

ISSN 1723 - 7750

Poste Italiane S.p.A.
In caso di mancato recapito, rinviare a Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente
previo addebito pagamento resi

I luoghi della cura

Anno X - N. 1
Marzo 2012
TRIMESTRALE

1/2012




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

I luoghi della cura



ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

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

DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

COMITATO EDITORIALE

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

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, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Iole Di Francesco - difrancesco@gruppocic.it

Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppocic.it

Area marketing & sviluppo

Carlo Bianchini, bianchini@gruppocic.it
Adolfo Dassogno, dassogno@gruppocic.it
Antonietta Garzonio, garzonio@gruppocic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

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

Trimestrale

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

R.O.C.: 6905/128611

Stampa: LITOGRAFTODI srl - Todi (Perugia)

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 febbraio 2012

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 2012



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

Gli anziani protagonisti nel volontariato sociale.

Un parere - Intervista a Don Virginio Colmegna

Antonio Guaita, 4

MATERIALI DI LAVORO

Quando i migranti curano: fra straniero e familiare, la cura dell'Altro in RSA

Irene Carrano, Paola Grifo, 6

ESPERIENZE

L'autopercezione degli anziani ospedalizzati: analisi di un caso presso l'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale San Gerardo di Monza

Carla Facchini, Pamina Baccella,

Alice Corno, Andrea Mazzone, Giorgio Annoni, 12

Analisi dell'*incident reporting* delle cadute nell'istituto Piccolo Cottolengo Don Orione di Milano

Anna Castaldo, Renzo Bagarolo, 17

SPUNTI DI DIBATTITO

Il *welfare* per gli anziani non autosufficienti a livello internazionale: qual è la posizione dell'Italia?

Cristiano Gori, 24

L'ANGOLO DELL'ESPERTO

Nuove risorse terapeutiche nelle ulcere da pressione

Francesco Landi, Roberto Bernabei, 28

Gli anziani protagonisti nel volontariato sociale. Un parere Intervista a Don Virginio Colmegna

Antonio Guaita

Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)

Il rapporto fra anziani e volontariato è ampiamente bidirezionale. Gli anziani, infatti, non sono solo “fruitori” di volontariato all’interno dei servizi di assistenza, ma rappresentano anche e soprattutto una componente importante di chi svolge attività volontaria di aiuto alla persona.

Dal sito dell’Associazione per l’autogestione dei servizi e la solidarietà (AUSER): “...L’ultima rilevazione dell’Istat sul volontariato in Italia mette in evidenza che il 36,8% dei volontari ha oltre 54 anni (erano il 30,4% nel 1995) e sono le volontarie donne ad essere più anziane: il 38,4% a fronte del 35,6% degli uomini, specchio di una società in cui l’invecchiamento è tinto di rosa...” (<http://www.auser.it/anzianiedintorni/anziani6.htm>).

Dai dati della ricerca “Invecchiamento Cerebrale ad Abbiategrasso” (InveCe.Ab - ClinicalTrials.gov, NIH, 2011; Identifier: NCT01345110), inoltre, scopriamo che l’11,5% dei 70-75enni fa volontariato in larghissima maggioranza in modo continuo e non occasionale, a fronte di una media della popolazione che si attesta attorno al 9,4%.

Insomma, la presenza degli anziani, o meglio delle persone in età adulta avanzata, nelle attività di volontariato è consistente, e tali attività uniscono il fare del bene agli altri al fare del bene anche e soprattutto a se stessi. Diversi studi, infatti, evidenziano un beneficio in termini di benessere e di sopravvivenza per gli adulti e gli anziani che svolgono attività di volontariato sociale.

Di recente è stata pubblicata una revisione sistematica della produzione scientifica (Von Bonsdorff MB, Rantanen T. Benefits of formal voluntary work among older people. A review. *Aging Clin Exp Res* 2011;23(3):162-9) che si è occupata degli effetti del volontariato svolto dagli anziani; da tale revisione, basata su 16 studi che rispondevano a rigorosi criteri di inclusione (ne hanno

esclusi ben 288!) risulta chiara l’associazione fra attività volontaria e aumento del benessere fisico e psichico, ma anche una riduzione della mortalità che, in alcuni degli studi citati, arriva a superare il 14%.

Il volontariato è quindi un’attività sicuramente da consigliare non solo per motivi di solidarietà sociale e umana, ma anche per il riflesso benefico su chi la svolge in età adulta-anziana, perché aiuta ad invecchiare meglio. Ma come si presenta oggi questo settore? È pronto ad accogliere gli anziani? La crisi economica e la diffusione di servizi remunerati gestiti da associazioni nate per il volontariato come stanno modificando questa attività?

Abbiamo chiesto un parere a Don Virginio Colmegna, fondatore e presidente della Casa della Carità di Milano, che da molti anni si occupa di questi temi.

Don Virginio sottolinea che il volontariato è caratterizzato dalla “gratuità”, un concetto chiave che oggi appare fragile di fronte alle pressanti dinamiche innestate dalla crisi economica. Eppure la gratuità appare irrinunciabile se si vuole mantenere la funzione di “prossimità” e di “relazione” che l’attività di volontariato nel sociale comporta. Il volontario porta un “quid” in più, non concorre semplicemente ad attuare gli scopi e le azioni dei servizi, quindi la sussidiarietà non può essere un tema gestionale, ma piuttosto riflette quello che Ardigò chiamava i “mondi vitali”, con anche un benefico scompaginamento delle settorialità e degli schemi in cui spesso sono rinchiusi i servizi alla persona. Alcune leggi hanno introdotto sia elementi positivi sia qualche confusione. Ad esempio, la Legge n.266/1991 non è una legge che regola “il volontariato”, ma approfondisce un aspetto specifico, quello dei rapporti fra volontari e istituzione, certamente importante, ma che non riassume il contenuto dell’attività delle associazioni di volontariato. Ancor più la Legge 381/91, che regolamenta la cooperazione sociale, può

EDITORIALE

portare a confondere le attività del terzo settore e quelle proprie del volontariato.

È necessario, quindi, prestare particolare attenzione a non confondere il tema della "gratuità", del dono, con quello del risparmio gestionale.

Certamente vi è un valore, anche economico, da riconoscere all'attività di volontariato per le persone, ma si tratta del valore che deriva dal mettere al centro la persona e non il servizio. Si rischia, insomma, di spingere l'attività volontaria verso la realizzazione di interventi quantitativi che corrispondano ad un efficiente uso dei finanziamenti, invece che valutare i risultati sui beneficiari, certamente più legati agli aspetti di qualità della relazione.

Il volontariato porta ad una costante azione formativa sulle attività dell'intero servizio in cui è presente, per cui non ne è la "ruota di scorta" ma ripropone costantemente all'interno dei servizi sociali il tema della dignità della persona, con una permanente funzione di "advocacy": introduce, cioè, una voce che aumenta la coscienza civile di tutti e porta nel tessuto sociale una prossimità positiva, spontanea, un informale di cui tutti abbiamo sempre più bisogno.

Se un vicino di casa ha bisogno di un aiuto per la spesa che facciamo? Gli diamo una mano o chiamiamo il servizio comunale di assistenza?

Il processo di istituzionalizzazione del volontariato attuato in questi anni, che pure ha dei risvolti positivi, rischia di diventare un freno ai temi propri della sua azione. Questo non vuole diminuire in alcun modo il valore della regolamentazione e dell'apporto professionale di tutti coloro che sono impegnati nel terzo settore, ma il volontariato va visto in un'altra dimensione. Don Virginio sottolinea come la remunerazione e la gratuità ben si conciliano perché l'aiuto alle persone in stato di bisogno non è da ascrivere alla categoria dei "sacrifici" ma a quella del piacere, della felicità, del senso del vivere. Questo, a suo parere, spiega perché le ricerche dimostrano che lo stato funzionale psicofisico, il benessere e alla fine la salute siano migliori in quegli anziani che fanno volontariato. Forse è il termine stesso "volontario" che è riduttivo e non descrive bene quello che le persone fanno, e occorrerebbero dei termini nuovi.

Ad una domanda specifica sulla presenza degli anziani nel mondo del volontariato Don Colmegna mette in guardia gli anziani da una certa tendenza al lamento e ad un'eccessiva attenzione alle richieste di mutamenti organizzativi, o altro, che può portare qualche difficoltà alle associazioni. È inoltre interessante osservare, prosegue, come la maggior parte degli anziani che arriva alle nostre associazioni non chieda di essere impiegato secondo le sue specifiche capacità, non raramente professionali elevate, ma voglia fare un'esperienza diversa in cui per l'appunto prevalga la relazione sulla capacità specifica. Per favorire l'ingresso dei nuovi volontari adulti e anziani occorre a suo parere mantenere un giusto equilibrio fra due aspetti apparentemente contraddittori: la rigidità e la flessibilità. La soluzione di questa contraddittorietà sta nella costante riproposizione degli scopi e della "mission" delle attività svolte. Questo termine (*mission*) non va visto in senso aziendale, cultura che non ci ha portato un granché di buono, ma al contrario significa sottolineare che il contenuto di relazione e di prossimità mette in discussione costantemente l'aziendalismo, a favore degli elementi di rottura degli schemi che comporta il mettere la persona al centro.

Il colloquio con Don Colmegna ha quindi messo in luce come occorra recuperare le radici obliate ma non sacrificali e l'intensità relazionale della presenza dei volontari all'interno dei servizi. Non per negare l'importanza delle cooperative sociali e del terzo settore, ma va evitato di confonderle con il volontariato, evitando anche di vedere nell'apporto dei volontari un modo per risparmiare risorse dovute dai servizi di assistenza alla persona. Nel valorizzare questi aspetti sia con un'organizzazione adeguata sia con un'attività formativa appropriata, il mondo dei volontari sarà sempre più attraente anche per gli adulti anziani, con l'innescare di un circolo virtuoso di accrescimento di quello che Don Colmegna ha più volte sottolineato con il termine di "cittadinanza attiva" e aumentando così il senso civico per tutti.

Insomma, più anziani che fanno attività volontaria di aiuto significa più benessere per chi è in stato di bisogno, più benessere per loro stessi, ma anche più benessere per tutta la società.

Quando i migranti curano: fra straniero e familiare, la cura dell'Altro in RSA

Irene Carrano, Paola Grifo

Psicologhe-Psicoterapeute, Consulenti Azienda di Servizi alla Persona Golgi-Redaelli, Milano

“Vittima romantica della nostra pigrizia familiare, o intruso responsabile di tutti i mali della città?...Né l'uno né l'altro... Stranamente, lo straniero ci abita: è la faccia nascosta della nostra identità”

(J. Kristeva, “Stranieri a se stessi”, 1988)

PREMESSA: LE RAGIONI DI UNA RICERCA, LA CORNICE TEORICA

Straniero, familiare: pare quasi un ossimoro, una contraddizione, ma questo titolo è stato scelto perché include molte delle questioni alla base della ricerca svolta presso l'Istituto Geriatrico Redaelli. Chi è lo straniero che ci sembra ormai così familiare, in quanto lavora al nostro fianco, nei reparti ospedalieri e nelle stanze delle Case di Riposo? Siamo sicuri di conoscerlo, di sapere cosa pensa, cosa sente? E dunque, chi è lo straniero che “si fa” familiare per i nostri anziani che spesso familiari non ne hanno più, e che vivono l'istituzione come il loro luogo “di famiglia”, ovvero la loro casa? Infine, che rapporto c'è fra questo “straniero” e il nostro essere “stranieri a noi stessi”? Quali i punti d'incontro, quali le distanze, reali o percepite?

Queste ultime due domande, in particolare, si giustificano a partire dalla lettura che la psicoanalisi freudiana fa della relazione fra il soggetto e l'altro da sé, e fra il soggetto della coscienza e quell'Altro che è il soggetto inconscio. Per quanto Freud non parli specificamente del problema degli stranieri, egli ci indica infatti come scoprire “l'inquietante estraneità” (*Il Perturbante*, sarà il titolo di un suo saggio) dentro di noi, unico modo per non perseguitarla fuori (Freud, 1967). Del resto, come sostiene la psicoanalista Julia Kristeva (1990), nella sua lettura del fenomeno della migrazione,

“Come si potrebbe sopportare uno straniero, se non ci si sapesse stranieri a se stessi?” la nozione freudiana di inconscio integra dunque l'estraneo nello psichico: lo “straniero” non è più patologico, ma diviene parte essenziale della presunta integrità dell'uomo¹. Per questo il presente lavoro di ricerca trova nella psicoanalisi la sua cornice teorica: essa garantisce una lettura del legame sociale come etica del rispetto dell'altro e della differenza. Parlare di “integrazione” non significa dunque illudersi di cancellare *tout court* la diversità, allontanandola da noi, quanto piuttosto lasciare che la diversità contaminino la nostra supposta compiutezza, ci attraversi, ci renda magari un po' più instabili, ma senz'altro più complessi e, in questo senso, più ricchi.

