Le 9 RSA coinvolte nello studio dispongono di un totale di 1.070 posti letto, e 4 nuclei per persone con malattia di Alzheimer.

Sono state esaminate 345 cartelle cliniche. Il numero dei ricoveri, nell'anno solare preso in esame, varia da 16 a 65 (media 39,5 ricoveri).

Tabella 1 - Dati principali sui pazienti oggetto dello studio.

Dato	N.	%
Sesso F	55	77,4%
Età media (\pm DS)	88.1+8.8 (range 61-104)	
Durata medi ricovero (mesi)	28	
Cause del decesso		
Arresto cardiocircolatorio	11	15,4
Edema polmonare acuto	9	12,4
Polmonite	4	5,6
Cachessia	4	5,6
Insufficienza d'organo	5	7,0
Ictus cerebrale	3	4,2
Altre cause*	6	8,5
Problemi concomitanti		
Insufficienza respiratoria	14	19,7
Edema polmonare acuto	9	12,4
Patologia oncologica	7	9,8
Diabete	5	7,0
Scompenso cardiaco	5	7,0
Infezione delle vie urinarie	3	4,2
Ictus	1	2,8
Altri problemi	6	8,5
Causa non riportata	20	28,1

* Marasma senile, scompenso cardiaco, sofferenza neurologica, infarto.

Su 345 decessi, gli eleggibili sono risultati 71.

I principali dati sui pazienti sono riportati nella Tabella 1. Non sempre è stato possibile risalire alle cause di morte perché in più di un quarto delle cartelle esaminate non era riportata la diagnosi di morte. I sintomi del paziente nel mese precedente il decesso sono riportati nella Tabella 2.

Nel mese precedente il decesso 27 pazienti (38%) provano sintomi gravi. Data la tipologia di problemi che si verificano in questo tipo di pazienti (inalazione di alimenti, allettamento, incontinenza con cateterizzazione, e infezioni del tratto urinario e polmonari) la febbre è il problema più riportato. Circa il 30% dei pazienti ha dispnea. È inaspettatamente basso il numero di pazienti con dolore e con convulsioni.

Alla maggioranza dei pazienti con dolore (11/15) vengono somministrati analgesici, somministrati però anche a 5 pazienti per i quali non era segnalato dolore in cartella. Complessivamente, 16 pazienti assumono analgesici: 5 oppioidi forti (gradino 3 della scala dell'OMS), 4 su base regolare; 2 oppioidi deboli (gradino 2 della scala dell'OMS), di cui uno su base regolare. Complessivamente viene trattato con analgesici il 22,5% dei pazienti.

Nell'ultimo mese di vita, 37 pazienti (52,1%) hanno avuto un trattamento con antibiotici, 16 con tranquillanti (22,5%), 3 (4,2%) con antidepressivi. Dei pazienti a cui sono stati somministrati ansiolitici, per 6 in cartella veniva segnalata agitazione.

In 5 casi il paziente viene alimentato artificialmente

Tabella 2 - Sintomi riportati nel mese precedente il decesso.

Pazienti con sintomo	N.	%	Sintomo grave	
			N.	%
Incontinenza	46	64,8	27	58,6
Febbre	35	49,2	20	57,1
Lesioni da decubito	21	29,5	10	47,6
Dispnea	21	29,5	7	33,3
Dolore	15	21,1	11	73,3
Vomito	13	18,3	6	46,1
Edemi	12	16,9	4	33,3
Agitazione/irrequietezza	9	12,6	4	44,4
Aspirazione/soffocamento	7	9,8	–	–
Emorragia	6	8,4	1	16,6
Convulsioni	2	2,8	1	50,0
Altro	24	33,8	7	29,1

con PEG (per uno, impostata 90 gg prima del decesso) ed in un caso con SNG. Più elevato il ricorso all'idratazione: 47 pazienti (61,9%) vengono idratati artificialmente: 8 con ipodermoclisi e 34 per via endovenosa (per gli altri la via non era specificata). La durata della terapia endovenosa varia da 1 a 59 gg (mediana 12). In 20 casi non è stato possibile rilevare il dato per la mancanza di informazioni in cartella.

La pratica dell'idratazione artificiale è egualmente diffusa in tutte le RSA.

Solo un paziente viene ricoverato in ospedale per interventi chirurgici.

Cinquantacinque pazienti vengono contenuti con le spondine al letto (in 15 casi per motivi di sicurezza). In due RSA venivano contenuti con le spondine tutti i pazienti, nelle altre veniva segnalato sporadicamente. Solo in 5 casi viene segnalata la contenzione degli arti superiori ed in un caso l'uso della cintura addominale, sempre per motivi di sicurezza.

Al momento della morte due pazienti vengono sottoposti a trattamenti rianimatori.

Per 10 pazienti sono stati attuati interventi e terapie d'urgenza. Infatti 10 ricevono farmaci salvavita, 7 ossigenoterapia, 4 prelievi ematici, 3 ECG, 1 viene sottoposto a broncoaspirazione e 2 ad altri interventi.

I numeri sono molto esigui ma il ricorso a farmaci salvavita è concentrato in 4 RSA.

Non sono documentate in cartella direttive anticipate, ed il coinvolgimento della famiglia viene documentato in due sole occasioni.

DISCUSSIONE

Lo studio descrive l'ultimo mese di vita nei pazienti con demenza grave ricoverati in RSA. La popolazione in studio è molto anziana e le patologie concomitanti rispecchiano quelle di pazienti con demenza in altri studi (Brandt et al., 2005; Evers et al., 2002).

La qualità delle cartelle cliniche non era ottimale, infatti la causa di morte non è stata riportata per il 28% dei pazienti.

A differenza dello studio di Brandt et al. (2005), dove i principali sintomi erano debolezza generalizzata, problemi respiratori e sonnolenza e febbre, i principali sintomi/problemi riportati sono incontinenza, febbre, dispnea, lesioni da decubito. Altri sintomi comuni quali astenia o sopore sono stati riportati in pochissimi casi, probabilmente perché considerati caratteristiche della malattia, e pertanto situazioni attese.

FAST – FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGES

Stadio	Caratteristiche cliniche	Diagnosi clinica	MMSE (media)
1	Nessun deficit		20-30
2	Difficoltà soggettiva nella ricerca parole o nel richiamare la localizzazione di oggetti	Age Associated Memory Impairment (AAMI)	27-28
3	Deficit evidente in compiti complessi in ambiente di lavoro	Deficit neurocognitivo lieve	24
4	Richiede assistenza in compiti complessi	Malattia di Alzheimer MILD	19-20
5	Richiede assistenza nella scelta di abbigliamento adeguato	Malattia di Alzheimer moderata	15
6a	Richiede assistenza nel vestirsi	Malattia di Alzheimer moderatamente severa	9
6b	Richiede assistenza per lavarsi		8
6c	Richiede assistenza nell'uso dei servizi igienici		5
6d	Incontinenza urinaria		3
6e	Incontinenza fecale		1
7a	Capacità di eloquio limitata ad una decina di parole	Malattia di Alzheimer severa	0
7b	Una sola parola comprensibile		0
7c	Perdita della capacità di deambulare		0
7d	Perdita della postura seduta		0
7e	Perdita della capacità di sorridere		0
7f	Perdita della capacità di tenere dritto il capo		0

In 3 RSA per nessuno dei pazienti deceduti viene segnalato dolore, difficile da rilevare in questi pazienti, soprattutto in assenza di strumenti specifici di valutazione (Sentagen e King, 1993). Quando il dolore viene segnalato, il paziente viene trattato con analgesici.

Ci sono pochi dati sulla prevalenza di convulsioni (Mendez e Lim, 2003), ma la segnalazione di due soli casi sembra bassa. Probabilmente, il fatto di aver limitato l'osservazione all'ultimo mese di vita ha avuto come conseguenza una minor segnalazione di alcuni sintomi. Non sono stati raccolti i dati sui motivi per i quali vengono prescritti ansiolitici ed antidepressivi: naturalmente la prescrizione dipende dalle condizioni del paziente, anche se è difficile giustificarla in pazienti in fase di demenza così avanzata.

Il numero di pazienti con lesioni da decubito è abbastanza alto e paragonabile a quanto rilevato in altre RSA (Toscani et al., 2008). Mitchell et al. (2004a) hanno riportato che il 35% dei pazienti con demenza grave aveva lesioni da decubito. Anche se le lesioni potrebbero essere considerate un fenomeno scarsamente prevenibile in pazienti allettati, incontinenti, contenuti, la elevata prevalenza è preoccupante e richiederebbe interventi specifici.

Nell'ultimo mese di vita vengono segnalati interventi che potrebbero essere definiti inappropriati per un paziente in fase terminale (Ahronheim et al., 1996), in particolare l'alimentazione e l'idratazione per via endovenosa.

Il ricorso all'alimentazione artificiale è molto limitato rispetto ai dati di contesti internazionali (Monteleoni e Clark, 2004; Mitchell et al., 2003).

L'uso di antibiotici (52%) è in linea con quanto riportato in altri studi su pazienti in fase terminale (Mitchell et al., 2004a) e più basso rispetto a quanto rilevato nelle RSA della provincia di Cremona (73%, Toscani et al., 2008): non è possibile in base ai dati di questo studio esprimere alcuna valutazione di appropriatezza.

Le spondine vengono utilizzate sempre per la maggioranza dei pazienti: molto limitato, invece, il ricorso ad altre forme di contenzione, e probabilmente determinato dalla necessità di immobilizzare gli arti per la terapia endovenosa (Toscani et al., 2008). Non ci sono studi che descrivano l'uso dei mezzi di contenzione su pazienti in fase terminale: studi che valutano l'efficacia degli interventi formativi per la riduzione dell'uso della contenzione indicano che prima degli interventi formativi viene contenuto fino al 70% dei pazienti (Testad

et al., 2005). Il ricorso a mezzi di contenzione chimici e fisici potrebbe indicare una cattiva gestione del dolore (che molti pazienti manifestano con agitazione) o mancanza di personale.

Solo pochi pazienti vengono sottoposti a interventi salvavita o pratiche rianimatorie.

Non è semplice fare un commento sull'appropriatezza della gestione dei pazienti perché dipende da numerosi fattori: l'organizzazione, i desideri dei parenti, la cultura locale.

In ogni caso, il coinvolgimento dei parenti sembra essere l'eccezione: non solo le decisioni dovrebbero essere condivise con i parenti, ma devono essere anche registrate in cartella clinica.

Nonostante la prevalenza di alcuni trattamenti sia inferiore rispetto a quanto riportato in altri studi (Brandt et al., 2005; Testad et al., 2005; Moss et al., 2002) la responsabilità di introdurre nelle RSA una maggiore attenzione alle cure palliative non può essere responsabilità dei soli medici ed infermieri: occorre il coinvolgimento della famiglia e vanno trovati sistemi per raccogliere e tenere conto delle indicazioni/desideri dei pazienti.

La scarsità di dati di confronto italiani (e, in generale, nel contesto internazionale) sottolinea la necessità che le RSA diventino sempre di più un luogo di ricerca (Mitchell et al., 2006).

LIMITI DELLO STUDIO

I dati sono stati raccolti nell'ultimo mese di vita, ma non esiste un consenso sulla durata della fase terminale in questi pazienti, ed è possibile che alcune decisioni critiche siano già state prese. Solo raramente sulle cartelle ne vengono riportate le motivazioni.

BIBLIOGRAFIA

Ahronheim JC, Morrison RS, Baskin SA, Morris J, Meier DE. Treatment of dying in the acute care hospital. Advanced dementia and metastatic cancer. Arch Intern Med 1996;156:2094-100.

Bianchetti A, Zanetti O. Dipartimento di ricerca clinica per la Malattia di Alzheimer: una risposta ai problemi della demenza. Psichiatria Oggi 1991; 4:94.

Brandt HE, Deliens L, Ooms ME, van der Steen JT, van der Wal G, Ribbe MW. Symptoms, signs, problems, and diseases of terminally ill nursing home patients: a nation-wide observational study in the Netherlands. Arch Intern Med 2005;165:314-20.

Evers MM, Purohit D, Perl D, Khan K, Marin DB. Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia. *Psychiatric Services* 2002;53: 609-13.

McClendon MJ, Smyth KA, Neundorfer MM. Survival of persons with Alzheimer disease: caregiver coping matters. *Gerontologist* 2004;44(4):508-19.

Mendez M, Lim G. Seizures in elderly patients with dementia: epidemiology and management. *Drugs Aging* 2003;20:791-803.

Mitchell SL, Kiely DK, Hamel BH. Dying with advanced dementia in the nursing home. *Arch Intern Med*, 2004a 164:321-326.

Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB, Pak PS, Morris JN, Fries BE. Estimating prognosis for Nursing Home residents with advanced dementia. *JAMA*, 2004b;291:2734-40.

Mitchell SL, Kiely DK, Jones RN, Prigerson H, Volicer L, Teno JM. Advanced dementia research in the nursing home: the cascade study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2006;20:166-75.

Mitchell SL, Teno JM, Roy J, Kabumoto G, Mor V. Clinical and organizational factors associated with feeding tube use among nursing home residents with advanced cognitive impairment. *JAMA* 2003;290:73-80.

Morrison RS, Siu A. Survival in end-staged dementia following acute illness. *JAMA* 2000;284:47-52.

Monteleoni C, Clark E. Using rapid-cycle quality improvement methodology to reduce feeding tubes in patients with advanced dementia: before-after study. *BMJ* 2004;329:491-4.

Moss MS, Braunschweig H, Rubinstein RL. Terminal care for nursing home residents with dementia. *Alzheimer's Care Quart* 2002;3:233-46.

Office of Technology Assessment. Losing a million minds: confronting the tragedy of Alzheimer's disease and related dementias. Washington, US 1987.

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Ger Soc* 1975;23(10):433-41.

Sclan SG, Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. *Int Psychogeriatr* 1992;4 Suppl 1:55-69.

Sentagen EA, King SA. The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Ger Soc* 1993;41(5):541-4.

Somogyi-Zalud E, Zhong Z, Hamel MB, Lynn J. The use of life sustaining treatments in hospitalized persons aged 80 and older. *J Am Ger Soc* 2002; 50:930-4.

Temkin-Greener H, Mukamel DB. Predicting place of death in the program of All-Inclusive Care for Elderly (PACE): participant versus program characteristics. *J Am Ger Soc* 2002;50:125-35.

Testad I, Aasland AM, Aarsland D. The effect of staff training on the use of restraints in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *J Geriatr Psychiatry* 2005;20:587-90.

Toscani F, Di Giulio P, Villani D, Brunelli C, Gentile S, Spadin P. Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study. *Accepted J Pall Care*, 2008.

Trabucchi M. Le demenze. IV edizione. UTET Ed. Torino 2005:13-19.

Van der Steen JT, Kruse RL, Ooms ME, Ribbe MW, van der Wal G, Heintz LL, Mehr D. Treatment of Nursing Home residents with dementia and lower respiratory tract infection in the United States and Netherlands: an ocean apart. *J Am Ger Soc* 2004;52:691-9.

Ventafriida V, Tamburini M, Caraceni A et al. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 1987;59:851-6.

World Bank. World Development Report 1993. New York, Oxford University Press, 1993.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano i responsabili delle seguenti RSA Torinesi: Istituto Carlo Alberto, Istituto di Riposo per la vecchiaia, Residenza "Le Terrazze", Residenza "5 Torri", Residenza per gli anziani "Anni Azzurri", Convitto Principessa Felicita di Savoia, RSA "A. Ballestrero", Senior Residence e Residenza Principe Oddone per aver messo a disposizione i dati per lo studio.

Questo studio è stato possibile grazie al finanziamento Progetti di Ricerca Finalizzata della Regione Piemonte (Bando 2004).

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



CIC Edizioni Internazionali

Volume brossurato
di 554 pagine
f.to cm 12x19
€ 50,00



La valutazione della soddisfazione degli operatori in RSA

Anna Castaldo

Ufficio Formazione e Qualità, Provincia Religiosa di S. Marziano di Don Orione - Piccolo Cottolengo, Milano

La soddisfazione del personale (*job satisfaction*) è un tema cruciale nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie nelle quali il capitale umano rappresenta la risorsa principale. Queste strutture sono caratterizzate dal fatto che forniscono un servizio (che ben si differenzia dalla produzione dei beni) in cui sono presenti contenuti tecnici e relazionali, per cui la qualità dei servizi dipende solo in parte dalla struttura e dalla sua organizzazione, ma è principalmente legata alle capacità, alla motivazione e agli strumenti utilizzati dagli operatori.

La soddisfazione del personale, come testimonia la letteratura (Karsh et al., 2005; Li Fan, 2007), è spesso collegata alla qualità percepita dagli utenti (*customer satisfaction*) ed in particolare dalle persone assistite nei setting di lungodegenza, come le residenze sanitarie assistenziali (RSA), in cui lo staff ha una relazione profonda e prolungata con i residenti (e i loro familiari). D'altra parte le prestazioni assistenziali erogate in tali servizi richiedono delle elevate competenze relazionali e un minor impiego di risorse tecnologiche/strumentali rispetto ai setting per acuti. Se si pensa poi che le RSA accolgono persone che, nella maggior parte dei casi, hanno dei deficit cognitivi e non possono esprimere la loro opinione, allora è evidente che, per assicurare la qualità del servizio, debbano essere conseguentemente garantiti anche alti livelli di soddisfazione degli operatori impegnati nell'assistenza continua. Il legame tra la soddisfazione dei residenti e del personale implica un approccio olistico che include necessariamente un continuo monitoraggio della soddisfazione di entrambi; monitoraggio che è peraltro indicato come un requisito organizzativo che le RSA della Lombardia devono avere per ottenere e mantenere l'accreditamento (DGR 7435/01).

La misurazione della soddisfazione rappresenta la condi-

zio *sine qua non* è possibile trattare eventuali criticità organizzative; infatti, la conoscenza degli aspetti lavorativi meno "soddisfacenti" può condurre gli amministratori, a sviluppare e implementare strategie efficaci per migliorare la soddisfazione del personale e il livello di performance organizzativa, in un'ottica più generale di miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Tuttavia, non è semplice analizzare la soddisfazione del personale nella sua totalità in quanto basata su una struttura multidimensionale complessa. Non esistono, al momento, strumenti onnicomprensivi, universali e metodologicamente validi per tutti i setting. È evidente che più uno strumento è orientato da una teoria e riflette le caratteristiche specifiche di un servizio e delle persone che vi operano, più esso può essere valido, cioè in grado di misurare ciò che serve. Nella Tabella 1 sono illustrati gli strumenti e i fattori analizzati in alcuni studi sulla soddisfazione del personale delle *nursing homes* (equivalenti alle nostre RSA). La letteratura evidenzia che la soddisfazione lavorativa dipende da una varietà di fattori (Karsh et al., 2005; Hannan et al., 2001; Allensworth-Davies et al., 2007; Grau et al., 1991; Lapane e Hughes, 2007; Castle, 2007) enucleabili nelle seguenti categorie:

- **Condizioni socio-demografiche** (età, sesso, etnia, locazione, istruzione, stato civile e familiare, supporto sociale e familiare) e **personali** (full/part time, anzianità di servizio).
- **Caratteristiche del lavoro** (autonomia, livello di responsabilità, chiarezza del ruolo e degli obiettivi/ compiti di lavoro, conflitti di ruolo).
- **Caratteristiche organizzative e ambiente di lavoro** (clima organizzativo, formazione, carico di lavoro, supervisione, stili di leadership, relazione e comunicazione con i leader, supporto, riconoscimento e apprezzamenti dei manager; imparzialità delle valutazioni, orari

Tabella 1 - Studi sulla job satisfaction nei setting assistenziali a lunga permanenza.