LA CURA CHE VIENE DALL'ALTRO: UNA REALTÀ SOCIALE DA APPROFONDIRE

Da tempo i luoghi di cura in Italia possono continuare ad offrire la loro offerta sanitaria ed assistenziale grazie ad operatori stranieri; sempre più si evidenzia (Rapporto Caritas, Migrantes, 2010) una rilevante percentuale (59%) di immigrati residenti in Lombardia e occupati nei servizi alla persona, con un *trend* in costante crescita negli ultimi anni. Oltre alle note occupazioni domestiche (colf, babysitter e badanti), oggi assistiamo, in particolare, ad un massiccio impiego di personale non italiano addetto alla cura e all'assistenza, anche di livello professionale qualificato, all'interno di Servizi pubblici e privati quali Ospedali, Residenze per anziani e Comunità per minori (I.S.M.U., 2006)². Spesso, tuttavia, l'ambiente di lavoro, come afferma David Bidussa (2007): “...è come un parcheggio di un centro commerciale nel weekend, un luogo dove auto diverse stanno accostate l'una accanto al-

¹ “Presunta” integrità, in quanto il soggetto parlante è – strutturalmente – diviso, come insegna la rilettura che Jacques Lacan fa della teoria freudiana.

² Si stima che le assunzioni di immigrati in ambito sanitario e nei servizi alla persona varino fra il 40% e il 70% sul totale delle assunzioni previste nel settore. (N.d.A.) Cfr. I.S.M.U., 2006.

l'altra, ma non si mescolano." Questa realtà impone una riflessione sugli eventuali effetti che tale rapido cambiamento può avere: sulla qualità di vita dei lavoratori stessi (italiani e stranieri), sui loro legami di lavoro, e – conseguentemente – sulla qualità dei servizi di cura erogati all'utenza. Non è trascurabile il fatto che, se persone provenienti da culture fra loro molto diverse si occupano di relazioni di cura, evidentemente diverse possono risultare le definizioni dei concetti di salute e malattia e altrettanto differenti le modalità di esercitare la cura stessa.

Se in ambito medico è auspicabile individuare standard universali su questi argomenti (OMS, 2001), la ricerca psicosociale evidenzia, peraltro, come sia indispensabile comprendere e riconoscere le *differenze culturali* che permeano concetti così complessi (Cigoli, 2005). La significativa presenza di personale di altra etnia all'interno dei servizi socio-sanitari pone quindi nuove sfide relative all'*identità* e all'*integrazione professionale*.

L'*identità professionale* è stata definita come una dimensione multifattoriale, attraverso la quale è possibile conoscere e spiegare i modi in cui si espleta, nel caso degli operatori socio-sanitari, la relazione d'aiuto (Winkelmann-Gleed e Seeley, 2005; Cigoli, 2005). A tale proposito, è riconosciuto come la cultura di appartenenza assuma un peso rilevante e sia in grado di spiegare la differenza tra le rappresentazioni che guidano la costruzione e l'esercizio dell'*identità professionale* (Motoike, 2004). Relativamente all'*integrazione professionale*, gli studi interculturali nell'ambito dei servizi socio-sanitari sottolineano, inoltre, come le rappresentazioni delle persone nei confronti del sé professionale, degli altri professionisti e del contesto organizzativo svolgano un ruolo determinante nello spiegare le incomprensioni, le rivalità e persino le fratture tra gruppi etnici e/o differenti operatori, con evidenti conseguenze sull'attività di cura. Ciononostante, mentre la letteratura scientifica offre un ampio panorama di studi (Baumann, 2002; Hakim e Wegmann, 2002; Flick, 2003) relativi alle ricadute psico-sociali dell'immigrazione, per quanto riguarda gli stranieri intesi come utenti dei nostri più svariati servizi (sanitari, sociali, educativi...), pochi sono ancora i lavori orientati all'analisi dell'*integrazione del migrante* in qualità di operatore di un Servizio. Si tratta allora di provare a ribaltare la logica per cui lo straniero è solo fruitore di assistenza, leggendolo altresì come protagonista ed erogatore di una propria professionalità. Nel tentativo, così facendo, di provare ad affrontare la crescente necessità di pensare a modelli d'intervento e pratiche di cura che abbiano una base condivisibile tra gli operatori, frutto di una reciproca "contaminazione" culturale.

FINALITÀ E OBIETTIVI

La presente ricerca è nata dalla domanda di un'Azienda di Servizi alla Persona, operante sul territorio milanese, di conoscere in modo più sistematico le caratteristiche della popolazione migrante occupata al suo interno, al fine di affrontare meglio eventuali difficoltà e/o conflittualità latenti nelle *équipe* di cura, favorendo un processo di integrazione interculturale all'interno del contesto organizzativo, che potesse avere come ricaduta l'attivazione di buone pratiche di cura.

Queste macro-finalità si sono articolate in una ricerca-azione che ha preso le mosse dalla convinzione che solo attraverso un'operazione di conoscenza e confronto fra le diverse *culture locali* (Carli, 1990) si possano costruire rappresentazioni condivise, che non si limitino ad affiancarsi, ignorandosi l'un l'altra, ma che vadano a comporre un'immagine di *cura complessa*, come il mondo in cui ci muoviamo. La sfida è stata quella di traghettare la nostra rappresentazione della multi-etnicità dalla metafora di Bidussa (le auto in un parcheggio di un centro commerciale) all'immagine di un quadro di Arcimboldo, ove le diverse caratteristiche dei soggetti raffigurati, mantenendo la loro natura, creano una *Gestalt* rappresentazionale nuova ed originale.

Le diversità culturali emerse sono state, a loro volta, collocate entro lo specifico contesto/cultura dell'organizzazione di riferimento. È infatti il servizio che fa da contesto, relativamente sia alla "mission" che gli è propria, che all'esercizio dei ruoli e delle mansioni. Per questo si è scelto l'approccio metodologico della ricerca-azione, che intende promuovere un cambiamento proprio a partire dal processo di conoscenza in atto.

Gli obiettivi sono stati:

1. Ottenere una fotografia della popolazione dei lavoratori stranieri operanti nella struttura attraverso l'analisi descrittiva delle caratteristiche del campione di operatori stranieri in esame, onde misurare i principali dati epidemiologici, e mettere in luce alcuni aspetti relativi all'attività professionale e al progetto migratorio.
2. Cogliere le rappresentazioni che il primo livello manageriale (coordinatori infermieristici) ha degli operatori stranieri, in termini di criticità e risorse.
3. Rilevare le modalità peculiari con cui le opinioni riguardanti la salute, la malattia, la vecchiaia, la relazione di cura si declinano in culture diverse, indagando al contempo il modo in cui questi aspetti sono intesi nella nostra cultura.
4. Favorire il crearsi di una relazione di confronto e fiducia tra gli operatori che faciliti le pratiche di lavoro, riducendo le eventuali conflittualità.

STRUMENTI E METODI

La ricerca si è caratterizzata per un approccio *multimetodologico* (analisi quantitative e qualitative) e *multilivello* (individuale, grupppale ed organizzativo). Questo ha consentito di cogliere la complessità dei costrutti in esame, a partire da diversi punti di vista, inserendo la soggettività del ricercatore come fattore trasformativo oltre che di indagine, in grado di partecipare alla co-costruzione di nuove prassi e rappresentazioni.

Per raggiungere il primo obiettivo di ottenere una fotografia "sul campo" della popolazione dei lavoratori stranieri operanti nell'Istituto, si è progettato un *questionario a risposte chiuse, sviluppato "ad hoc"* a partire da analogo strumento realizzato in una precedente ricerca (Fondazione Cecchini Pace, 2006³), che descrivesse:

- la situazione socio-demografica;
- il proprio progetto migratorio;
- la percezione del lavoro di cura, le sue motivazioni, le aree di gratificazione e le eventuali criticità.

I dati emersi sono stati analizzati con un *software* statistico (SPSS) in grado di effettuare sia le analisi descrittive più rilevanti sia, ove del caso, statistiche inferenziali volte a stabilire correlazioni fra variabili.

Per raggiungere il secondo obiettivo si è realizzata un'intervista *semistrutturata* ai Capi Reparto; tali interviste sono state registrate e sottoposte poi ad analisi del discorso, sia con approccio "carta e matita" sia con una successiva elaborazione tramite un software di analisi testuale (T-LAB).

Il terzo e quarto obiettivo si sono declinati in un momento specifico di tipo laboratoriale, al cui interno si è data voce alle differenti posizioni soggettive e culturali inevitabilmente presenti in un gruppo di operatori multietnico e multiprofessionale. L'esperienza del "laboratorio interculturale" si è configurata come prototipo di futuri interventi formativi più diffusi e sistematici, che consentano in futuro di progettare adeguati criteri d'intervento nella relazione di cura. Si sono realizzati quattro incontri, con dieci operatori provenienti da diversi reparti e rappresentativi delle varie etnie (ivi compresi due italiani). Fra i temi trattati: la rappresentazione dell'anziano, della malattia e della cura, della morte e del ricordo, del progetto migratorio. I testi dei *focus group* sono stati registrati ed elaborati con il *software* di analisi del discorso T-LAB. I materiali grafico-pittorici prodotti ed utilizzati sono stati presentati nel Convegno che ha conclu-

so la ricerca, assieme a delle brevi interviste video-registrate (raccolte in un CD: "Le parole della cura", 2010) nelle quali gli stessi partecipanti al laboratorio formulavano associazioni di parole rispetto a termini particolarmente pregnanti emersi nel corso dell'analisi testuale.

ANALISI DEI DATI

I° studio - Il questionario agli operatori migranti

Il questionario è stato distribuito a tutti gli operatori stranieri operanti nella struttura (n=79). Hanno risposto, in forma anonima, 46 soggetti (56,69%); il campione è in prevalenza composto da donne (71,11%), coerentemente con la distribuzione di genere nella popolazione sanitaria. L'età media piuttosto alta: 38,9 anni (ds±9,00) e le aree geografiche più rappresentate sono l'America del Sud (38%) e l'Europa dell'Est (36%). La distribuzione dell'età all'interno dei differenti Paesi d'origine è significativamente differente ($\chi^2 = 22,877$ p < .001); i soggetti dell'Europa dell'Est sono più giovani, mentre la componente dell'Asia e dell'Africa è più avanti con l'età. Il campione mostra un livello d'istruzione medio-alto: il 67% dei soggetti supera i 13 anni complessivi di scolarità.

Progetto migratorio: il campione risiede in Italia mediamente da molto tempo (9,8 anni, ds ± 5,11); la presenza dei Sud Americani è significativamente più datata ($\chi^2 = 19,672$ p<.01).

Motivazione all'emigrazione: la prima ragione è la ricerca un lavoro (26,6%), seguita dalla situazione economica precaria del Paese di origine (14,07%); non emergono differenze significative fra gruppi socio-demografici diversi.

Futuro: la maggior parte del campione (52%) non sa quanto a lungo resterà in Italia, denotando una progettualità che pare esaurirsi nel breve termine. A ciò si affianca il dato contrastato sulla voglia di farsi raggiungere in Italia dalla propria famiglia: il "sì" è leggermente in vantaggio rispetto al "no" (34% vs. 33%), ma l'elevata presenza di "missing" e "non so" definisce ulteriormente la confusione in merito ad un futuro italiano, proprio e per i propri cari. Tale incertezza non impedisce però alla maggior parte (62%) del campione di dichiarare la propria volontà di tornare un giorno al Paese di Origine.

Pratica professionale: il campione, che ha un'elevata esperienza nel lavoro con utenti anziani (>5 anni per il 63%

³Vincitore del Premio per la Pace 2006 - Regione Lombardia. Riconoscimento speciale per la sensibilità e la concreta solidarietà dimostrate nei confronti delle popolazioni svantaggiate dei Paesi in via di sviluppo.

degli intervistati), si distribuisce principalmente fra: i lavoratori dell'Est Europa – prevalentemente Infermieri, diplomati nel proprio Paese e assunti direttamente da parte dell'Istituto – ed i lavoratori provenienti dal Sud America (e, in misura minore, anche dall'Africa e dall'Asia), ASA/OSS, formati in Italia ed assunti dalla Cooperativa convenzionata con l'Istituto.

La principale *motivazione per la scelta* del tipo di lavoro è la coerenza con l'indirizzo di studi (33%), seguita dalla percezione di sicurezza e stabilità garantiti dalla professione (24%) e, con uguale frequenza, dalla considerazione degli anziani come persone piacevoli di cui occuparsi.