Autori	Strumento	Domini/fattori di Job satisfaction	Tipologia di operatori Setting	Risultati principali Aspetti con minore soddisfazione
Castle (2007) e Castle et al. (2007)	Nursing home Nurse aide Job Satisfaction Questionnaire (NHNA-JSQ) 22 items	Contenuti lavorativi (<i>complessità e obiettivi</i>) Relazioni con i colleghi Supporto lavorativo (<i>risorse, richieste</i>) Qualità dell'assistenza erogata Formazione (<i>conoscenze/competenze per il lavoro</i>) Carico di lavoro Retribuzione (<i>paga, promozioni, carriera</i>)	1.579 operatori assistenziali di 72 nursing homes (RSA) degli Stati Uniti certificate con il servizio Medicare e Medicaid ¹	Retribuzione Carico di lavoro Formazione
Castle et al. (2006)	Job Description Index	Lavoro in generale Retribuzione e ricompense Possibilità di promozioni Supervisione dei superiori Relazioni con i colleghi	Infermieri e operatori assistenziali di due nursing homes della Pennsylvania	Retribuzione Relazioni con i superiori Opportunità di promozione
Chou et al. (2002)	Measure of Job satisfaction ² 22 items	Soddisfazione personale Carico di lavoro Spirito di gruppo Addestramento Supporto professionale	Operatori assistenziali, infermieri, terapisti, manager e direttori infermieristici di 70 nursing homes in Australia	Lo strumento aveva una buona consistenza interna (Cronbach's α : 0.86-0.95)
Grant et al. (2007) My Innerview	Sviluppato dai ricercatori sulla base della letteratura esistente e degli esiti derivanti dai focus group e dalle interviste con le diverse categorie di lavoratori 21 items	Formazione Ambiente di lavoro Supervisione Management (<i>ascolto/supporto degli amministratori</i>) Soddisfazione complessiva (<i>la misura in cui il personale raccomanda la struttura come un buon luogo di assistenza e come un buon posto per lavorare e la misura in cui il personale è globalmente soddisfatto della struttura</i>)	106.858 lavoratori (operatori assistenziali, infermieri, amministratori, addetti ai servizi generali, ecc.) di 1.933 nursing homes di tutti gli Stati Uniti (ad eccezione dell'Alaska)	Formazione Management

¹ Il Medicare e il Medicaid corrispondono approssimativamente al nostro servizio sanitario e sociale nazionale. I contributi socio-sanitari sono indirizzati alle fasce deboli e agli anziani.

² Il questionario, inizialmente ideato per il personale delle comunità assistenziali e costituito da 37 items, fu testato, in termini di struttura fattoriale, validità e attendibilità, per la valutazione della soddisfazione del personale delle nursing homes.

e programmi di lavoro, sicurezza sul lavoro, disponibilità delle risorse/attrezzature, flusso di informazioni; processi di qualità, burocrazia).

- **Relazioni interpersonali e feedback** (relazioni con i colleghi, utenti e familiari, coesione nel gruppo di lavoro, riconoscimento degli utenti/familiari).
- **Retribuzione e possibilità di carriera** (ricompense, indennità, incentivi non economici, promozioni).

Le categorie succitate sembrano convalidare la teoria igiene-motivazione di Herzberg (1966) che evidenzia gli elementi "insoddisfattori", definiti fattori igienici o di

mantenimento, e gli eventi determinanti la soddisfazione al lavoro, denominati fattori motivanti (Tab. 2). I fattori motivanti inducono la soddisfazione al lavoro per i bisogni di crescita psicologica, di realizzazione e di auto-realizzazione, ma contribuiscono molto poco all'insoddisfazione lavorativa. Viceversa i fattori igienici contribuiscono molto poco alla soddisfazione lavorativa ma la loro presenza è necessaria al fine di mantenere un livello "ragionevole" di non insoddisfazione. Essi sono estrinseci al contenuto della prestazione lavorativa e ai risultati, per cui non possono agire sulla crescita personale.

Tabella 2 - I fattori igienici e motivanti.

Fattori igienici	Fattori motivanti
La politica e l'amministrazione aziendale	Il raggiungimento di risultati significativi di lavoro
La supervisione	Il riconoscimento dei risultati raggiunti
I livelli retributivi	La natura intrinseca del lavoro
Le relazioni interpersonali (con i pari, i subordinati e i superiori)	I livelli di responsabilità
La sicurezza sul lavoro	Promozione e avanzamento professionale
Fattori legati alla vita personale	
Le condizioni di lavoro	

Tuttavia, tra le varie categorie di personale possono esservi differenze significative, nel senso che i fattori, maggiormente determinanti la soddisfazione lavorativa, possono variare anche in base alle caratteristiche delle figure professionali.

Nell'indagine condotta dalla *MyInnerview* (Grant et al., 2007) è emerso che gli operatori assistenziali e gli infermieri hanno un minor livello di soddisfazione complessiva rispetto alle altre categorie di lavoratori, mentre gli amministratori e i direttori infermieristici mostrano maggiori livelli di soddisfazione. Ciò è molto significativo per le nostre RSA in quanto si avvalgono principalmente di personale assistenziale (ausiliari socio assistenziali e operatori socio sanitari) e, seppure in misura minore, di operatori sanitari (infermieri, fisioterapisti, ecc.).

La retribuzione è un elemento di soddisfazione maggiormente determinante per gli operatori assistenziali rispetto agli infermieri (Castle et al., 2006; Li-Fan, 2007). Nello studio di Lapane e Hughes (2007) gli infermieri riportano un maggiore stress per i conflitti con i colleghi, per le interruzioni continue durante lo svolgimento delle attività assistenziali, per la responsabilità degli esiti clinici dei pazienti, per le indicazioni date da professionisti non sanitari "su come fare il loro lavoro". Invece, per gli operatori assistenziali le condizioni più stressanti sono la mancanza di informazioni adeguate sulle condizioni dei pazienti e il non essere riconosciuti come veri e propri professionisti sanitari. Gli aspetti meno soddisfacenti comuni, riportati da entrambe le figure, sono l'insufficienza di personale, alti carichi di lavoro e basse retribuzioni.

Le motivazioni che hanno sollecitato, e tuttora stimolano la ricerca della soddisfazione del personale su larga scala, sono spesso legate all'elevato turnover degli operatori assistenziali e alla scarsa capacità di tali organizzazioni di trattenerli (*retention*). Il fenomeno del turnover, legato soprattutto alla carenza infermieristica, già negli

anni '80 ha dato origine ad una continua ricerca volta ad individuare le caratteristiche delle organizzazioni sanitarie di successo in grado di fidelizzare gli infermieri (e non solo loro). Tali organizzazioni sono state definite "magnete" per la loro capacità di attrarre e trattenere gli infermieri ed essere considerate dei "buoni posti di lavoro" (Bulgarelli et al., 2006) sulla base di alcune caratteristiche organizzative:

- elevato supporto organizzativo all'assistenza infermieristica;
- autonomia degli infermieri;
- supporto dalla leadership infermieristica;
- buona comunicazione interprofessionale;
- cultura organizzativa orientata al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- formazione continua e sviluppo professionale.

D'altra parte il turnover è noto essere un problema che riguarda anche il personale dei servizi assistenziali a lunga permanenza (*long term care*) con delle ripercussioni in termini economici diretti (costi di reclutamento, addestramento, inserimento...) e indiretti sulla qualità dell'assistenza erogata. I risultati di diversi studi (Gleason et al., 1999; Hannan et al., 2001; Karsh et al., 2005; Robinson e Pillemer, 2007; Castle et al., 2007; Grau et al., 1991) hanno dimostrato che la performance lavorativa (in particolare quella affettiva) e la soddisfazione del personale possono essere degli indicatori predittivi dell'intenzione di lasciare il lavoro e del turnover. La qualità del clima organizzativo, le forme di incentivazione e le relazioni interpersonali sembrano essere maggiormente determinanti per la fidelizzazione istituzionale degli operatori assistenziali (Grau et al., 1991; Robinson e Pillemer, 2007).

Una delle problematiche attuali in materia di soddisfazione lavorativa è rappresentata dalla multiculturalità, visto che nelle RSA italiane, e nella fattispecie lombarde, il personale di origine straniera, o comunque provenien-

te da altre culture, sta diventando negli anni sempre più numeroso. Le differenze culturali possono generare conflitti e problemi di comunicazione che, a loro volta, possono influenzare i processi lavorativi e la performance dei lavoratori e, di conseguenza, "impattare" sia sulla qualità dell'assistenza erogata sia sulla soddisfazione del personale. A tal proposito la ricerca di Allensworth-Davies et al. (2007) ha rilevato che la percezione della competenza culturale organizzativa³ e l'autonomia sono dei forti indicatori della soddisfazione tra gli operatori assistenziali; all'aumento degli uni si verifica un aumento dell'altra. Tra gli elementi della competenza culturale più determinanti per gli operatori delle differenti etnie emerge il comfort dell'ambiente lavorativo.

Particolarmente interessante è l'associazione tra la percezione della qualità da parte del personale e la loro soddisfazione. Coloro che ritengono di fornire un'assistenza di alta qualità hanno anche un elevato livello di soddisfazione lavorativa (Castle et al., 2006). Ciò può significare che i progetti di miglioramento della qualità possono avere un impatto positivo sul morale del personale ma anche, all'opposto, che il personale più insoddisfatto potrebbe fornire un'assistenza di scarsa qualità ai residenti.

Infine, la soddisfazione lavorativa sembra essere associata anche ai modelli organizzativi ed assistenziali utilizzati nella pratica. Ad esempio, il personale che lavora nelle unità specialistiche dedicate all'assistenza delle persone con demenza (nuclei Alzheimer) presenta maggiori livelli di soddisfazione rispetto ai colleghi che lavorano nelle unità residenziali tradizionali. I benefici sembrano derivare principalmente dalle relazioni interpersonali positive che gli operatori instaurano con i colleghi, i supervisori, i pazienti e i familiari (Robinson e Pillemer, 2007). Abbastanza similmente per il personale assistenziale è maggiormente motivante (Burgio et al., 2004) seguire stabilmente un gruppo di pazienti, rispetto ad un modello basato sulla rotazione irregolare.

BIBLIOGRAFIA

Allensworth-Davies D, Leigh J, Pukstas K, Geron SM, Hardt E, Brandeis G, Engle RL, Parker VA. Country of origin and race-ethnicity: Are there differences in perceived organizational cultural competency and job satisfaction among nursing assistants in long-term care? *Health Care Management Review*. October/December 2007;32(4):321-329.

Bulgarelli G, Cerullo F, Chiari P, Ferri P, Taddia P. Caratteristiche delle organiz-

zazioni sanitarie di successo. Gli "Ospedali magnete", *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2006;25(1):29-34.

Burgio LD, Fisher SE, Fairchild JK, Scilley K, Hardin JM. Quality of Care in the Nursing Home: Effects of Staff Assignment and Work Shift, *The Gerontologist*, 2004;44(3):368-377.

Castle NG, Degenholtz H, Rosen J. Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC Health Serv Res*. 2006 May; 24;6:60

Castle NG. Assessing job satisfaction of nurse aides in nursing homes: the Nursing Home Nurse Aide Job Satisfaction Questionnaire, *Journal of Gerontological Nursing*, 2007 May; 33(5):41-7.

Castle NG, Engberg J, Anderson R, Men A. Job Satisfaction of Nurse Aides in Nursing Homes: Intent to Leave and Turnover, *The Gerontologist* 2007; 47(2):193-204.

Chou SC, Boldy DP, Lee AH. Measuring job satisfaction in residential aged care, *Int J Qual Health Care*. 2002 Feb; 14(1):49-54.

Gleason-Wynn P, Mindel CH. A Proposed Model for Predicting Job Satisfaction Among Nursing Home Social Workers, *Journal of Gerontological Social Work*, 1999;32(3):65-79.

Grant LA, Hernandez M, Davern M, Tellis Nayak V, Hu A, Lewerenz E. 2006 National Survey of Nursing Home Workforce Satisfaction, My InnerView Inc., June 2007.

Grau L, Chandler B, Burton B, Kolditz D. Institutional Loyalty and Job Satisfaction among Nurse Aides in Nursing Homes, *Journal of Aging and Health*, 1991;3(1):47-65.

Hannan S, Normann JJ, Redfern SJ. Care work and quality of care for older people: a review of the research literature. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2001; 11:189-203.

Herzberg F. *Work and the nature of man*. Ohio World, Cleveland, 1966.

Karsh B, Booske BC, Sainfort F. Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover, *Ergonomics*, 15 August 2005;48(10):1260-1281.

Lapane KL, Hughes CM. Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes, *Journal American Medical Directors Association*, 2007 Jan; 8(1):8-13.

Li-Fan L. Job Satisfaction of Certified Nursing Assistants and Its Influence on the General Satisfaction of Nursing Home Residents: An Exploratory Study in Southern Taiwan, *Geriatric Nursing* 2007;28(1):54-62.

Robison J, Pillemer K. Job Satisfaction and Intention to Quit Among Nursing Home Nursing Staff: Do Special Care Units Make a Difference?, *Journal of Applied Gerontology*, 2007;26(1):95-112.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Calamandrei C. La soddisfazione degli infermieri in relazione alla soddisfazione dei pazienti, *Management Infermieristico* n. 3/2000; 26-32.

Giroto G, Giroto E, Marangon L, Zattarin A. Il turnover degli infermieri, *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 2006;25(1):46-50.

Cherry B, Ashcraft A, Owen D. Perceptions of Job Satisfaction and the Regulatory Environment Among Nurse Aides and Charge Nurses in Long-Term Care, *Geriatric Nursing*, 28(3):183-192.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

DGR n. 7435 del 14 dicembre 2001 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (RSA)".

³ In questo studio la competenza culturale organizzativa è definita come un insieme di capacità, atteggiamenti e comportamenti e politiche che consentono alle organizzazioni e allo staff di lavorare efficacemente in una situazione interculturale.

Cosa c'è di geriatrico nella riabilitazione geriatrica?

La peculiarità dell'attività riabilitativa in geriatria

Antonio Guaita

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

PREMESSA

In Lombardia è stata istituita (DGR n.VII/19883 del 16 dicembre 2004) una tipologia riabilitativa chiaramente definita come "geriatrica" che conta 1.700 posti letto e 850 posti di day hospital. La maggioranza di questi letti si trova in istituzioni non ospedaliere, soprattutto ex IPAB oggi ASP o Fondazioni, gestite da geriatri, una situazione che la Lombardia condivide con esperienze internazionali: ad esempio, negli USA il numero degli anziani ricoverati in riabilitazione extra ospedaliera fra il 1989 e il 1996 è passato da 0,6 milioni di ricoveri a 1,1 milioni, e la spesa per il settore da 2,8 miliardi di dollari a 11,3 (Johnson et al., 2000). Molti geriatri si trovano così ad operare in campo riabilitativo, e spesso non come neofiti, ma con anni di esperienza alle spalle. Può essere perciò utile sollecitare contributi e dibattiti sul tema dal momento che, come geriatri, né pensiamo di essere onnipotenti, né pensiamo di non avere nulla da dare o da dire su questo tema. La "medicina funzionale", secondo Gadamer (Gadamer, 1994) in molti modi diversa dalla "medicina della struttura", non può essere di proprietà esclusiva di nessuna specialità medica, anche se riconosciamo la specifica e prioritaria competenza dei colleghi fisiatri in molti campi di questa medicina. Realizzare questa integrazione di saperi, trasformare i potenziali conflitti in fruttuosa collaborazione, è un obiettivo possibile e utile per i nostri pazienti. Per questo vogliamo approfondire e aprire il nostro pensiero su ciò che riteniamo sia peculiare dell'attività riabilitativa per gli anziani.

Tesi di Guaita: l'intervento riabilitativo geriatrico è vantaggioso quando riguarda i casi in cui la patologia invalidante si iscrive in un contesto di fragilità "compatibile".

PUNTI RILEVANTI

L'attività di riabilitazione in campo geriatrico pone problemi peculiari, sia di tipo concettuale che di tipo pratico-metodologico, per la necessità di rispondere a una nuova qualità di bisogni che la popolazione anziana pone alla riabilitazione. In sintesi queste nuove "domande" sono:

- le diverse caratteristiche di contesto in cui si inserisce la disabilità, temporanea o permanente: riduzione della riserva funzionale di organi, apparati e funzioni, cioè la "fragilità" (Ferrucci e Marchionni, 2001);
- la diversa capacità e attitudine del sistema sociale di riferimento: la rete (IRER, 2000);
- la diversa motivazione psicologica al recupero funzionale, quindi desiderio di aiuto oltre che desiderio di autonomia;
- le diverse caratteristiche del rapporto fra disabilità e malattia: la comorbosità (Ferrari et al., 2002);
- il perdurare della malattia causa di disabilità, che quindi non è una "sequela" invalidante, ma una delle espressioni sintomatologiche della malattia/e di base (ICF, 2008);
- le diverse caratteristiche della disabilità stessa, soprattutto la rilevanza della cosiddetta disabilità progressiva rispetto alla "disabilità catastrofica" (Ferrucci e Guralnik, 1996);
- il problema delle funzioni psichiche, come la depressione, il delirium e la demenza (Givens et al., 2008).

Sono aspetti sostanziali che mutano il quadro dell'approccio riabilitativo, oppure, se non vengono adeguati strumenti e metodi di intervento, condannano una fet-

ta consistente della popolazione anziana a non avere le risposte riabilitative di cui avrebbe bisogno (non cedono alla riabilitazione perché “ancora malati”, “troppo fragili”, “hanno deficit cognitivi”, ecc.). La riflessione su questi aspetti porta a riformulare gli obiettivi dei reparti riabilitativi geriatrici, proponendoci tre obiettivi principali su cui misurare efficienza e efficacia della riabilitazione geriatrica:

1. Recupero funzionale e promozione della riserva funzionale: non servono molte spiegazioni, è l'obiettivo tradizionale della riabilitazione, con una aggiunta “geriatrica” sulla riserva funzionale (diminuire cioè la fragilità), che riguarda soprattutto il day hospital.

2. Ritorno a casa: ricostruire la possibilità di vivere al meglio nel proprio domicilio, evitando l'istituzionalizzazione. Accettare questo obiettivo significa attrezzare in modo multidisciplinare le equipe riabilitative, sia includendo figure sociali, sia sviluppando nei riabilitatori, accanto agli strumenti tradizionali di valutazione, anche la valutazione delle reti di relazioni e la valutazione dello spazio fisico e di vita della persona anziana. Significa anche accettare che il compito della riabilitazione non è solo quello di modificare in meglio la prestazione del malato, ma anche di modificare l'ambiente in funzione delle prestazioni non recuperate. Questo ha larga parte, come è facile immaginare, nel ritorno a casa dei malati con demenza (Colombo et al., 1998).

3. Stabilizzazione clinica: è il settore più nuovo, ma anche più “debole” delle nostre valutazioni. L’“instabilità”, infatti, è un elemento poco misurato (poco misurabile?) ma cruciale ad esempio per definire lo “stress” del caregiver. Secondo dati della provincia di Milano, in una ampia ricerca sui caregiver di oltre 300 anziani disabili (Facchini, 2006) i valori medi di stress si presentano più alti non nei più disabili e dove sono necessari più interventi, ma nelle situazioni dove tale intervento non è prevedibile e programmabile. La conseguenza di ciò è che non si può più stabilire un rapporto lineare fra grado di disabilità motoria, bisogno e quantità/qualità della risposta. L'instabilità clinica per lo più viene identificata con la gravità e frequenza dei disturbi clinici, in pratica con la comorbidità o con altri criteri mutuati dalla malattia acuta (Halm et al., 2002), oppure a posteriori con gli “ACEs” (Adverse Clinical Events) (Bernardini et al., 1993) ma non vi è, a tutt'oggi, una definizione operativa effettivamente soddisfacente.

PER ULTERIORE COMMENTO E CHIARIMENTO

Le situazioni a preminenza geriatrica sono quelle con problemi multipli, interattivi e simultanei; sono quelle in cui la prognosi *quoad vitam* si confonde con quella *quoad valetudinem*; sono quelle in cui la risoluzione dei fattori contestuali è più importante rispetto all'evento scatenante la disabilità per conseguire dei risultati funzionali. Nei pazienti geriatrici l'andamento del miglioramento è globale ed estremamente interattivo: se migliora il *Barthel Index* migliora la CIRS (*Cumulative Illness Rating Scale*: una scala di comorbidità validata anche per le situazioni di cura a lungo termine) e viceversa, per cui l'intervento sulle malattie e sul recupero funzionale vanno di pari passo (Porta, 2006/2007). L'andamento delle “sindromi geriatriche”, così spesso presenti nelle fasi post acute degli anziani (incontinenza, delirium, cadute, malnutrizione, depressione, la fragilità come sindrome) è un potente fattore condizionante l'outcome riabilitativo. Il 45% dei ricoverati in riabilitazione del Medicare negli USA ha diagnosi “non usuali”, in cui le componenti internistiche e psichiche hanno una rilevanza di primo piano nel processo riabilitativo (Johnson et al., 2000).