Soddisfazione lavorativa: i soggetti intervistati si dichiarano per oltre il 57% “abbastanza soddisfatti” e quasi ¼ del campione (24%) si definisce addirittura “molto soddisfatto”. La ragione principale di tale soddisfazione risiede nella percezione di utilità sociale della professione, seguono il rapporto coi colleghi e con gli utenti, e il riconoscimento di un ruolo sociale. La motivazione economica è sì importante, ma non per tutti. Con l'aumentare degli anni di permanenza in Italia, aumenta inoltre l'importanza del rapporto con gli utenti nel determinare la soddisfazione lavorativa ($r = -.352, p < .05$), diminuiscono invece di importanza la sicurezza e la stabilità del rapporto di lavoro ($r = .391, p < .05$). Non emergono differenze significative in funzione della provenienza geografica né di altre variabili, nel determinare il grado di soddisfazione lavorativa. L'apprezzamento da parte dei familiari degli utenti è un fattore che incide in modo significativo ($\chi^2 = 12,333, p < .05$) sulla soddisfazione generale del lavoratore.

Discriminazione: un soggetto su quattro dichiara di aver subito episodi di discriminazione: le percentuali sono molto simili, con episodi più frequenti riferiti a colleghi italiani (29%) piuttosto che da parte di ospiti (25%), familiari (24%) o colleghi stranieri (16%). Decisamente inferiore (7%) è l'incidenza di episodi di discriminazione da parte dei propri superiori.

2° studio - Le interviste semistrutturate ai capi reparto

Il secondo studio consta di 13 interviste svolte con i Coordinatori Infermieristici, ed ha come tema quello della percezione di criticità e risorse nell'équipe multiculturale.

Si sono indagati: la rappresentazione dell'effettiva integrazione degli operatori stranieri all'interno dell'organizzazione aziendale, il loro rapporto con gli utenti, le eventuali differenze percepite tra operatori di diverse etnie, nonché criticità e vantaggi nell'aver un'équipe multiculturale. Le interviste, esaminate secondo la procedura carta/matita,

per rintracciare temi e costrutti maggiormente frequenti e rilevanti, hanno evidenziato una buona soddisfazione rispetto al livello di integrazione, specie se la collaborazione dura da tempo; il rapporto con gli anziani è giudicato poco problematico, pur se vengono segnalati taluni episodi di discriminazione da parte di utenti, rientrati però grazie alla reciproca conoscenza; sono inoltre emersi vividi alcuni stereotipi relativi all'etnia di provenienza: il calore del Sud rispetto alla freddezza dell'Est, le discriminazioni di genere (agite o subite dagli stranieri), le differenze fra chi proviene dalle città o da centri rurali... Fra le criticità, prima fra tutte è segnalata la difficoltà di comunicazione linguistica, seguita dal pregiudizio del “colore della pelle”. La possibilità di confrontarsi con culture diverse è considerata una ricchezza, così come tutti gli intervistati evidenziano la laboriosità dei lavoratori stranieri, ricondotta abbastanza acriticamente, invero, alla categoria del “bisogno economico”. In sintesi, gli italiani sembrano rappresentarsi lo straniero come quello che “ha difficoltà”: a capire, a esprimersi, a farsi rispettare, a sostenersi economicamente. I non italiani non sottolineano così fortemente questi aspetti: forse la lingua non è un problema per chi ha risposto al questionario, un campione che, come si è visto, risiede in media da parecchi anni in Italia, o forse la questione della diversità della lingua è – per noi italiani – un ostacolo tanto evidente da costituire una sorta di alibi per non andare al di là, per non vedere le “nostre” difficoltà nel costruire una comunicazione efficace con l'altro.

Al fine di cogliere dati più “latenti”, meno espliciti, all'interno della cultura locale dell'organizzazione lavorativa, si è scelto di far esaminare il testo delle interviste da un software (T-LAB di Franco Lancia, Copyright © 2001-2011) in grado di prendere in esame il rapporto tra parole (lemmi), il loro strutturarsi in parole “dense”, fornendo così una possibile chiave interpretativa diversa, a partire dai vari nuclei tematici del discorso. Tre le principali aree discorsive individuate:

1) “la sicurezza del noi”, area tematica che descrive ciò che accomuna e, in quanto tale, tranquillizza, tutti gli operatori: cultura, rispetto professionale, “noi e il nostro reparto”, le (comuni) difficoltà...

2) c'è qualcos'altro di comune, di familiare, che però reca con sé sentimenti di minaccia... “la comune paura”, la paura familiare/del familiare... le parole evocano situazioni drammatiche e verbi di azione e reazione: “minaccia”, “parente”, “agire”, “paura”, “uscire”...

3) la terza area è quella dell'altro visto come radicalmente estraneo: qui si esce dalla dicotomia paura/sicurezza, vediamo concentrarsi dei nomi, dei nomi propri, nomi “altri” per noi

italiani (Alina, Fatima, Russia, Amina) insieme al verbo “partire”... l'estraneità è insita nell'essere partiti da un certo punto, e arrivati chissà dove... è un qualcosa da medicare, da curare.

A partire dai temi rilevanti emersi in questo studio – ovvero la questione della difficoltà linguistica, della discriminazione agita e/o percepita, delle risorse (laboriosità) collegate alla diversità (provenire da Paesi poveri) e dalla loro parziale contraddittorietà con quanto dichiarato nei questionari dai colleghi migranti, non si può non evidenziare un *fil rouge*: la percezione della funzione e dell'organizzazione del contesto di lavoro, così come delle mansioni inerenti alla cura, sono differenti in soggetti con patrimoni culturali diversi. Lo straniero appare ancora al *management* aziendale un universo semiconosciuto, e perciò in qualche misura inquietante, da metabolizzare e normalizzare per renderlo meno minaccioso, negandone al limite le diversità. Ma questo fluttuare fra xenofobia e xenofilia si rivela un dibattito puramente immaginario, che ci preclude l'accesso al “vero” Altro. Come procedere per far sì che l'incontro di tali diversità divenga un'autentica opportunità di crescita e cambiamento, a partire dall'assunzione della propria estraneità a noi stessi? Come far sì che l'accoglienza – per usare le parole di Derrida – divenga una pratica per cui “*l'ospite che accoglie e che si crede proprietario di luoghi, è in verità un ospite ricevuto nella propria casa*” (Derrida, 1998)?

3° studio - Il laboratorio interculturale: focus-group

L'esperienza laboratoriale si è articolata in quattro incontri (strutturati secondo la modalità interattiva del *focus-group immaginativo*), durante i quali i dieci partecipanti hanno condiviso e confrontato le rappresentazioni: dell'anziano; della malattia e della cura; della morte e del ricordo; del progetto migratorio.

Gli incontri, che prevedevano l'utilizzo di domande aperte, associazioni di idee, produzioni scritte e grafiche, stimoli grafico-pittorici, sono stati audio-registrati ed analizzati con il software T-LAB.

Le analisi svolte sui testi del *focus group* hanno innanzitutto consentito di organizzare una rappresentazione dei contenuti del discorso attraverso pochi e significativi *cluster*, ciascuno dei quali risulta costituito da un insieme di frasi che si riferiscono a temi relativamente omogenei. I *cluster* che si sono individuati sono 5 (*Malattia, Vecchiaia, Dolore, Rito, Generatività*), di cui il primo è quello che spiega

la maggior varianza (44%): il tema della *malattia* è dunque in primo piano, cosa del resto intuibile in un luogo come l'RSA, dove gli anziani di fatto raramente sono in buona salute... Il tema della morte si è articolato in due ambiti: il *dolore* e il *rito*. Infine, si è presentato questo gruppo di parole “dense” che abbiamo definito il *cluster* della *generatività*, del ciclo di vita, perché al suo interno sono presenti molte parole che rimandano alla gioventù, al matrimonio, alle feste... in qualche misura è attraverso questo *cluster* che si è svolto il discorso di ciascuno anche sul proprio percorso esistenziale.

Questi *cluster* si dispongono all'interno di un piano fattoriale tridimensionale, con 3 assi (x, y e z). Il primo asse (x) è quello su cui si dispongono i discorsi che vanno da un polo, che rappresenta l'invecchiamento come momento sociale, che prevede anche una sua ritualità condivisa dalla comunità, al polo opposto: la vecchiaia come malattia e l'anziano come “paziente”. Definiamo quindi l'asse x come “*invecchiamento fra tradizionale e medicalizzato*”. Il secondo asse (y) lo abbiamo definito “*invecchiamento tra esperienza e perdita*”: da un lato le parole dense sono inerenti la generatività, la differenza, il decidere, temi cioè che rimandano alla saggezza dell'anziano, mentre dall'altra troviamo parole come dolore, piangere, vedovo, chiamare, che evocano la mancanza, la perdita che la vecchiaia porta con sé. Il terzo asse (z), che interseca i primi due, lo abbiamo nominato “*i riti della vita*”: a un'estremità c'è la questione del dolore, dall'altra lemni come rito, credere, bara, ovvero tutta quella ritualità simbolica tramite la quale l'uomo ha, da sempre, cercato di attenuare ed elaborare il dolore del lutto.

Si è poi scelto di verificare come il discorso si strutturasse in funzione delle diverse appartenenze etniche maggiormente rappresentate nella popolazione in esame⁴: Sudamericani, Est-Europei, Italiani. Mentre le parole prevalenti nel discorso degli immigrati dell'est Europa (che sono anche la parte più giovane del nostro campione) hanno a che fare con la vita, in equilibrio fra il passato in famiglia ed un presente fatto del lavoro nell'istituzione, gli italiani parlano prevalentemente della vecchiaia come qualcosa di assimilabile alla morte e alla malattia, caratterizzata da solitudine ed atti assistenziali, e per i sudamericani l'anziano e la fine restano dicibili in quanto inseriti in un contesto familistico e tradizionale.

L'esperienza laboratoriale ha implicato condivisione di esperienze, pensieri, ricordi, proverbi, usanze... e perciò ha senz'altro favorito lo svilupparsi nel gruppo dei partecipanti di

⁴T-LAB, Analisi delle Corrispondenze: consente di analizzare tabelle con valori di occorrenza per i gruppi in esame.

MATERIALI DI LAVORO

un clima di curiosità, fiducia ed interesse reciproco, tanto che si è potuto realizzare insieme un DVD (*"Le parole della cura"*, 2010) in cui i soggetti hanno potuto "giocare" con le parole più "dense" emerse dal lavoro, associandole a stimoli quali i colori, le parti del corpo, il cibo... in cui differenze e similitudini si sono intrecciate armonicamente.

CONCLUSIONI

*"Ma ciò che è proprio, deve essere appreso,
al pari di ciò che è straniero"*

(F. Hölderlin)

Le conclusioni di questo studio evidenziano come gli stranieri siano portatori di una cultura che ha ancora viva in sé la questione del legame familiare. Essi ci ricordano l'importanza di "rendere case abitabili" le nostre Istituzioni, troppo spesso vittime di un riduzionismo scienziato che vede l'anziano quasi esclusivamente come un corpo, relativamente malfunzionante, da riparare o da nascondere, per sostenere nel discorso sociale l'immagine ideale, sempre giovane e iperperformante, dello stereotipo di uomo dell'occidente post-capitalista.

Un altro punto forte che emerge è che solo attraverso il simbolico (i riti, i miti, i proverbi, ma anche il quotidiano scambio discorsivo) si può operare il tentativo di ridurre il senso di estraneità a noi stessi, elaborandola, senza agirla nel rifiuto dell'Altro: sia che si tratti dell'Altro-straniero perché viene da lontano, dell'Altro-straniero perché cittadino di un'Italia spesso troppo poco accogliente, ma pure dell'Altro-straniero in quanto vecchio e malato...

L'esperienza svolta con questa ricerca, in definitiva, mette in evidenza l'importanza di spazi laboratoriali che consentano un *abitare nuovo*: con lo straniero che bussava alle porte del nostro Paese e dei nostri luoghi di lavoro, e con lo straniero che, da sempre, è parte di noi. Si tratta, in particolare per quelle istituzioni che erogano servizi alla persona e che hanno al loro interno un numero crescente di operatori stranieri, di un lavoro in più, che va al di là della necessità di istituire buone pratiche di assistenza e cura. Tempi e luoghi di elaborazione aggiuntiva, per realizzare una *formazione permanente* del gruppo-équipe alla "contaminazione" fra diversi pensieri, desideri, comportamenti. Una formazione che non sia però costituita da un mero trasferimento di nozioni, per quanto esplicative dei processi in atto, ma che pas-

si attraverso la *ristrutturazione innovativa di pratiche organizzative consolidate* (come ad esempio la condivisione del Piano Assistenziale Integrato), al fine di favorire una riflessione attiva da parte dell'intera équipe e garantire un nuovo approccio alla complessità del paziente anziano, proprio a partire dalle complessità, vecchie e nuove, insite nel corpo curante.

Contatti:

Dott.ssa Irene Carrano irenovecento@gmail.com

Dott.ssa Paola Grifo paola.grifo@fastwebnet.it

BIBLIOGRAFIA

Baumann LC. Culture and Illness Representation. In L. D. Cameron and H. Leventhal (eds.), *The Self Regulation of Health and Illness Behaviour*, London, New York, Routledge, 2002.

Bidussa D. *La Repubblica/D*, 14.07.2007.

Carli R. Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali. *Rivista di Psicologia Clinica* 1990;4:282-96.

Cigoli V. *Migrazioni e famiglie. Percorsi, legami, interventi psicosociali*. Bologna, Il Mulino, 2005.

Derrida J. Addio a Emmanuel Lévinas, Editoriale Jaca Book SpA, Milano 1998:103.

Flick U. Health Concepts in Different Contexts, *J Health Psychol* 2003;8(5):483-4.

Fondazione Cecchini Pace (2006). Progetto Ancilla: il prendersi cura dell'anziano: l'A.S.A., la nuova professione delle donne immigrate in Italia.

Freud S. Opere 1917-1923: L'io e L'Es e altri scritti. In: OSF, Vol. IX, Torino: Bollati Boringhieri (tr: it. 1967).

Hakim H, Wegmann D. A Comparative Evaluation of the Perceptions of Health of Elders of Different Multicultural Backgrounds. *J Community Health Nurs* 2002;19(3):161-71.

I.S.M.U., Undicesimo rapporto sulle migrazioni 2005, Franco Angeli, Milano 2006.

Kristeva J. *Stranieri a se stessi*, traduzione dal francese di Alessandro Serra, Feltrinelli, Milano 1990.

Motoike J. The professional identity of Asian American women psychologists: integrating culture. *Dissertation Abstracts International* 2004;64(9-B). OMS. AA.VV., 2001.

Rapporto Caritas, Migrantes, 2010.

T-LAB, software per l'analisi testuale del contenuto. Copyright © 2001-2011 T-LAB di Franco Lancia.

Winkelmann-Gleed A, Seeley J. Strangers in a British world? Integration of international nurses. *Br J Nurs* 2005;14(18):3-26 e 954-61.

I grafici, le tabelle e le immagini relativi all'articolo sono disponibili sul sito internet www.grg-bs.it alla voce "letteratura" - "riviste" - "I Luoghi della cura".

L'autopercezione degli anziani ospedalizzati: analisi di un caso presso l'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale San Gerardo di Monza

Carla Facchini^o, Pamina Baccella*, Alice Corno*, Andrea Mazzone*, Giorgio Annoni**

^o Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università degli Studi di Milano-Bicocca

* Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Milano-Bicocca

** Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Clinica Geriatrica, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza

Negli ultimi anni, a fronte del progressivo invecchiamento della popolazione registrato nei paesi occidentali, sempre maggior interesse hanno destato gli studi volti ad indagare i meccanismi della senescenza, con l'obiettivo di mettere a punto strategie idonee ad incrementare la longevità. Tuttavia, non si può ignorare che, non di rado, prolungare la vita significa anche prolungare il periodo di disabilità e morbilità dell'individuo. Il progresso della medicina, sia dal punto di vista diagnostico che dal punto di vista terapeutico, ha portato infatti anche ad un effetto che si potrebbe definire paradossale, ovvero il prolungamento del periodo di malattia (Christensen et al., 2009). L'obiettivo principale dovrebbe quindi essere, prima ancora che l'aumento della longevità, garantire un'adeguata qualità della vita preservando il più a lungo possibile l'autonomia dell'individuo.

Esistono in letteratura numerosi studi che hanno preso in esame il problema della qualità della vita nel soggetto anziano (Hambleton e Keeling, 2009). È chiaro che definirne con precisione i determinanti non è cosa agevole, anche perché si entra in un campo estremamente soggettivo. La maggior parte delle ricerche ha evidenziato come la salute sia l'elemento più rilevante nel definire la qualità di vita percepita dall'individuo. D'altra parte, in molti casi esiste una discrepanza tra le oggettive condizioni di salute e la percezione che ne ha la persona. Il benessere non si può quindi misurare unicamente in termini di malattia / assenza di malattia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce, infatti, la sa-

lute come "uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale" e non soltanto come assenza di malattia (WHO, 2006).

Nello stesso tempo, la salute non è l'unico determinante nel giudizio che un soggetto dà della propria vita, ma esistono anche altri fattori che, in alcuni casi, possono "pesare" di più, in positivo o in negativo, rispetto alla salute stessa (Alesii et al., 2006). A questo proposito può essere interessante considerare un'indagine, intitolata "Il tempo della terza età", condotta dal CENSIS nel 2007 intervistando un campione di 1000 anziani rappresentativi della realtà nazionale. Ciò che emerge con maggior forza è l'importanza attribuita alla vita relazionale come determinante del benessere. Si possono citare, ad esempio, un paio di dati significativi: il 95% degli intervistati si diceva convinto che una vita ricca di relazioni ed impegnata incidesse positivamente sulla salute; il 43% affermava addirittura di aver sperimentato in prima persona che una vita ricca di relazioni riduceva la necessità di assumere farmaci. Quasi tre anziani su quattro ritenevano che fosse necessario investire nella costituzione di luoghi di aggregazione più ancora che su dispositivi utili a rendere le abitazioni più comode e consone alle loro necessità. La solitudine è risultata essere la principale preoccupazione, ancor più delle limitazioni funzionali e della perdita di autonomia (Censis, 2007).

Se nel caso delle malattie acute il principale sforzo è diretto alla risoluzione delle stesse e, quindi, alla guarigione, il problema della qualità della vita diventa ineludibile per i soggetti che, come la maggior parte dei pazienti anziani,

ESPERIENZE

sono affetti da patologie croniche. L'interesse per questa tematica appare dunque intrinsecamente connesso alla geriatria, branca della medicina che più di ogni altra propone un approccio multidimensionale al paziente.

GLI OBIETTIVI DELLO STUDIO

In questo breve lavoro abbiamo voluto indagare alcuni aspetti inerenti la qualità della vita in un particolare gruppo di anziani. Si tratta di un campione che si discosta sensibilmente da quello "generale" preso in considerazione dal CENSIS, in quanto costituito da soggetti anziani in contatto con la realtà ospedaliera. L'esiguità numerica del campione potrebbe senz'altro essere un limite della nostra ricerca, ma riteniamo che i dati da noi ottenuti possano essere comunque interessanti proprio in virtù della specificità della nostra analisi. In molti altri studi relativi alla qualità della vita, infatti, esiste una netta cesura tra soggetti sani e soggetti malati, per cui il problema salute emerge come variabile talmente importante da lasciare in ombra tutte le altre. Andando invece a considerare una popolazione di soggetti accomunati dall'esistenza di una qualche problematica sanitaria, una popolazione dunque più omogenea da questo punto di vista, siamo in grado di ridurre notevolmente il peso di questa importante variabile, e questo ci consente, da una parte, di dare rilievo maggiore al problema dell'auto-percezione della propria salute e, dall'altra, di indagare anche su altre variabili.

Partendo da queste premesse, ci siamo concentrati su quattro aree:

1. La percezione del proprio stato di salute, il "peso" della malattia sulla vita della persona e dei suoi familiari, la necessità di assistenza;
2. La rete familiare e sociale, intesa come composizione e frequenza dei contatti, nonché il ruolo esercitato dal soggetto all'interno della propria famiglia;
3. Il rapporto con il Medico Curante e la percezione dell'adeguatezza delle cure e dell'assistenza;
4. Il tono dell'umore ed il giudizio generale sulla propria vita passata e presente.

Lo scopo che ci siamo prefissati è stato quello di cercare di identificare i fattori che giocano un ruolo maggiore nel determinare il benessere soggettivo, partendo dal presupposto che questo potrebbe non essere strettamente o esclusivamente correlato alle oggettive condizioni di salute.

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

Nel periodo marzo-giugno 2011 abbiamo reclutato 110 pazienti ricoverati nella Struttura Complessa Clinicizzata (S.C.C.) Geriatria dell'Ospedale San Gerardo di Monza in regime di degenza ordinaria o di Day Hospital e abbiamo somministrato loro un questionario composto da una prima parte diretta a raccogliere dati anagrafico-anamnestici e da una seconda parte dedicata alla percezione soggettiva della propria qualità di vita. Il livello di autonomia è stato valutato utilizzando le scale B-ADL (Basic Activities of Daily Living) e IADL (Instrumental Activities of Daily Living); il Charlson Comorbidity Index è un indicatore del numero e del peso delle patologie croniche dalle quali il soggetto è affetto. Relativamente allo stato cognitivo, sono stati considerati deteriorati i pazienti che già presentavano in anamnesi una storia di deterioramento cognitivo o che avevano un punteggio al MMSE (Mini Mental State Examination) inferiore a 24/30. Sono ovviamente stati esclusi dall'indagine tutti quei soggetti che, a causa di un deterioramento cognitivo severo, non sarebbero stati in grado di partecipare all'intervista.

La nostra popolazione è equamente suddivisa tra maschi (49%) e femmine (51%), con un'età media di 82,2 anni. I pazienti intervistati andavano da un minimo di 65 anni ad un massimo di 99 anni e provenivano per la maggior parte dalle regioni settentrionali. Il livello di scolarità è risultato abbastanza basso: più del 60% dei soggetti ha una licenza elementare o non possiede alcun titolo di studio, mentre soltanto il 3% ha conseguito la laurea. Dal punto di vista della storia lavorativa, il campione è piuttosto eterogeneo, con una leggera prevalenza degli operai non qualificati (circa il 30%).

I pazienti presentavano un buon livello di autonomia funzionale (B-ADL medio di 4,8/6) con un Charlson Comorbidity Index medio di 3,8; come facilmente intuibile, le patologie più rappresentate sono quelle cardiovascolari. Un paziente su tre presentava un deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato, che non ha comunque inficiato la possibilità di partecipare all'indagine.

Più del 50% degli intervistati è sposato e vive quindi con il coniuge (talvolta con dei figli non sposati ancora in casa). I vedovi rappresentano invece il 38% del campione. Complessivamente, soltanto un quinto dei pazienti vive da solo; un altro quinto si divide equamente tra coloro che abitano con un figlio (sposato o meno) e coloro che sono assistiti da badante 24 ore su 24. Meno di un paziente

su dieci vive con un altro familiare (fratello/sorella o nipote). Il numero medio di figli è relativamente basso (1.4) considerando la classe di età cui appartengono i pazienti. Abbiamo chiesto ai pazienti come fosse composta la loro rete familiare e amicale. Al di là dei figli e dei nipoti, più della metà degli intervistati ha ancora fratelli e/o sorelle in vita e uno su tre ha altri parenti. Come facilmente intuibile, la frequenza degli incontri tende a ridursi quasi progressivamente considerando i parenti meno stretti. È interessante notare che, in alcuni casi, i rapporti con fratelli o sorelle sono più stretti di quelli con i nipoti. Agli intervistati è stato anche domandato se fossero ancora in grado di prestare un aiuto ai loro familiari nella vita quotidiana. Complessivamente soltanto quaranta pazienti hanno risposto affermativamente. L'aiuto più frequente è quello prestato con i nipoti o quello prestato in casa, ma qualcuno ha anche riferito di fare commissioni per i propri familiari o di offrire un contributo di tipo economico.

Per quanto riguarda la rete amicale, gli intervistati si sono suddivisi in modo abbastanza equo tra coloro che non hanno più amici viventi, o che non sono più in grado di vederli, e coloro che invece continuano a frequentarli. È da sottolineare che in quest'ultimo gruppo quasi tutti hanno riferito di incontrare gli amici una o più volte alla settimana. Gli incontri avvengono più frequentemente all'esterno delle mura domestiche, con una vasta gamma di opzioni che vanno dal bar/ristorante ai centri per gli anziani, dai giardini pubblici alla chiesa, dal cinema fino ai centri sportivi.

Va sottolineato che, nella nostra indagine, abbiamo scelto di focalizzarci sui veri e propri incontri con amici e parenti, ma molti intervistati hanno raccontato di utilizzare il telefono per mantenere i contatti, quando non è possibile fare altrimenti per difficoltà fisiche o per lontananza.

Al di là dei dati oggettivi sulla composizione della rete sociale, abbiamo anche domandato ai pazienti se si sentissero soli: il 60% degli intervistati ha risposto di non avvertire mai una sensazione di solitudine; solo il 13% ha ammesso di soffrirne spesso, mentre per tutti gli altri si tratta di un'esperienza occasionale.