I servizi riabilitativi devono quindi avere in sé la capacità di rimettere in discussione il percorso che porta dalla malattia alla perdita del benessere e dell'autonomia, non affidandosi solo “alla palestra” sulle conseguenze dei processi patologici, ma con la capacità di rimettere in discussione la stessa patologia e il suo impatto disabilitante (ri-classificazione della gravità dei disturbi e dei problemi alla luce del recupero funzionale, riduzione al minimo delle fasi di immobilizzazione, e del “tenere a letto”, rivalutazione nutrizionale degli aspetti energetico disperdenti della maggior parte degli scompensi, rivalutazione degli effetti benefici del movimento anche in fase di scompenso, terapia del dolore e di ogni altro possibile malessere magari non mortale ma certo grave per la funzione, necessità di evitare restrizioni incongrue di ogni attività, ecc.).

A questo proposito, può essere utile confrontare due definizioni di riabilitazione:

“La riabilitazione è l'applicazione di tecniche e metodiche che, tenendo conto dello stato clinico del paziente con le sue singole o plurime componenti patologiche, sono rivolte a recuperare uno stato funzionale compromesso da un unico evento o da più eventi concomitanti ed identificabili (oppure a evocare abilità

SPUNTI DI DIBATTITO

e competenze non comparse o in ritardo rispetto allo sviluppo cosiddetto fisiologico)" (DGR n.VII/19883 del 16 dicembre 2004).

La riabilitazione consiste in: "...Massimizzare la capacità di mantenere ruolo e autonomia nel proprio ambiente con i limiti imposti dalla patologia, dal danno funzionale e dalle risorse disponibili... aiutare la persona ad adattarsi al meglio per ogni differenza fra capacità raggiunta e desiderata..." (Wade, 1992).

La relativizzazione degli obiettivi, questo "aiutare ad adattarsi" non è una scelta impotente, ma corrisponde perfettamente al ripensamento che la medicina deve fare di fronte alle situazioni che non consentono una risoluzione completa: "Qual è il significato del grande rilievo assunto dalla malattia cronica nella medicina moderna? Qui l'uomo deve evidentemente imparare ad accettare l'infermità e a vivere con il suo male, almeno nella misura in cui esso lo consente" (Gadamer, 1994). Allo stesso modo, qui, "imparare ad accettare" implica un processo attivo che deve necessariamente essere fatto di tante cose, anche se abbandona il sogno impossibile della "restituito ad integrum" e invita a scoprire o a costruire nuovi equilibri: la malattia cronica, come l'invecchiamento, ci obbliga a vedere il processo di cura all'interno del processo biologico che, come la fisica termodinamica, ha una direzione. La cura non è ritorno al passato ma costruzione del miglior futuro possibile. Nel lavoro di Johnson, già citato (Johnson et al., 2000), sui risultati conseguiti negli anziani in termini funzionali, a seconda delle diagnosi si vede come diagnosi medico chirurgiche, che in altre popolazioni sarebbero da considerare "improprie", in realtà negli anziani mostrino percentuali di recupero funzionale simili alle classiche "emiplegia" e "frattura di femore". Ancora, in una analisi successiva si è visto come anche il deficit cognitivo non costituisce di per sé un ostacolo al recupero funzionale, caso mai condiziona una maggior lentezza nel raggiungimento degli stessi livelli di efficacia riabilitativa (Colombo et al., 2004). Insomma, per molti anziani guarire dalla malattia non significa necessariamente recuperare la salute, per cui occorre che, di fronte alla disabilità da evento acuto o progressivo, non ci si rassegni ad una soluzione solo assistenziale, ma si rilanci un progetto "geriatrico" di miglioramento insieme clinico e funzionale. Il mondo della riabilitazione deve trasformare una parte consistente del suo modo di operare se vuole pagare

il debito che ha contratto con la salute degli anziani, non negando l'intervento in nessuna delle fasi della storia naturale delle malattie croniche e invalidanti; la preminenza dell'intervento riabilitativo va riservata alla fase in cui è possibile un miglioramento ma, con ruolo di "seconda fila", vanno costruiti interventi di supporto sia alla prevenzione che alla gestione protettiva della disabilità cronica non recuperabile.

BIBLIOGRAFIA

Bernardini B, Meinecke C, Zaccarini C, Bongiorni N, Fabbrini S, Gilardi C, Bonaccorso O, Guaita A. Adverse Clinical Events in Dependent Long Term Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:105-11.

Colombo M, Vitali S, Molla G, Gioia P, Milani M. The home environment modification program in the care of demented elderly: some examples. *Arch Gerontol Geriatr* 1998;suppl 6:83-90.

Colombo M, Guaita A, Cottino M, Previderè G, Ferrari D, Vitali S. The impact of cognitive impairment on the rehabilitation process in geriatrics. *Arch Gerontol Geriatr Suppl* 2004;9:85-92.

DGR n.VII/19883 del 16.12.2004 "Riordino della rete delle attività di riabilitazione", Regione Lombardia 2004.

Facchini C. Il lavoro di cura tra condivisione e solitudine (rapporto di ricerca) Provincia di Milano, 2006.

Ferrari D, Cottino M, Colombo M, Previderè G, Giorgi S, Gandolfi C, Salò S, Gornati R, Rustea B, Guaita A. Severità clinica e comorbidità: cosa significano nella riabilitazione geriatrica. *G Gerontol* 2002;50:168.

Ferrucci L, Guralnik JM. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *J Gerontol Med Sci* 1996;51A:M123-6.

Ferrucci L, Marchionni N. L'anziano fragile *G Gerontol* 2001;49 (supplemento al n. 11):14-7.

Gadamer HG. Dove si nasconde la salute? Cortina, Milano 1994.

Givens JL, Sanft TB, Marcanonio ER. Functional recovery after hip fracture: the combined effects of depressive symptoms, cognitive impairment, and delirium. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1075-9.

Halm EA, Fine MJ, Kapoor WN, Singer DE, Marrie TJ, Siu AL. Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia. *Arch Intern Med* 2002;162:1278-84.

ICF <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (accesso: luglio 2008).

IRER. Anziani: stato di salute e reti sociali: un'indagine diretta sulla popolazione anziana della Lombardia. Guerini e Associati, Milano 2000.

Johnson FM, Kramer AM, Lin MK, Kowalsky JC. Outcomes Of Older Persons Receiving Rehabilitation For Medical And Surgical Conditions Compared With Hip Fracture And Stroke. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1389-97.

Porta A. Peso prognostico della situazione clinica e cognitiva sul recupero funzionale, negli anziani in degenza riabilitativa geriatrica post ospedaliera. Tesi di specialità in Geriatria, anno accademico 2006-2007, Università Statale di Milano.

Wade DT. Stroke: rehabilitation and long-term care. *Lancet* 1992;339:791-3.

Cosa c'è di geriatrico nella riabilitazione geriatrica? *Ovvero una geriatria nella riabilitazione che c'è ma cova sotto la cenere*

Daniele Villani

Fondazione Sospiro, Cremona

Forse è banale, ma partire da una definizione è sempre rassicurante quando si deve scrivere di qualche argomento. E dunque, la riabilitazione geriatrica è "l'insieme di procedure valutative, diagnostiche e terapeutiche il cui scopo è di ristabilire l'autonomia funzionale e di valorizzare le capacità funzionali residue negli anziani affetti da disabilità" (*Boston Working Group on improving health care outcomes through geriatric rehabilitation*, 1997).

Una definizione come questa, analoga ad altre nei contenuti, chiarisce bene il mandato della riabilitazione geriatrica: si tratta di valutare, diagnosticare, curare un anziano al fine di restituirgli l'autonomia funzionale che aveva, o quanto meno di utilizzare al meglio la quota di autonomia funzionale che gli è rimasta. Se però scorriamo la non vasta letteratura scientifica dedicata all'argomento, sorgono alcune domande e ci accorgiamo che la strada da percorrere prima di arrivare a un preciso inquadramento della riabilitazione geriatrica, sia sul piano clinico/metodologico che su quello normativo/amministrativo, è ancora molta. Mi sembra di potere individuare tre temi che, tra loro strettamente connessi, richiedono un approfondimento.

Il malato anziano complesso: a fronte di un compito così ampio (ristabilire l'autonomia funzionale, valorizzare le capacità funzionali residue, anziani affetti da disabilità) sembra che la nostra attenzione si sia concentrata principalmente, a volte esclusivamente, su alcune condizioni ben precise indotte da una malattia o da un evento traumatico come la frattura di femore, l'ictus, l'infarto miocardico, ecc. Si tratta di condizioni che appartengono *tout court* alla riabilitazione. Certamente

l'anziano colpito da frattura, ictus, infarto, presenterà, rispetto al giovane/adulto, maggiori complessità (la scarsa efficienza motoria premorbosa, il deterioramento cognitivo, l'assenza di un nucleo familiare, la malnutrizione, ecc.); tuttavia, magari con un plus di impegno riabilitativo/assistenziale rispetto alle età più giovani, e soprattutto con la capacità, tipica di chi lavora in geriatria, di comunicare con pazienti cosiddetti *non collaboranti*, l'ambito di intervento di questo tipo di riabilitazione, che per la Regione Lombardia si configura come riabilitazione specialistica (DGR 16 dicembre 2004), è piuttosto intuitivo e codificato, così nell'adulto come nell'anziano.

Ma il tipico malato anziano, quello che vediamo tutti i giorni nei setting più disparati (ambulatorio, RSA, riabilitazione, ospedale), il malato con una lunga serie di malattie intersecate da problemi familiari e sociali, con uno scompenso multiorgano scatenato magari da un evento banale, e al quale molto spesso riusciamo a "ristabilire l'autonomia funzionale e valorizzare le capacità funzionali residue", questo malato che fine ha fatto (Covinsky et al., 2003)? Il malato anziano complesso, costoso soprattutto sul piano assistenziale, fragile e con rete sociale debole o inesistente (ma spesso riabilitabile!) dove si colloca? Gli standard assistenziali e le tariffe previste per questo tipo di riabilitazione consentono un intervento efficace?