Agli intervistati è stato chiesto se avessero bisogno di assistenza nella loro vita quotidiana. Il 51% ha risposto affermativamente: più nello specifico, il 17% ha riferito un'elevata necessità di aiuto, mentre il 34% ha dichiarato di averne bisogno soltanto in poche attività. La figura del *caregiver* è prevalentemente rappresentata da un familiare (figlio, coniuge o altro), non necessariamente con-

vivente: circa il 60% di coloro che sono assistiti da un figlio non condivide infatti la stessa abitazione.

Un paziente su tre è assistito da badante (convivente o meno), figura generalmente ben accettata e giudicata positivamente: i due terzi hanno definito il loro rapporto con la badante buono o addirittura ottimo, mentre nessuno si è espresso in termini negativi.

AUTOPERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE E GIUDIZIO SULLA PROPRIA VITA

Dal momento che la nostra indagine è stata condotta su una popolazione di anziani ospedalizzati, sarebbe stato possibile ipotizzare una valutazione negativa sul proprio stato di salute da parte della maggioranza dei soggetti. Invece il 65% degli intervistati ha giudicato la propria salute positivamente, mentre solo il 35% in termini negativi o appena sufficienti. Questo dato conferma quanto già detto nelle premesse, ovvero l'esistenza di una discrepanza tra gli aspetti oggettivi e la percezione soggettiva dell'individuo. Tuttavia è interessante notare che, nonostante questa visione sostanzialmente positiva, circa la metà dei pazienti ha dichiarato di ritenere che i problemi di salute condizionino in modo significativo la propria vita, in particolare lamentando limitazioni nelle attività della vita quotidiana fino alla dipendenza funzionale. Questo aspetto è stato evidenziato frequentemente, a differenza della vera e propria sofferenza fisica che soltanto pochi hanno citato. Il 30% degli intervistati ha dichiarato inoltre di ritenere che le proprie problematiche di salute influenzino la vita dei familiari, e anche in questo caso la necessità di assistenza nella vita quotidiana è risultata nettamente più frequente rispetto a difficoltà di natura economica o ad aspetti di tipo emotivo.

Nella parte finale dell'intervista abbiamo rivolto la nostra attenzione ad una visione più generale, dunque non necessariamente incentrata sul problema salute, che gli anziani hanno della loro vita, facendo una distinzione tra il vissuto relativo alla vita passata e la percezione della vita attuale. Per quanto riguarda la vita passata, predomina un giudizio molto o abbastanza positivo per la maggior parte degli intervistati; soltanto pochi pazienti si sono dichiarati poco o affatto soddisfatti. La distribuzione delle risposte cambia considerando il giudizio sulla vita attuale. Tra chi ha giudicato molto soddisfacente la propria vita passata, soltanto uno su tre ha riconfermato lo

ESPERIENZE

stesso giudizio anche per la situazione attuale: anche se comunque i più si sono definiti abbastanza soddisfatti, le risposte negative sono più frequenti. La famiglia è certamente l'elemento di maggior gratificazione, tanto per gli uomini quanto per le donne, tanto in relazione al passato, quanto in relazione al presente. Nel cercare di definire quali fossero le principali preoccupazioni degli anziani, abbiamo ottenuto delle risposte molto variegata. La malattia e la dipendenza dagli altri sono indubbiamente gli elementi ricorrenti, anche se non va trascurato il fatto che circa un intervistato su quattro ha dichiarato di non avere alcuna preoccupazione. Una discreta quota di pazienti ha citato paure relative alla salute dei familiari e alla famiglia in generale: preoccupazioni dunque non incentrate sul sé, ma proiettate sulle persone care. Solo pochi intervistati hanno indicato la solitudine e la morte come fonte di ansia.

Poiché la nostra indagine partiva dall'intento di ricercare quali fossero i fattori legati ad una buona qualità della vita, abbiamo rivolto questa domanda direttamente ai nostri pazienti, i quali hanno individuato la salute e gli affetti familiari come elementi fondamentali, sottolineando, peraltro, la preminenza della salute, che ha ottenuto il doppio dei "consensi". Anche se questo risultato è in accordo con quanto emerso in molte ricerche, fa riflettere il particolare contesto di indagine: i pazienti intervistati sono stati colti in una fase della loro vita nella quale si trovano a fronteggiare un problema "acuto" di salute, e dunque è facile supporre che alla salute attribuiscono un ruolo preminente.

Se suddividiamo i pazienti in base al livello di soddisfazione per la loro vita attuale (soddisfatti vs. insoddisfatti), è possibile individuare alcune caratteristiche che differenziano in modo significativo i due gruppi. Nel nostro campione i soggetti più soddisfatti hanno un miglior livello di autonomia, hanno una buona percezione delle loro condizioni di salute, ritengono che i loro problemi di salute abbiano condizionato poco la loro vita e quella dei loro familiari, hanno un buon tono dell'umore e sono soddisfatti della loro vita passata.

Alcune di queste conclusioni possono apparire abbastanza ovvie, tuttavia ci sono almeno due aspetti da sottolineare. In primo luogo, la soddisfazione dei pazienti non appare correlata a dati più oggettivi come l'entità delle comorbidità: la percezione della salute, dunque, non va necessariamente di pari passo con le vere e proprie condizioni oggettive di salute dell'individuo, ma sembra essere maggiormente influenzata dal vissuto soggettivo del paziente.

In secondo luogo emerge l'importanza del mantenimento dell'autonomia funzionale dell'individuo, un elemento cardine alla luce della moderna definizione di salute proposta dall'OMS e comunemente accettata. Nel nostro campione non solo la percezione del proprio stato di salute e il grado di soddisfazione attuale, ma anche la percezione della vita passata è risultata essere significativamente diversa nei pazienti autonomi rispetto ai pazienti dipendenti. Il grado di autonomia, infatti, non si correla solo con lo "stato fisico" del paziente, ma ha importanti ripercussioni sociali ed emotive, e diventa quindi un obiettivo fondamentale nel caso degli anziani.

RAPPORTO CON IL MEDICO

Il problema della cronicità ha, negli ultimi decenni, rivoluzionato gli orizzonti della medicina. All'inizio del secolo scorso il medico si trovava a gestire, con risorse a disposizione ancora limitate, problematiche per lo più acute; oggi, il confronto con i pazienti cronici è diventato parte fondamentale del lavoro quotidiano. Dal punto di vista del medico, diventa quindi inevitabile chiedersi come impostare il suo rapporto con i suoi pazienti e quale ruolo la sua figura assume nel loro vissuto personale.

Per questa ragione abbiamo incluso nella nostra intervista alcune domande relative al rapporto con il Medico Curante, prendendo in considerazione due aspetti: la frequenza di accesso al servizio di medicina generale e il grado di soddisfazione degli intervistati.

Circa il 75% dei pazienti ha affermato di recarsi dal proprio Medico Curante una volta al mese o meno, spesso soltanto per il rinnovo delle prescrizioni terapeutiche. Qualcuno ha infatti espresso l'opinione che il Medico di Medicina Generale sia diventato ormai poco più di un impiegato che si limita a smistare i problemi ai vari specialisti. Tuttavia, la quasi totalità dei pazienti si è dichiarata soddisfatta del proprio Medico Curante, pur sottolineando alcuni aspetti da migliorare: riduzione dei tempi di attesa, visite più approfondite, maggiore presenza e disponibilità (anche per le visite domiciliari) e soprattutto un rapporto medico-paziente meno freddo e distaccato che lasci maggiore spazio all'ascolto.

Questa ultima considerazione è di particolare interesse perché ci porta a spostare la nostra attenzione dagli aspetti tecnici della professione a quelli relazionali. Molto spesso i pazienti attribuiscono molta più importanza alla qualità del rapporto umano che alle competen-

ze professionali del loro medico. Chiedono di avere di fronte una persona che non sia soltanto in grado di gestire le loro problematiche fisiche ma che si faccia in qualche modo carico anche della dimensione sociale ed emotiva della loro vita.

Per il geriatra, il punto di partenza per questo tipo di relazione è la valutazione multidimensionale, lo strumento attraverso il quale le problematiche di salute dell'individuo possono essere inserite in un panorama più ampio, comprendente gli aspetti relativi all'emotività e al vissuto soggettivo, il contesto di vita, la rete assistenziale e sociale. Si tratta di un compito molto più ampio della semplice cura della malattia, ma è evidente che, essendo il paziente anziano quasi per definizione un paziente cronico, non considerare il problema della qualità della vita significherebbe svolgere il proprio lavoro soltanto a metà. Il medico non dovrebbe mai dimenticare che non deve

tanto curare un corpo, quanto prendersi cura di una persona nella sua interezza.

BIBLIOGRAFIA

Alesii A, Mazzarella F, Mastrilli F et al. The elderly and quality of life: current theories and measurements. *G Ital Med Lav Erg* 2006;28(3 Suppl 2):99-103.

Censis, Il tempo della terza età. Indagine Censis salute – La Repubblica, 2007.

Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009;374 (9696):1196-1208.

Hambleton P, Keeling S. The jungle of quality of life: mapping measures and meanings for elders. *Australas J Ageing* 2009;28(1):3-6.

WHO-Constitution of the World Health Organization - Basic Documents. Organizzazione Mondiale della Sanità, Ottobre 2006.

Analisi dell'*incident reporting* delle cadute nell'istituto Piccolo Cottolengo Don Orione di Milano

Anna Castaldo, Renzo Bagarolo

Piccolo Cottolengo di Don Orione, Milano

INTRODUZIONE

Le cadute nelle persone istituzionalizzate, soprattutto se anziane, rappresentano un problema sanitario rilevante in quanto talvolta possono portare ad esiti molto sfavorevoli.

L'organizzazione Mondiale della Sanità definisce la caduta "un cambiamento nella posizione non intenzionale che costringe una persona ad accasciarsi a terra sul pavimento o a un livello più basso..." (WHO, 2007).

La prevalenza delle cadute varia in base al *setting* e al tipo di popolazione considerata.

Tra il 30% e il 75% delle persone degenti/residenti in servizi di lunga degenza cade ogni anno e, di questi, tra il 40% e il 50% ha cadute ricorrenti. L'incidenza di cadute è più elevata nelle persone istituzionalizzate rispetto a quelle che vivono a domicilio – da 0,6 a 3,6 per letto all'anno – con una media di 1,7 cadute (Rubenstein, 2006). Nelle *nursing home* le persone anziane hanno mediamente da 1,7 a 2,6 cadute all'anno (WHO, 2007; Bemis-Dougherty e Delaune, 2008).

In uno studio condotto nel 2004 da Heinze et al. (2007) la prevalenza di cadute risultava maggiore nelle *nursing home* rispetto agli ospedali, rispettivamente 7,1% e 3,4%. Inoltre il tasso di cadute su 1000 giorni di degenza era pari a 4,2 negli ospedali e 5,1 nelle *nursing home*. Tale andamento è stato confermato da un altro studio, condotto sempre in Germania (Mertens et al., 2007), in cui la prevalenza di cadute nelle *nursing home* era circa tre volte più alta che negli ospedali (6,6% vs 2,5%).

Gli esiti delle cadute possono essere distinti in due categorie principali (Voyer et al., 2007):

- lesioni minori: includono lacerazioni con o senza sutura, escoriazioni, contusioni, dolore e altre lesioni tissutali minori;
- lesioni maggiori: includono ogni tipo di frattura o le-

sioni che richiedono almeno due giorni di riposo a letto o ricovero in ospedale.

L'Institute for Clinical System Improvement (2010), un'associazione scientifica statunitense, raccomanda l'utilizzo di una classificazione più articolata delle lesioni correlate alle cadute:

1. assenza di danno apparente;
2. minore: contusione o abrasione;
3. moderato: danno che causa la dislocazione di cannula o di linea infusione, o una frattura, o una ferita che richiede sutura;
4. maggiore: danno che richiede un intervento chirurgico o il ricovero in terapia intensiva per il monitoraggio di conseguenze che mettono in pericolo di vita;
5. morte.

In generale le cadute producono delle lesioni minori e maggiori nel 20-30% dei casi e nel 10-15% richiedono un invio in pronto soccorso (WHO, 2007). Le cadute traumatiche aumentano esponenzialmente con l'aumentare dell'età (WHO, 2007) e variano dal 9% al 15% nei *setting* residenziali, esitando in frattura nel 4% circa dei pazienti (Bemis Dougherty e Delaune, 2008).

La regione Lombardia nell'ultimo decennio ha dedicato molta attenzione al problema delle cadute (rilevazione, mappatura e sviluppo di strategie preventive) nei diversi ambiti di vita e di cura (dal domicilio all'ospedale). Nell'ambito delle RSA la delibera regionale 7435/2001 ha introdotto, tra i requisiti di accreditamento, l'adozione di linee guida per la prevenzione delle cadute e la delibera 12618/2003 ha previsto la registrazione del numero di cadute di ciascun ospite tra i dati SOSIA (Scheda Intermedia di Osservazione dell'Assistenza) da inviare periodicamente alla Regione. Recentemente la Direzione Generale Sanità della Lombardia (Decreto 7295/2010) ha emanato delle linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in

ospedale e in RSA-RSD (a gestione diretta), che pongono particolare attenzione alla valutazione dei rischi ambientali e del rischio di caduta intrinseco dei pazienti e all'articolazione di un sistema di *incident reporting* aziendale, quale requisito indispensabile per il flusso informativo socio-sanitario regionale.

METODI E STRUMENTI

Lo studio è basato sull'analisi dell'*incident reporting* relativo alle cadute delle persone assistite nell'istituto Don Orione di Milano, struttura di lunga assistenza (*Long term care facilities* - LTCF-) che al 2010 comprendeva:

- residenza per anziani: 201 posti letto in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani), di cui due nuclei alzheimer;
- residenza per disabili: 72 posti letto in RSD (Residenza Sanitaria per Disabili) e 10 in CSS (Comunità Socio Sanitaria per disabili);
- degenza riabilitativa: 24 posti letto di REG (Riabilitazione Extraospedaliera estensiva generale/geriatrica e mantenimento).

I dati sono stati rilevati attraverso apposite schede di segnalazione introdotte nel 2002 e modificate nel 2008 (Allegato A), in occasione dell'implementazione di un protocollo clinico assistenziale sulla valutazione e preven-

zione delle cadute. La scheda è strutturata in due sezioni, di cui la prima è compilata dall'infermiere e la seconda dal medico.

Il protocollo, basato su linee guida internazionali, è stato sviluppato da un gruppo di lavoro multidisciplinare ed è stato presentato in una serie di eventi formativi di tre ore a tutto il personale sanitario-assistenziale, prima della sua applicazione.

L'analisi dei dati, raccolti in un *data base* aziendale appositamente costruito in Excel, è stata realizzata con SPSS versione 19/2010.

RISULTATI

Le cadute registrate complessivamente nel 2010 sono state 259, di cui il 62,5% riferite alla RSA, il 24,3% alla RSD e il 13,1% alla REG.

L'incidenza delle cadute, calcolata per periodo di osservazione in 1000 giornate/ospite, è stata analizzata all'interno delle diverse tipologie di servizio e varia da 2,30 per le RSA e RSD a 4,20 per la REG. Dal 2006 al 2010 si può osservare una riduzione dell'incidenza di cadute nei servizi residenziali RSA e RSD (Fig. 1), mentre nel servizio di Riabilitazione (REG), attivato più di recente, si osserva un aumento delle cadute rispetto al 2009 (2,79 vs 4,20).

Nel 2010 le persone accolte/ricoverate globalmente in

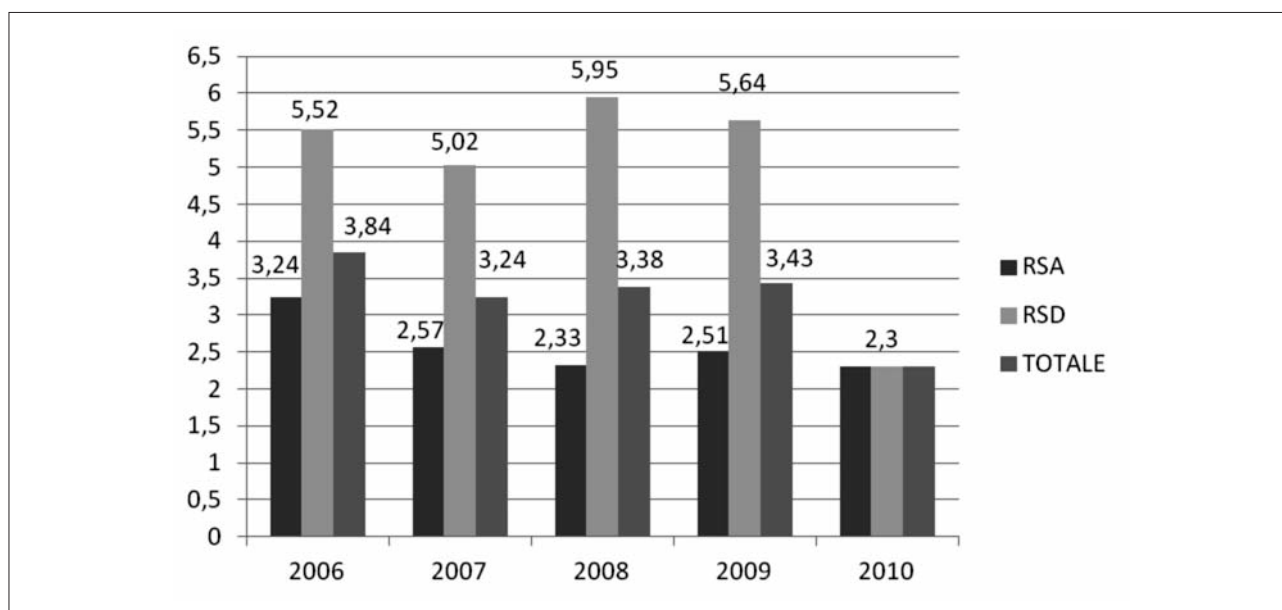


Figura 1 - Incidenza cadute in RSA e RSD per anno.

ESPERIENZE

tutti i servizi da gennaio a dicembre sono state 457; di queste sono cadute complessivamente 106 persone (23,2%). In particolare in REG è caduto l'11,9% (16/135) dei pazienti; in RSA il 27,5% (66/240) e in RSD il 29,3% (24/82) degli ospiti.

La media delle cadute nei diversi servizi è risultata diversa in modo statisticamente significativo: REG (1,75; Ds $\pm 0,93$), RSD (2,67; Ds $\pm 3,34$), RSA (2,53; Ds $\pm 3,86$). Il 50% degli ospiti (53/106) è caduto solo una volta e l'altra metà ha avuto cadute ricorrenti nell'anno. Il numero di cadute va da un minimo di 1 a un massimo di 31 (si tratta di un'ospite anziana con disabilità congenita). Non sono state osservate differenze significative nella frequenza delle cadute nei vari servizi, cioè tra gli ospiti che cadono una volta e quelli con cadute ricorrenti.

L'età degli ospiti caduti va da un minimo di 32 (ospite in RSD) ad un massimo di 102, con una media di 74,4 (Ds $\pm 17,16$). Naturalmente l'età media varia in funzione della tipologia di servizio/residenza: 78 (REG), 50 (RSD) e 83 anni (RSA).

Il mese e il giorno in cui sono state registrate più cadute sono stati rispettivamente dicembre e mercoledì (e martedì similmente) mentre a gennaio e di domenica si sono verificate meno cadute.

La metà delle cadute è avvenuta durante il turno del pomeriggio (soprattutto in RSD) ed in particolare nella fa-

scia oraria dalle ore 14.00 alle ore 18.00. In RSA le cadute si sono verificate senza differenza nei due turni diurni, mentre in REG circa la metà delle cadute è avvenuta durante il turno di mattina (soprattutto dalle ore 7.00 alle ore 11.00).

Poco più della metà delle cadute (54,8%) si è verificata in presenza di testimoni.

Le cadute sono avvenute più frequentemente nei luoghi comuni – soggiorno, sala da pranzo, corridoio – (totale 52,4%) rispetto agli spazi privati – camera di degenza e bagno – (totale 40,3%). In termini assoluti però la camera da letto è il luogo più frequente (28,7%). Tuttavia, sono state osservate delle differenze tra i vari servizi; in particolare, più della metà dei degenti della REG è caduta in camera o in bagno (64,7%), mentre in RSD il luogo della caduta più frequente è stato il soggiorno (33%). In circa il 70% dei casi l'ospite prima di cadere stava svolgendo o si accingeva a eseguire un'attività: camminare, stare in piedi, alzarsi o sedersi; tra questi il cammino era l'attività più frequente prima della caduta (41,6%) sia in RSA che in RSD. Complessivamente, solo il 2,4% delle cadute (soprattutto in REG) è avvenuto mentre l'ospite era impegnato nella toilette. Tuttavia, nella maggior parte delle cadute i degenti in REG erano a letto con le spondine (a tre quarti non contentive) oppure camminavano (Fig. 2).

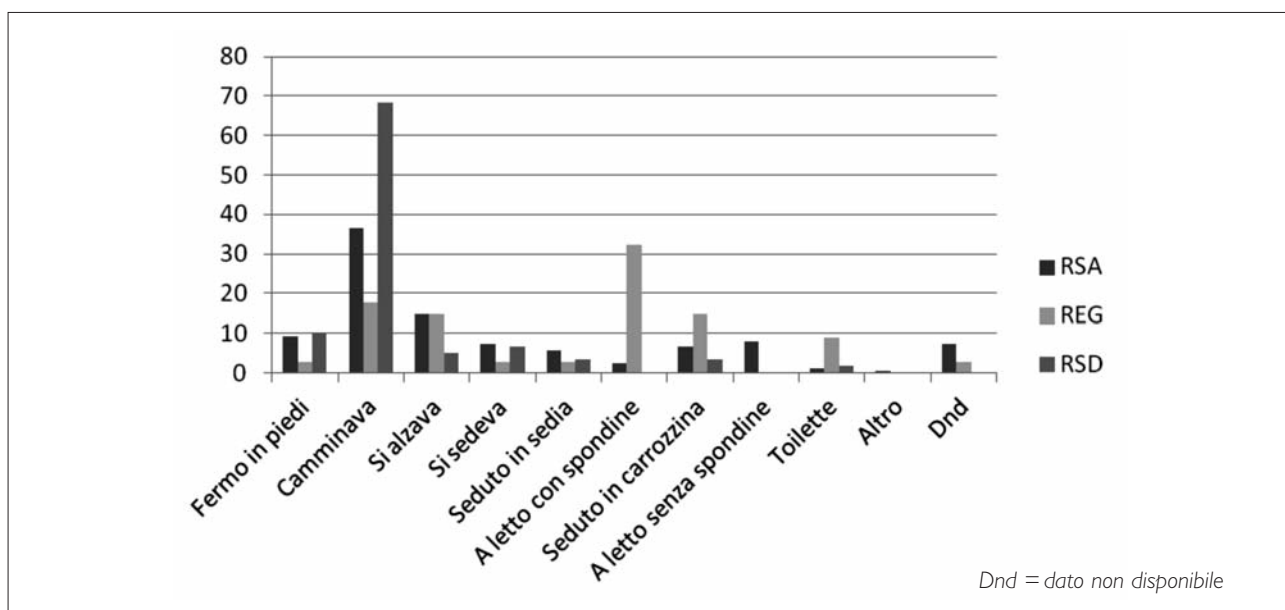


Figura 2 - Attività antecedente alla caduta.

Per quanto concerne la dinamica della caduta non sono state osservate differenze tra i vari servizi. La maggior parte delle cadute si è verificata per una perdita di equilibrio (32,5%) o per uno scivolamento (28,2%). Negli altri casi la caduta è stata causata da un inciampo (11,1%) o non era nota la dinamica (17,9%).

Gli ostacoli ambientali sono stati segnalati nel 9% delle cadute; di questi in RSA sono state segnalate l'illuminazione insufficiente e il pavimento bagnato, mentre in REG le carrozzine, le sedie e i gradini dell'ascensore.

Solo il 6,3% delle cadute era associato a contenzione (escluse le spondine), prevalentemente applicata a degenti in REG.

Nel 90% circa delle cadute non è stato segnalato un concomitante o recente problema clinico degli ospiti; tuttavia, tra gli eventi sono stati identificati come elementi critici la febbre, il cambio di stanza, la modifica della terapia farmacologica, senza significative differenze tra i servizi.

La rilevazione del numero dei farmaci assunti dagli ospiti al momento della caduta variava da zero (1,8%) ad un massimo di 17 (0,9% - 1 solo ospite) con una media di 5,20 (Ds \pm 3,14) farmaci/die. In relazione alle cadute si è individuato che nel 34,3% vi era la prescrizione di almeno un sedativo da solo o in combinazione con i lassativi (24,5%) o con i lassativi e i diuretici (13,7%). Tuttavia, la rilevazione del numero e della tipologia di farmaci è stata omessa in più della metà dei casi.