La disabilità intellettiva: si parla di "disabilità", ma sembra che l'interesse sia principalmente rivolto alle disabilità fisiche; eppure, visto che l'età media dei clienti della riabilitazione geriatrica supera in genere gli 80 anni, è largamente prevedibile quello che di fatto acca-

SPUNTI DI DIBATTITO

de, e cioè che la disabilità sia fisica, ma anche cognitiva-comportamentale-psichiatrica (basti pensare alla demenza, alla depressione, al delirium). Forse questi anziani non sono suscettibili di riabilitazione (Heyn et al., 2004), e forse abbiamo dimenticato le centinaia di persone con demenza restituite alla famiglia dagli IdR Alzheimer (Istituti di Riabilitazione) della Lombardia?

La riabilitazione specialistica geriatrica: se a certe malattie (ad esempio la *solita* frattura di femore) corrisponde una riabilitazione specialistica ortopedica, così come all'infarto miocardico corrisponde una riabilitazione specialistica cardiologica, è così azzardato pensare che a un certo tipo di anziano malato e complesso corrisponda una riabilitazione specialistica geriatrica, nella cui organizzazione e gestione lo specialista geriatra è figura centrale?

Può essere utile, a questo punto, ripercorrere brevemente la storia della riabilitazione geriatrica, che inizia nel 1978, con la legge 833 di Riforma Sanitaria: all'Articolo 26 (Prestazioni di Riabilitazione) la legge prevede che "...le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione...". Si assiste, in quegli anni, con particolare vigore in Lombardia, alla nascita di Servizi di Recupero e Riabilitazione Funzionale e Reparti di Lungadegenza Riabilitativa all'interno di Ospedali, e di Istituti di Riabilitazione Geriatrica (IdR geriatrici) all'interno di strutture extraospedaliere. Le "Linee-guida per le attività di riabilitazione" emanate dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome vent'anni dopo (1998), operano una distinzione tra la riabilitazione sanitaria ("si occupa degli interventi valutativi, diagnostici e terapeutici per recuperare o, almeno, per contenere la disabilità conseguente l'evento patologico") e la riabilitazione sociale ("si occupa degli interventi finalizzati a garantire al paziente la massima partecipazione possibile alla vita sociale"). La riabilitazione nel suo insieme viene definita come "*un processo integrato che implica un'intima connessione fra i programmi di intervento sanitario e sociale*" (Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. Linee guida per le attività di riabilitazione, 1998).

Questa definizione sembra particolarmente appro-

priata per indicare quello che è (o dovrebbe diventare) la riabilitazione geriatrica: un intervento multidisciplinare, capace di integrare diverse professionalità, capace di intercettare diverse esigenze (sanitarie, sociali, familiari) e di produrre un progetto di cura complessivo e sostenibile; il geriatra dovrebbe essere, per competenza professionale e attitudine, il professionista che fa da perno al sistema della riabilitazione geriatrica. Proviamo ora a dare una risposta alle tre domande che ci siamo posti.

IL MALATO ANZIANO COMPLESSO

Gli anziani che arrivano alle unità operative di riabilitazione spesso non si riconoscono nelle diagnosi riabilitative tradizionali, ma sono in misura crescente affetti da patologie internistiche e chirurgiche (Cunietti et al., 2008; Johnson et al., 2000); essi, inoltre, presentano spesso problematiche di tipo sociale e familiare che aumentano la difficoltà di reinserimento domiciliare. L'organizzazione della riabilitazione in Lombardia (la realtà che conosciamo meglio) distingue tre aree di riabilitazione residenziale: 1) specialistica, 2) generale e geriatrica, 3) mantenimento. Il sistema di tariffazione della specialistica è a DRG, mentre per le altre due aree di riabilitazione la tariffazione è a giornata di degenza. Inoltre, per la riabilitazione generale e geriatrica, gli standard assistenziali sono simili a quelli della RSA, quindi bassi, ma soprattutto sono rigidi rispetto alle diverse figure professionali privilegiando quelle più alte, e perciò inadeguati sotto il profilo delle figure dedicate all'assistenza (OTA, OSS), che sappiamo essere fondamentali per la cura dell'anziano.

Alla riabilitazione specialistica sono avviati i malati di pertinenza ortopedica, neurologica, cardiologica, pneumologica: quei malati che riconoscono un evento acuto (evento-indice, ad esempio lo stroke), dopo il quale si prevede un intervento riabilitativo. Nell'area ancora un po' confusa della riabilitazione geriatrica rientrano "gli altri" anziani da riabilitare. Paradossalmente, dunque, un malato con importante comorbidità, estrema fragilità, network sociale debole, un malato che richiede un importante investimento diagnostico e assistenziale, oltre che riabilitativo, non può oggi essere collocato in area specialistica. A noi sembra però difficile affermare che un 80enne con frattura di femore, cognitivamente integro, in buone condizioni sociali, sia meno impegnativo, meno costoso e, in un certo

senso, meno specialistico di un 80enne confuso, con elevata comorbilità, precarie condizioni abitative e famiglia costituita da un coniuge anziano e malato. Diremmo, piuttosto, che i due pazienti appartengono a due diverse categorie specialistiche: il primo alla specialistica ortopedica, il secondo alla specialistica geriatrica.

LA DISABILITÀ INTELLETTIVA

Si diceva prima che la disabilità fisica sembra avere monopolizzato l'attenzione di chi si occupa di riabilitazione. L'interesse per le performance motorie, respiratorie, cardiocircolatorie ha oscurato quello per le performance cognitive. L'ampio dibattito sul rapporto riabilitazione/demenza, con le opposte posizioni che vedono il deterioramento cognitivo come criterio di esclusione alla riabilitazione e, sull'altro versante, ammettono la possibilità di recupero anche alle persone affette da demenza, sembra orientato verso questa seconda tendenza (Heyn et al., 2004).

L'età media delle persone che entrano in riabilitazione è elevata, sopra gli 80 anni. In questa fascia di età circa un malato su tre è affetto da demenza, e una quota elevata soffre di depressione o delirium. È innegabile che una persona con demenza in un'unità di riabilitazione sia un problema: in termini sicurezza, di sorveglianza, di pericolo e di disturbo per gli altri pazienti. È un malato che assorbe più risorse di uno cognitivamente integro, ma è anche un malato in molti casi suscettibile di riabilitazione con esito positivo (Faber et al., 2006; Rozzini et al., 1997). Anche il delirium presenta problemi gestionali, entra in diagnosi differenziale con la demenza ed è predittivo di outcomes negativi (rientro ospedaliero e istituzionalizzazione) (Bellelli et al., 2008). Come risolvere questo che, a nostro giudizio, è un problema, e potrebbe indurre qualche unità operativa a non accogliere persone con demenza? I CRA (Centri Regionali Alzheimer) della vecchia riabilitazione costituivano un setting ideale per la riabilitazione di persone con demenza, evitando anche quella promiscuità spesso dannosa per gli uni e per gli altri malati. Non so se quella strada, che per anni ha dato buoni risultati, sia la migliore. Certo è che il problema va affrontato, perché ignorare le evidenze epidemiologiche non fa che creare emergenze sanitarie, assolutamente evitabili (Ferri et al., 2005; Vimo et al., 2007). La formazione del personale, l'adeguamento degli stan-

dard assistenziali e opportune strategie ambientali potrebbero essere buoni spunti di riflessione e intervento.

LA RIABILITAZIONE SPECIALISTICA GERIATRICA

L'esperienza ormai trentennale di riabilitazione geriatrica ci porta ad individuare una tipologia di paziente che richiede un intervento specialistico che per competenze, metodi, filosofia, riconosce nel geriatra la figura più adeguata. Sarà compito dei geriatri, di quelli che si riconoscono in questo approccio, definire meglio le caratteristiche cliniche e sociali dell'anziano complesso che può accedere a questo tipo di riabilitazione, e sarà compito delle amministrazioni regionali riconoscere la validità della proposta.

Infine, qualche riflessione a margine.

Il geriatra come riabilitatore naturale. Il fatto che io provenga professionalmente dalla medicina interna, credo allontani da me il sospetto di *apologia di specialità*, se sostengo che il geriatra ha una tendenza naturale (che gli viene dagli studi e dall'esercizio della professione) a un approccio riabilitativo alle malattie. La sua appartenenza a una disciplina trasversale è un ottimo prerequisito per affrontare questo tipo di riabilitazione (Senin, 2003). Il geriatra, si sa, non punta principalmente alla guarigione; si accontenta molto realisticamente di piccoli guadagni (*small gains*); è istintivamente propenso a cogliere gli aspetti sociali della malattia; non si dimentica degli aspetti ambientali, che spesso condizionano il rientro a domicilio e agiscono come elementi anti-riabilitativi; è sempre pronto a cogliere, in una situazione compromessa, la metà piena del bicchiere (o se si preferisce, a ottimizzare la funzione residua...). Così come per la medicina palliativa, anche per la riabilitazione il geriatra ha un'affinità spontanea: il che aiuta nell'esercizio di una disciplina – la riabilitazione geriatrica – che fonde geriatria e riabilitazione.

La RSA come outcome negativo. Da sempre il rientro a domicilio è considerato l'unico outcome positivo della riabilitazione. Outcome negativi sono il decesso, il trasferimento in ospedale e, appunto, il passaggio in RSA. Su quest'ultimo credo si debba fare una distinzione. Al termine della degenza in riabilitazione, si verifica con una certa frequenza che un malato anziano molto complesso arrivi a un buon livello di stabilità clinica; la famiglia però è inadeguata ad accogliere un ma-

lato così impegnativo, e i servizi domiciliari non arrivano a coprire le necessità (ricordiamo che l'Italia continua a essere una cenerentola in questo settore in Europa). A questo punto, il rientro a domicilio si trasformerebbe rapidamente in un rientro in ospedale, o in riabilitazione, o in un tumultuoso ricovero in RSA, o in un decesso a breve termine. In questi casi, il passaggio diretto dalla riabilitazione alla RSA offrirebbe al paziente e alla famiglia l'opportunità di un luogo di cura protetto, capace di mantenere a lungo i risultati ottenuti. Certamente, sul piano affettivo ed esistenziale, il passaggio in RSA è, in linea generale, un outcome meno positivo di quello a domicilio: ma nel caso specifico, in una logica di beneficiabilità nei confronti del malato e di assicurazione nei confronti della famiglia, perché non considerare il trasferimento in RSA un outcome positivo?

Infine, cosa c'è di geriatrico nella riabilitazione geriatrica? In un'Unità Operativa di riabilitazione geriatrica c'è molto di geriatrico: la modalità d'accoglienza e presa in carico del malato e della famiglia; l'impiego dell'assistente sociale come figura di raccordo tra i diversi luoghi di cura e il domicilio; la metodologia del lavoro d'equipe e la stretta cooperazione con fisiatra e fisioterapisti; l'attenzione alle esigenze di base del malato, al sintomo dolore e alla sua dignità.

Forse, però, in una riabilitazione come quella che vediamo oggi, un po' frastornata dagli algoritmi, dalle tecnologie, dal delirio cartaceo e telematico delle rendicontazioni, dalle specialità che si identificano con organi e apparati, forse, in una riabilitazione così, il rischio è quello di una geriatria *smouldering*, una geriatria che c'è ma cova sotto la cenere. Attendiamo che la geriatria assuma con energia, in riabilitazione geriatrica, il ruolo che le compete, cioè quello di protagonista. Nel frattempo, come sempre, rimbocchiamoci le maniche.

BIBLIOGRAFIA

Bellelli G, Magnifico F, Trabucchi M. Outcomes at 12 Months in a Population of Elderly Patients Discharged From a Rehabilitation Unit. *J Am Med Dir Assoc* 2008;9(1):55-64.

Boston Working Group on improving health care outcomes through geriatric rehabilitation. (Executive summary) *Med Care* 1997;35 (suppl):J54-20.

Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. Linee guida per le attività di riabilitazione 1998.

Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic A, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:451-8.

Cunietti E, Bagnoli R, Bracchi A, Maestri A, Bernocchi P, Esposito P. Cinque anni di riabilitazione geriatrica 2002-2006. *G Gerontol* 2008;56:56-66.

Faber MJ, Bosscher RJ, Chin A, Paw MJ, Van Wieringen PC. Effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: a multicenter randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:885-96.

Ferri CP et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet* 2005;336:2112-7.

Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85:1694-704.

Johnson ME, Kramer AM, Lin MK, Kowalsky JC, Steiner JF. Outcomes of older persons receiving rehabilitation for medical and surgical conditions compared with hip fracture and stroke. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1389-97.

Rozzini R, Frisoni GB, Barbisoni P, Trabucchi M. Dementia does not prevent the restoration of safe gait after hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:1406-7.

"Riordino della rete delle attività di riabilitazione" d.g.r. 16 dicembre 2004, n. 19883 B.U.R.L. del 31 dicembre 2004, 5° supplemento straordinario al n. 53.

Senin U. Paziente anziano e paziente geriatrico, Ed. EdISES, Napoli 2003:15-8.

Vimo A, Winblad B, Jonsson L. An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's & Dementia* 2007;3:1-11.

Incretine e potenzialità terapeutiche nel diabete di tipo 2

Agostino Consoli

Professore Ordinario di Endocrinologia, Università di Chieti

Il diabete mellito di tipo 2 è una malattia la cui prevalenza sta raggiungendo proporzioni "epidemiche". È anche una malattia che, seppure veda purtroppo un aumento della prevalenza tra individui relativamente giovani e cominci addirittura a fare la sua comparsa anche in età adolescenziale, affligge in maniera più importante la fascia della terza età. In Italia, la prevalenza di diabete mellito tra gli individui maggiori di 60 anni raggiunge prevalenze superiori al 15%. E sempre più sentito è quindi il bisogno di farmaci che consentano sì di trattare la malattia, riportando il profilo glicemico vicino alla normalità, ma "in sicurezza", evitando cioè i rischi della ipoglicemia (evenienza molto temibile, specie in età anziana) e presentando pochi o nulli effetti collaterali capaci di incidere negativamente sulla qualità di vita del paziente. Del resto, proprio recentemente lo studio ACCORD ed il follow-up dello studio UKPDS hanno dimostrato quanto da un lato sia utile raggiungere un controllo glicemico ottimale e, dall'altro, quanto sia rischioso raggiungerlo con modi e mezzi potenzialmente pericolosi.

È in questo panorama che bisogna valutare l'impatto che sta avendo ed avrà la terapia basata sull'asse delle incretine (e, in particolare, la terapia con analoghi del GLP-1) sulla salute e la qualità di vita dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2, in particolare se non più giovanissimi. Cosa sono dunque le Incretine e come possono aiutare la terapia del diabete di tipo 2? In realtà, la esistenza di un effetto "incretinico" (l'esistenza, cioè, di sostanze prodotte dall'intestino capaci di potenziare la risposta insulinica al glucosio) era stata intuita già negli anni '30 ed aveva trovato una sua "sistematizzazione" culturale negli anni '60 e '70. Solo più recentemente, tuttavia,

venivano identificati dei veri e propri ormoni intestinali con una serie di azioni biologiche estremamente interessanti per la regolazione del metabolismo dei carboidrati. In particolare veniva identificato il *Glucagon-Like Peptide 1* (GLP-1), sostanza prodotta dalle cellule L dell'intestino tenue in risposta alla ingestione di cibo. Uno degli effetti più importanti del GLP-1 è la stimolazione della secrezione insulinica. Questa stimolazione, tuttavia, è "glucosio dipendente" e non si realizza in presenza di concentrazioni di glucosio al di sotto di quelle fisiologiche. Il GLP-1 inoltre sopprime la secrezione di glucagone. Il GLP-1 ha anche effetti "extra-pancreatici", quali l'induzione di un aumento del senso di sazietà ed il rallentamento dello svuotamento gastrico e della motilità intestinale (con conseguente ritardo nell'assorbimento dei carboidrati). Infine, in studi su modelli animali è stato dimostrato che il GLP-1 aumenta la massa β -cellulare attraverso la stimolazione della crescita e della proliferazione delle β -cellule, e studi su isole pancreatiche umane isolate hanno dimostrato che l'ormone è in grado di ridurre significativamente l'apoptosi cellulare nei preparati.

Riassumendo, il GLP-1 è una molecola che:

- 1) stimola la secrezione di insulina in maniera glucosio dipendente, ossia in maniera "intelligente" solo quando la glicemia non è al di sotto dei valori normali;
- 2) inibisce la secrezione di glucagone, e anche in questo caso l'effetto non si manifesta in condizioni di ipoglicemia;
- 3) ritarda lo svuotamento gastrico;
- 4) ha un effetto anoressizzante;
- 5) esercita una azione di protezione sulla massa β -cellulare.

L'ANGOLO DELL'ESPERTO

Considerando che i soggetti con diabete mellito di tipo 2:

- 1) presentano un deficit di secrezione insulinica e, in particolare, un deficit di secrezione insulinica in risposta al glucosio;
- 2) hanno concentrazioni di glucagone inappropriatamente elevate;
- 3) sono nella larghissima maggioranza sovrappeso o obesi ed hanno quindi bisogno di perdere peso;
- 4) presentano una patologica riduzione della secrezione di GLP-1 in risposta ad un pasto;
- 5) vanno incontro ad una irreversibile ed inesorabile perdita di funzione e massa beta-cellulare, il GLP-1 appare una molecole con le caratteristiche ideali per il trattamento del diabete mellito di tipo 2.

L'utilità clinica del GLP-1 è tuttavia modesta, in quanto l'ormone viene metabolizzato nell'arco di pochi minuti grazie alla azione della dipeptidil-peptidasi-IV (DPP-IV) e, di conseguenza, l'emivita plasmatica è così modesta (2-5 min) da permetterne l'eventuale impiego clinico solo in infusione continua. Per sfruttare le incretine in terapia occorre quindi o 1) sviluppare analoghi del GLP-1 resistenti alla degradazione enzimatica da parte della DPP-IV, oppure 2) ricorrere all'uso di inibitori selettivi della DPP-IV in grado di prevenire la degradazione della incretina e di aumentare i livelli circolanti di GLP-1 intatto e biologicamente attivo.

Entrambe queste strade sono state percorse con successo e sono adesso a disposizione del clinico, o sono in avanzata fase di registrazione, sia analoghi sintetici del GLP-1 ad emivita media (exenatide, 7 ore) o lunga (liraglutide, 12 ore) sia molecole che bloccano l'azione della DPP-IV (sitagliptin, vildagliptin). Gli analoghi del GLP-1 sembrano avere una efficacia ipoglicemizzante maggiore rispetto alle gliptine e, al contrario di quest'ultime, sono in grado di indurre calo ponderale. Ovviamente, essendo molecole proteiche, devono, al contrario delle gliptine, essere assunti per via parenterale (iniezione sottocutanea).

Diversi trial clinici hanno indagato la efficacia e la sicurezza degli analoghi sintetici del GLP-1 (liraglutide ed exenatide) nel trattamento del diabete di tipo 2, sia in monoterapia che come "add on therapy" in pazienti già trattati con metformina e/o sulfoniluree o tiazolidinedioni. Dal complesso dei dati disponibili,

emerge che la terapia con analoghi del GLP-1 è in grado di ridurre la emoglobina glicosilata di oltre 1 punto percentuale e, cosa ancor più importante, di portare ad un target di HbA1c < 7% circa la metà dei pazienti trattati. Inoltre, il miglioramento del controllo metabolico indotto dal trattamento con analoghi del GLP-1 non solo non appare associato ad un aumento di peso, ma è in realtà accompagnato da un calo ponderale che può superare i 3 kg. Anche altri fattori di rischio cardiovascolare, quali la pressione arteriosa, sembrerebbero essere influenzati favorevolmente dalla terapia con gli analoghi del GLP-1. A fronte di questi importanti dati di efficacia, gli analoghi del GLP-1 si sono mostrati fino a questo momento ragionevolmente sicuri: il rischio di ipoglicemia sembrerebbe presente solo quando questi farmaci sono usati in combinazione con sulfoniluree (e, comunque, solo di poco superiore a quello riscontrato durante trattamento con placebo). Altri effetti collaterali sono modesti e limitati all'apparato gastrointestinale (il 15-20% dei pazienti può manifestare nausea, che in genere regredisce con il proseguire del trattamento stesso). Sono stati segnalati dei casi di pancreatite acuta in corso di trattamento con exenatide, ma la loro prevalenza, rispetto al numero di pazienti trattati, non è maggiore rispetto alla prevalenza di pancreatite nei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 non trattati con exenatide.