Il numero di operatori presenti mediamente al momento della caduta era 3,72 (Ds \pm 1,7) e va da un minimo di uno ad un massimo di nove.

Tra i fattori intrinseci rilevati al momento della caduta, sono state trovate delle differenze statisticamente significative nei diversi servizi per l'età, la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca (FC). Gli ospiti della RSD sono più giovani, con pressione arteriosa più bassa e una FC intermedia rispetto agli ospiti di RSA e REG. Il 70% delle cadute è avvenuto senza conseguenze; il 27% circa aveva esitato una lesione minore e solo 1,2% aveva determinato una lesione maggiore. In un terzo delle cadute non è stata definita alcuna prognosi. Nei

restanti casi la media dei giorni di prognosi è stata di 2,18 giorni per tutte le cadute registrate nei vari servizi, più bassa per i pazienti ricoverati in REG (1,26) e più alta per i residenti in RSA (2,57). Nella maggior parte dei casi la prognosi¹ era compresa tra 1-3 giorni (41%) o tra i 4-20 giorni (21,5%) per i pazienti con lesioni minori o moderate (contusione, escoriazione e ferite lacero contuse). Solo l'1,6% delle cadute (soprattutto di ospiti anziani in RSA) ha determinato prognosi severa o grave per lesioni moderate o maggiori (ferite lacero contuse e frattura di femore). In tutti i servizi l'intervento post caduta più frequente è stato l'osservazione, seguito dalla medicazione/sutura della lesione (escoriazione e ferita lacero contusa nella maggior parte dei casi) e nel 3,6% delle cadute si è reso necessario il ricovero in ospedale.

DISCUSSIONE

L'incidenza delle cadute e la prevalenza degli ospiti caduti nel nostro istituto è simile o inferiore a quella riportata in letteratura. Per esempio Avidan et al. (2005) riportano una prevalenza di cadute del 42,9% nelle *nursing home* con un 2,5% di fratture dell'anca. Il confronto dell'incidenza annuale delle cadute nei servizi RSA e RSD mostra un andamento crescente nei primi anni, imputabile ad un graduale incremento delle segnalazioni di cadute, e poi decrescente, associato verosimilmente ad un maggior utilizzo di buone prassi per la valutazione e la prevenzione delle cadute.

Nel nostro reparto di riabilitazione (più simile al *setting* ospedaliero) si osserva un'incidenza maggiore rispetto ai servizi residenziali; la minor incidenza delle cadute del 2009 in REG probabilmente è stata influenzata dalla maggior presenza (rispetto al 2010) di ospiti molto anziani, con ridotta deambulazione, in attesa di trasferimento in RSA. Anche nella nostra RSA più della metà degli ospiti ha cadute ricorrenti, come già riportato da Bemis-Dougherty e Delaune (2008); inoltre, la camera di degenza rimane il luogo più frequente in cui si verifica la caduta (Tommasini et al., 2008).

¹ Per la prognosi è stata utilizzata la classificazione proposta dalla Direzione Generale Sanità della Lombardia "Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in RSA- RSD" (Decreto 7295/2010), mutuata dall'ICSI (2004): Nessuna; Lieve: inferiore ai tre giorni; Moderata: da 4 a 20 giorni; Severa: da 21 a 39 giorni; Grave: uguale o superiore a 40 giorni; Decesso. Tale classificazione, peraltro, viene associata alla scala di gravità del danno da caduta mutuata dalle linee guida prodotte dall'ICSI (1 ed. 2008 - riproposte nella II ed, 2010).

ESPERIENZE

Rispetto al contesto ospedaliero, dove le cadute si verificano soprattutto durante la notte (Regione Lombardia, Mappatura del rischio, 2011; Tommasini et al., 2008), nei nostri servizi residenziali il momento critico è invece il pomeriggio e il mattino per il servizio di riabilitazione. Tale dato può essere dovuto a una minore "allerta e/o sorveglianza" del personale durante il pomeriggio in RSA/RSD e dalla concentrazione di attività che coinvolgono pazienti e personale in riabilitazione durante il turno del mattino.

L'utilizzo della toilette è un fattore di rischio maggiormente associato alle cadute in ospedale (Tommasini et al., 2008); anche nella nostra rilevazione è stato trovato un maggior numero di cadute in pazienti che eseguivano tale attività in riabilitazione (che accoglie pazienti con caratteristiche simili a quelle ricoverate nei setting ospedalieri) rispetto ai *setting* residenziali.

Sebbene non possa essere affermata un'associazione statisticamente significativa, per la parzialità dei dati rilevati, è stato tuttavia osservato un utilizzo diffuso di farmaci sedativi/antipsicotici. L'uso di tali farmaci, soprattutto se combinati, è noto essere un fattore di rischio per le cadute (Sterke et al., 2008) e per le cadute traumatiche (Avidan et al., 2005).

La perdita di equilibrio, correlata ai fattori intrinseci, anche nella nostra rilevazione si attesta come la dinamica più ricorrente durante la caduta, anche se i fattori ambientali sembrano essere la causa più comune di caduta (Rubenstein et al., 1994; Rubenstein, 2006). Nonostante gli importanti interventi di adeguamento strutturale di questi anni, alcuni ostacoli ambientali ancora presenti (difficoltà di accesso, percorsi con diverse caratteristiche di superficie, arredo e illuminazione non sempre adeguata) possono essere stati motivo di inciampo, mentre i pavimenti bagnati causano per lo più scivolamento.

D'altra parte è opportuno evidenziare quanto negli anziani le cadute accidentali sono prodotte da una complessa associazione tra i fattori estrinseci e quelli intrinseci (deficit cognitivi, motori, sensitivi...) che aumentano la suscettibilità individuale verso i pericoli ambientali.

Le cadute, nella maggior parte dei casi, non hanno avuto conseguenze gravi conformemente a quanto rilevato anche nei *setting* ospedalieri (Regione Lombardia, Mappatura del rischio, 2011; Tommasini et al., 2008; Heinze et al., 2007). I nostri risultati si discostano da quelli riportati da Voyer et al. (2007) che trovarono una bassa prevalenza di lesioni minori (7,2%) e una più alta pre-

valenza di lesioni maggiori (10,1%) correlate alle cadute dei residenti in 23 *nursing home* canadesi.


Il numero di persone cadute dal letto con o senza spondine è simile ad altri studi, evidenziando l'effetto poco/non protettivo delle stesse (Rask et al., 2007; Zanetti et al., 2009). A tal proposito, una recente revisione sistematica presenta delle evidenze contrastanti e conclude che le spondine non sembrano incrementare il rischio di caduta, anche se è necessario ancora studiare i loro effetti con ricerche di maggiore qualità metodologica (Healey et al., 2008).

L'adozione di interventi multifattoriali per la prevenzione delle cadute, associata a programmi aziendali di riduzione della contenzione fisica, può essere efficace nel diminuire le cadute, soprattutto quelle ricorrenti e traumatiche, delle persone anziane istituzionalizzate, ancorché particolarmente fragili (NICE, 2004; RNAO, 2005; Rask et al., 2007; Rapp et al., 2008; Zanetti et al., 2009).

CONCLUSIONI

La riduzione dell'incidenza delle cadute negli anni analizzati è stata frutto di un percorso prima di tutto culturale, oltre che di un miglioramento tecnico-professionale. In particolare, il primo step ha comportato una sensibilizzazione verso la registrazione delle cadute, inserendole in un sistema di *incident reporting*, utile alla definizione del profilo di rischio delle persone assistite, superando al contempo un probabile atteggiamento omertoso o timoroso degli operatori (tra cui la paura di essere puniti o denunciati). L'applicazione di protocolli sulla valutazione/prevenzione delle cadute e sulla regolamentazione della contenzione fisica, associata ad una formazione a tutte le figure professionali coinvolte a vario titolo nell'assistenza degli ospiti/pazienti, sembrano essersi dimostrati efficaci nel creare una cultura diffusa e condivisa dell'importanza di documentare le cadute, rivalutare il rischio di caduta dei pazienti, e nel ridurre per quanto possibile il rischio di ulteriori cadute.

Il percorso non può ritenersi certo concluso, ma deve essere costantemente verificato e riadattato alla complessità degli ospiti/pazienti e alle risorse organizzative, consapevoli che il focus non è tanto quello di prevenire tutte le cadute a tutti i costi ma quello di ridurre significativamente le cadute traumatiche, soprattutto tra le persone anziane fragili.

	PROVINCIA RELIGIOSA DI S. MARZIANO DI DON ORIONE PICCOLO COTTOLENGO DI MILANO	MOD. SGEN 003/0
	Modulo Descrizione della caduta	18/01/08

DESCRIZIONE DELLA CADUTA

SEZIONE A COMPILAZIONE INFERMIERISTICA

Nucleo	
Ospite	Data di nascita / /
Data della caduta / /	Ora della caduta (da 1 a 24) <input type="checkbox"/> Dnd
Testimone Oculare	<input type="checkbox"/> Dnd <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Chi)
Luogo della caduta	<input type="checkbox"/> Dnd <input type="checkbox"/> Camera <input type="checkbox"/> Bagno <input type="checkbox"/> Soggiorno <input type="checkbox"/> Sala pranzo <input type="checkbox"/> Corridoio <input type="checkbox"/> Scale <input type="checkbox"/> Giardino <input type="checkbox"/>
Attività prima della caduta	<input type="checkbox"/> Dnd <input type="checkbox"/> Fermo in piedi <input type="checkbox"/> Camminava <input type="checkbox"/> Si alzava <input type="checkbox"/> Si sedeva <input type="checkbox"/> Seduto in sedia <input type="checkbox"/> A letto con spondine <input type="checkbox"/> Seduto in carrozzina <input type="checkbox"/> A letto senza spondine <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/>
Dinamica della caduta	<input type="checkbox"/> Dnd <input type="checkbox"/> Inciampo <input type="checkbox"/> Spinta <input type="checkbox"/> Urto <input type="checkbox"/> Scivolamento <input type="checkbox"/> Perdita di coscienza <input type="checkbox"/> Perdita di equilibrio <input type="checkbox"/> Malessere non definito <input type="checkbox"/> Mobilizzazione da altri <input type="checkbox"/>
Posizione trovata dopo la caduta	<input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Camminava <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Lato sinistro <input type="checkbox"/> Lato destro <input type="checkbox"/>
Presenza di contenzione	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tipo
Eventi Recenti (prima della caduta)	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Febbre <input type="checkbox"/> Modifica terapia <input type="checkbox"/> Infezioni vie urinarie <input type="checkbox"/> Cambio stanza <input type="checkbox"/> Stato confusionale <input type="checkbox"/>
Ostacoli Ambientali	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Pavimento bagnato <input type="checkbox"/> Illuminazione bassa <input type="checkbox"/>
Farmaci Assunti	N° <input type="checkbox"/> Sedativi <input type="checkbox"/> Diuretici <input type="checkbox"/> Lassativi <input type="checkbox"/>
PA / MinHg	FC Batt/Minuto SaO ₂ % TC °C Dtx Mg/dl
Numero personale presente in reparto al momento della caduta	
Osservazioni	
Ulteriori	

Data / / Firma Infermiere _____

SEZIONE A COMPILAZIONE MEDICA

Conseguenze della caduta	<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Contusione <input type="checkbox"/> Escoriazione <input type="checkbox"/> Ferita lacero-contusa <input type="checkbox"/> Frattura <input type="checkbox"/>
Sede della lesione	
Accertamenti diagnostici	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TAC
Trattamento terapeutico	<input type="checkbox"/> Osservazione <input type="checkbox"/> Trattamento lesione <input type="checkbox"/> Ricovero in ospedale <input type="checkbox"/>
Prognosi	di giorni

Data / / Firma Medico _____

Dnd → Dato non disponibile
Il modulo deve essere archiviato nel fascicolo sanitario sociale dell'ospite e una copia deve essere inviata all'URP entro una settimana dalla caduta.

Mod. SGEN 003/0 Descrizione della caduta

BIBLIOGRAFIA

Avidan AY, Fries BE, James ML, Szafara KL, Wright GT, Chervin RD. Insomnia and Hypnotic Use, Recorded in the Minimum Data Set, as Predictors of Falls and Hip Fractures in Michigan Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:955-62.

Bemis-Dougherty A, Delaune MF. Reducing Falls in Inpatient Settings. *Magazine of physical therapy*, May 2008.

Healey F, Oliver D, Milne A, Connelly JB. The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age Ageing* 2008;37 (4):368-78.

Institute For Clinical Systems Improvement. *Health Care Protocol: Prevention of Falls (Acute Care)*. Second Edition, April 2010.

Heinze C, Halfens RJ, Dassen T. Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *J Clin Nurs* 2007;16(3):495-501.