In definitiva quindi, gli analoghi del GLP-1 sono molecole che stanno dimostrando in maniera convincente, in pazienti con diabete di tipo 2, di essere efficaci nel migliorare il compenso metabolico e nell'indurre, al contempo, un significativo calo ponderale. Questi farmaci non sono associati ad un significativo aumento del rischio di ipoglicemia ed hanno effetti collaterali relativamente modesti e limitati all'apparato gastro-intestinale.

Queste caratteristiche ne fanno molecole di grande potenzialità nel trattamento del diabete di tipo 2 e strumenti di grande ausilio nel raggiungimento, in sicurezza, dei target di controllo metabolico. Potrebbero, inoltre, esercitare una funzione di protezione β -cellulare. Se questo fosse dimostrato in trial clinici controllati, gli analoghi del GLP-1 potrebbero veramente diventare, nel diabete di tipo 3, una terapia per i meccanismi della malattia e non solo per la iperglicemia.

Tecnologia intelligente per una longevità attiva

Mauro Colombo

Istituto Geriatrico "Camillo Golgi" e Fondazione "Golgi Cenci", Abbiategrosso (MI)

Dal 4 al 6 di giugno si è tenuta a Pisa la preannunciata (Colombo, 2007) sesta conferenza della Società Internazionale di Gerotecnologia, a cui hanno partecipato 250 studiosi – dei quali 60 italiani – provenienti da 23 paesi, con una forte presenza europea ed asiatica, oltre che americana, e, per la prima volta, di esponenti africani (5). Il taglio scelto per l'evento dagli organizzatori (in particolare Dario Bracco, Giuseppe Anerdi, Silvestro Micera, col generoso apporto di docenti e studenti della Scuola Superiore Sant'Anna) ha privilegiato l'aspetto tecnologico, anche presentando prototipi: non a caso, tra i gradevoli eventi sociali, particolare interesse ha riscosso la visita, a Pontedera, agli avanzatissimi laboratori di bio-robotica della Scuola, che collabora con gli altri paesi più avanzati sul tema, in particolare Corea e Giappone.

Di seguito vengono riportati sinteticamente alcuni esempi di alcune sessioni: i riassunti delle presentazioni sono pubblicati sul numero di maggio 2008, nel 2° numero del 7° volume di *Gerontechnology*, organo ufficiale della società.

Stefano Mazzoleni e collaboratori della Scuola Superiore Sant'Anna hanno dimostrato le possibilità della robotica in ambito riabilitativo a seguito dell'ictus, focalizzandosi proprio sull'intervento tardivo per il recupero dell'arto superiore, che la letteratura conferma relativamente trascurato. Un piccolo gruppo di anziani emiplegici – anche seduti su carrozzina, e lesi all'emi-soma destro in 2 casi su 3 – eseguiva esercizi assistiti da una macchina, e ripetuti sotto la supervisione di un terapista. Il compito consisteva nello spostare una manopola su di un piano orizzontale, partendo dal centro di un cerchio, per inseguire una mira disposta lungo tutta la circonferenza, o lungo un arco, "a ventaglio". L'intervento attivo del terapista è limitato all'apertura della mano ed all'impugnatura della manopola,

dove occorre. Il robot è configurato – mediante un servocontrollo "dolce", ad impedenza – in modo da muovere l'arto, guidarne e/o perturbarne i gesti, facilitandoli od opponendovisi a seconda dell'abilità del soggetto, fornendogli in tempo reale, su di uno schermo, informazioni visive utili per retroazioni visuo-motorie. Un apparato simile ha consentito di migliorare le capacità motorie – misurate con indicatori clinici raffinati, inibendo contemporaneamente la spasticità a livello della spalla e del gomito.

Dalla California – e non casualmente da un istituto dedicato alle "tecnologie creative" – viene la proposta di un ambiente virtuale per l'analisi dettagliata delle funzioni esecutive, per le quali gli anziani sembrano tipicamente labili. Esperienze precedenti indicano che il fatto di trovarsi consapevolmente in un contesto immaginario stimola ad un pieno coinvolgimento, anche in ambiti riabilitativi. Da qui il prototipo di un "supermercato virtuale", che offre vantaggi rispetto alle valutazioni neuropsicologiche tradizionali, soggette a limiti quali essere concepite per diagnosi di lesione neurologica focale, "effetto apprendimento", scarsa affidabilità ai re-test, possibile discrepanza rispetto ad osservazioni "ecologiche", nel senso di insufficiente sensibilità; viceversa, la maggior parte delle rilevazioni sulle attività strumentali della vita quotidiana, benché predittive sulla capacità di rimanere autonomi, sono tendenzialmente concepite per individuare delle incapacità piuttosto che misurare un ventaglio di abilità. In attesa di verificarne i risultati su persone anziane, il sistema – che permette di modulare la difficoltà dei compiti – ha dimostrato una correlazione tra livello di impegno delle funzioni esecutive e consumo di ossigeno alla risonanza magnetica nucleare. Inoltre, il supermercato virtuale – affidabile quanto a validità concorrente, verificata rispetto a misure neuropsicologiche – si è dimo-

APPUNTAMENTI

strato capace di migliorare l'attenzione meglio di un allenamento su programmi standard al computer; nella riabilitazione di un gruppo di adolescenti.

Yashikida e Umemuro – dell'Istituto per la tecnologia di Tokio – hanno fornito un esempio illuminante di uso non-intrusivo dei sensori, capace di fornire informazioni utili per quella "prossimità a distanza" che sta diventando sempre più diffusa tra le diverse generazioni, almeno nella cultura occidentale. Senza violare la riservatezza, come farebbero telecamere o microfoni, o richiedere una interazione attiva tra gli interessati, questi nuovi "sistemi per la consapevolezza" – sfruttando sensori per odori e suoni o rumori – indicano, mediante computer, trasmissione telematica ed attuatori, cosa sta accadendo nella zona "sorvegliata" (per esempio, in cucina, in bagno o nella camera da letto), in maniera intuitiva ed automatica, ma indiretta.

Sono stati presentati anche interessanti progetti italiani di rilevazione e assistenza a distanza, in particolare in Trentino, Piemonte ed Emilia. Una residenza assistita in un luogo remoto nella val di Taro è stata dotata di

un versatile impianto di sorveglianza e controllo, destinato a fornire sicurezza oggettiva e soggettiva, confort, monitoraggio sanitario, comunicazione facilitata – per esempio mediante uno schermo a sfioramento dove appaiono icone intuitive. Gli ingegneri informatici dell'Università di Parma hanno dedicato particolare attenzione alla struttura del sistema, sfruttando tecnologie e pezzi già diffusi sul mercato – in particolare negli uffici e nelle comuni abitazioni, in modo da facilitarne l'installazione e la gestione, abbattendo i costi del 50% rispetto ad equivalenti installazioni secondo tecnologie "tradizionali".

Per seguire l'evoluzione di queste e tante altre proposte gerotecnologiche, ed ammirarne di nuove, nei campi e nei contesti più diversi della vita quotidiana, l'appuntamento è per il 2010 a Vancouver.

BIBLIOGRAFIA

Colombo M. Uno sguardo sul nostro futuro. La Conferenza di Gerotecnologia, Pisa 2008. *I luoghi della cura* 2007;4:31.

Incretine e potenzialità terapeutiche nel diabete di tipo 2

segue da pag. 29

BIBLIOGRAFIA

The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group*: Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008; 258:2545-2559.

Holst JJ. Glucagon-like peptide-1: from extract to agent. The Claude Bernard Lecture, 2005. *Diabetologia* 2006;49:253-260.

Farilla L, Bulotta A, Hirshberg B, Li Calzi S, Khoury N, Noshmeh H, Bertolotto C, Di Mario U, Harlan DM, Perfetti R: Glucagon-like peptide 1 inhibits cell apoptosis and improves glucose responsiveness of freshly isolated human islets. *Endocrinology* 2003;144:5149-5158.

Deacon CF, Nauck MA, Toft-Nielsen M, Pridal L, Willms B, Holst JJ: Both subcutaneously and intravenously administered glucagon-like peptide 1 are rapidly degraded from the NH2-terminus in type II diabetic patients and in healthy subjects. *Diabetes* 1995;44:1126-1131

Buse JB, Henry RR, Han J, Kim DD, Fineman MS, Baron AD: Effects of exenatide (exendin-4) on glycemic control over 30

weeks in sulfonylurea-treated patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2004;27: 2628-2635.

Vilsbøll T, Zdravkovic M, Le-Thi T, Krarup T, Schmitz O, Courrèges JP, Verhoeven R, Bugánová I, Madsbad S. Liraglutide, a long-acting human glucagon-like peptide-1 analog, given as monotherapy significantly improves glycemic control and lowers body weight without risk of hypoglycemia in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:1608-1610.

Vilsbøll T, Brock B, Perrild H, Levin K, Lervang HH, Kølendorf K, Krarup T, Schmitz O, Zdravkovic M, Le-Thi L, Madsbad S. Liraglutide, a once-daily human GLP-1 analogue, improves pancreatic B-cell function and arginine-stimulated insulin secretion during hyperglycaemia in patients with Type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med* 2008;25:152-156.

Degn KB, Juhl CB, Sturis J, Jakobsen G, Brock B, Chandramouli V, Rungby J, Landau BR, Schmitz O: One week's treatment with the long-acting glucagon-like peptide 1 derivative liraglutide (NN2211) markedly improves 24-h glycemia and alpha- and beta-cell function and reduces endogenous glucose release in patients with type 2 diabetes. *Diabetes* 2004; 53:1187-1194.



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