Mertens E, Halfens RJ, Dassen T. Using the Care Dependency Scale for fall risk screening. *J Adv Nurs* 2007; 58(6):594-601.

NICE-National Institute for Clinical Excellence. *Falls: the assessment and prevention of falls in older people*, MidCity Place, London 2004.

Rapp K, Lamb SE, Büchele G, Lall R, Lindemann U, Becker C. Prevention of Falls in Nursing Homes: Subgroup Analyses of a Randomized Fall Prevention Trial. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(6):1092-7.

Rask K, Parmelee PA, Taylor JA, Green D, Brown H, Hawley J, Schild L, Strothers HS, Ouslander JG. Implementation and evaluation of a nursing home fall management program. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(3):342-9.

Regione Lombardia Direzione Generale Sanità. "Mappatura del rischio" del Sistema Sanitario Regionale, Risultati settima edizione, Milano, aprile 2011.

RNAO-Registered Nurses' Association of Ontario. *Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult*, Nursing Best Practice Guideline, 2005.

Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strate-

gies for prevention, *Age Ageing* 2006;35(suppl 2):37-41.

Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the Nursing Home, *Ann Intern Med* 1994;121:442-451.

Sterke CS, Verhagen AP, van Beeck EF, van der Cammen TJM. The influence of drug use on fall incidents among nursing home residents: a systematic review, *International Psychogeriatrics* 2008;20:890-910.

Tommasini C, Talamini R, Bidoli E, Siculo N, Palese A. Risk factors of falls in elderly population in acute care hospitals and nursing homes in north Italy: a retrospective study. *J Nurs Care Qual* 2008;23(1):43-9.

Voyer P, Verreault R, Mengue P, Azizah G. Prevalence of falls with minor and major injuries and their associated factors among older adults in long-term care facilities. *Int J Older People Nurs* 2007;2(2):119-130.

World Health Organization. *WHO Global report on falls prevention in older age*, Geneve 2007.

Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P. Superare la contenzione si può fare. *Quaderni dell'Infermiere* 3/2009, Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Delibera della Giunta Regionale della Lombardia del 14 dicembre 2001, n. 7435. Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA).

Delibera della Giunta Regionale della Lombardia del 7 aprile 2003 n. 7/12618. Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani e prima revisione del sistema di remunerazione.

Decreto n. 7295 del 22/7/2010 della Regione Lombardia. Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in RSA- RSD.

Il welfare per gli anziani non autosufficienti a livello internazionale: qual è la posizione dell'Italia?

Cristiano Gori

Università Cattolica e Istituto per la Ricerca Sociale, Milano; London School of Economics, Londra

Come si colloca l'assistenza agli anziani non autosufficienti nel nostro paese nel panorama europeo e internazionale? Da quali punti di vista siamo avanti e per quali aspetti, invece, ci troviamo indietro? Come si stanno orientando gli altri paesi rispetto ai possibili cambiamenti in discussione in Italia? Attraverso il ricorso ad alcuni dati comparativi, si prova di seguito a rispondere a queste domande.

IL RUOLO DELLA FAMIGLIA

Per mettere a fuoco le peculiarità italiane a livello internazionale non si può che partire dal ruolo della famiglia. Nel nostro paese, infatti, si è risposto alle esigenze poste dall'invecchiamento della popolazione facendo ricorso, in maniera più massiccia che in gran parte dell'Europa, all'assistenza informale fornita dalle reti familiari. Il "modello sud-europeo delle solidarietà parentali" estese di cui parla Naldini (2003) trova conferma nel confronto internazionale, che permette di evidenziare l'intenso ricorso alla solidarietà intergenerazionale che caratterizza i paesi sud-europei rispetto al resto d'Europa. Italia e Spagna hanno, infatti, il primato in riferimento al numero medio di ore di assistenza dedicate da parte di figli e nipoti non conviventi agli anziani soli (Tab. 1). I dati presentati nella Tabella 1 si riflettono specularmente in quelli della Figura 1, che riguarda in questo caso non solo gli anziani ma l'insieme delle persone non autosufficienti. L'Italia e la Spagna sono i due paesi europei nei quali è più elevata la percentuale di persone che riferisce di prestare assistenza informale (non retribuita)

Tabella 1 - Anziani soli e cure informali (ore annue)¹ in alcuni paesi europei, 2004. Fonte: rielaborazione di Madama (2012) da Bolin et al., 2008.

Paese	N. ore
Danimarca	218.43
Svezia	329.50
Olanda	219.55
Francia	735.60
Austria	469.53
Germania	667.72
Grecia	711.78
Italia	1.295.64
Spagna	1.110.48

Tabella 2 - Ultra-settantenni che vivono con i figli adulti in alcuni paesi europei, 2004. Fonte: rielaborazione di Madama (2012) da Albertini et al., 2007.

Paese	%
Danimarca	2
Svezia	1
Austria	11
Francia	6
Germania	8
Grecia	14
Italia	19
Spagna	27

¹ Il dato riporta il numero medio di ore annue di assistenza ricevute da anziani che vivono soli da parte di figli e/o nipoti. La ricerca si basa sul database SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Il 2004 è l'anno più recente disponibile.

SPUNTI DI DIBATTITO

a qualche parente, amico o conoscente per il sostegno nelle funzioni ADL (Activities of Daily Living).

Al contempo, i due paesi mediterranei presentano, rispetto al resto del continente, una maggiore diffusione delle coabitazioni fra le persone anziane e i figli adulti (Tab. 2). Nel nostro paese questo fenomeno riguarda quasi un anziano ultrasettantenne su cinque (Madama, 2012).

SERVIZI

I dati sui servizi – presentati nelle Figure 2 e 3 – confermano il quadro di un sistema italiano che, al confronto con gli altri paesi, assegna maggiore rilievo al *care* familiare e meno ai servizi alla persona. L'Italia condivide con gli altri paesi OCSE un'utenza maggiore nei servizi do-

Tavola A. Percentuale di persone che riferisce di prestare assistenza informale per sostegno nelle ADL

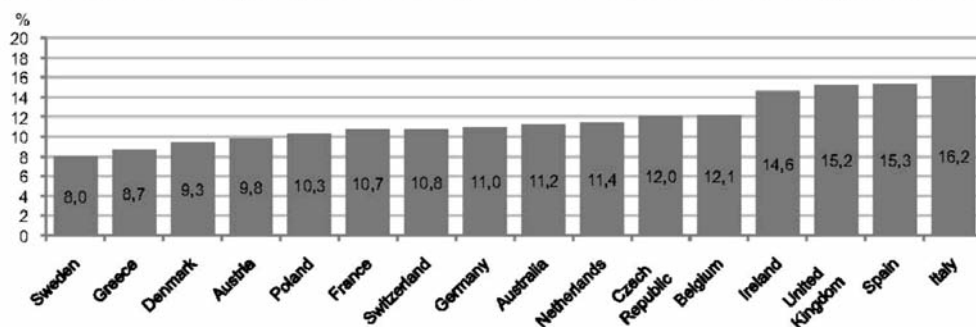


Tavola B. Percentuale di persone che riferisce di prestare assistenza informale per sostegno nelle IADL

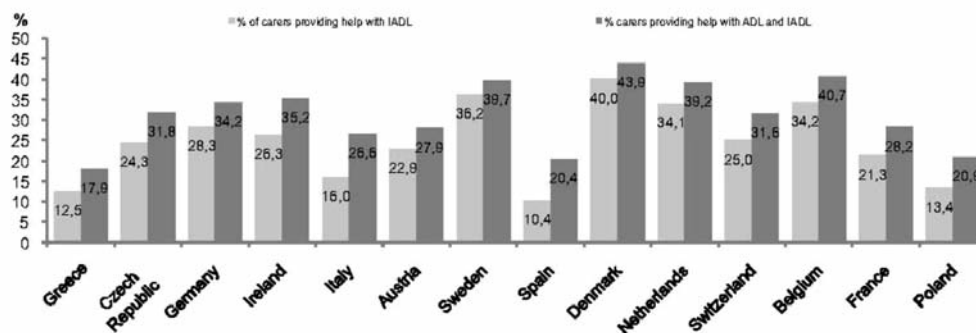


Tavola C. Percentuale di popolazione che riceve assistenza formale a domicilio

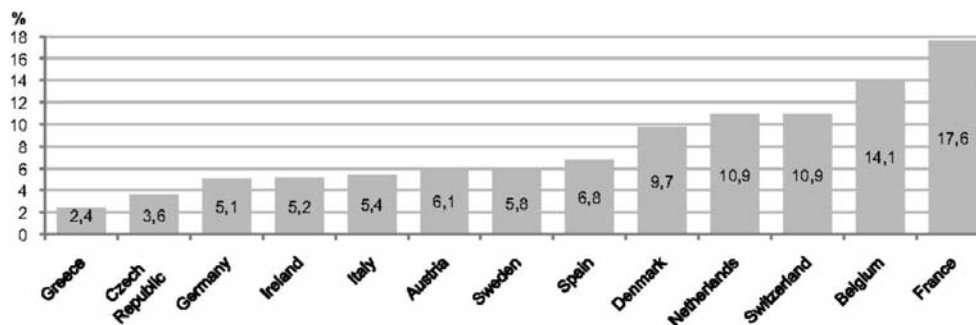


Figura 1 - Persone non autosufficienti e cure informali. Fonte: NNA, 2011.

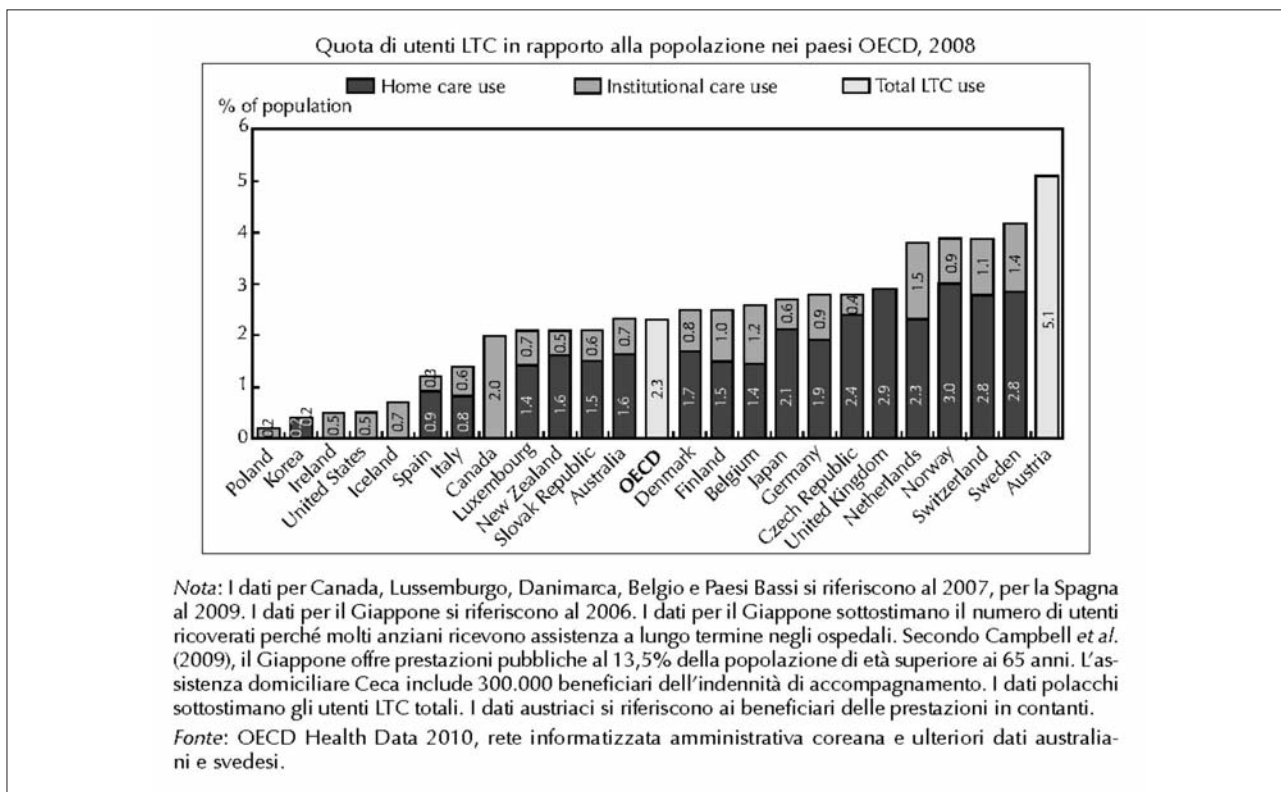


Figura 2 - Un maggior numero di utenti LTC riceve cure al domicilio anziché nei servizi residenziali. Fonte: NNA, 2011.

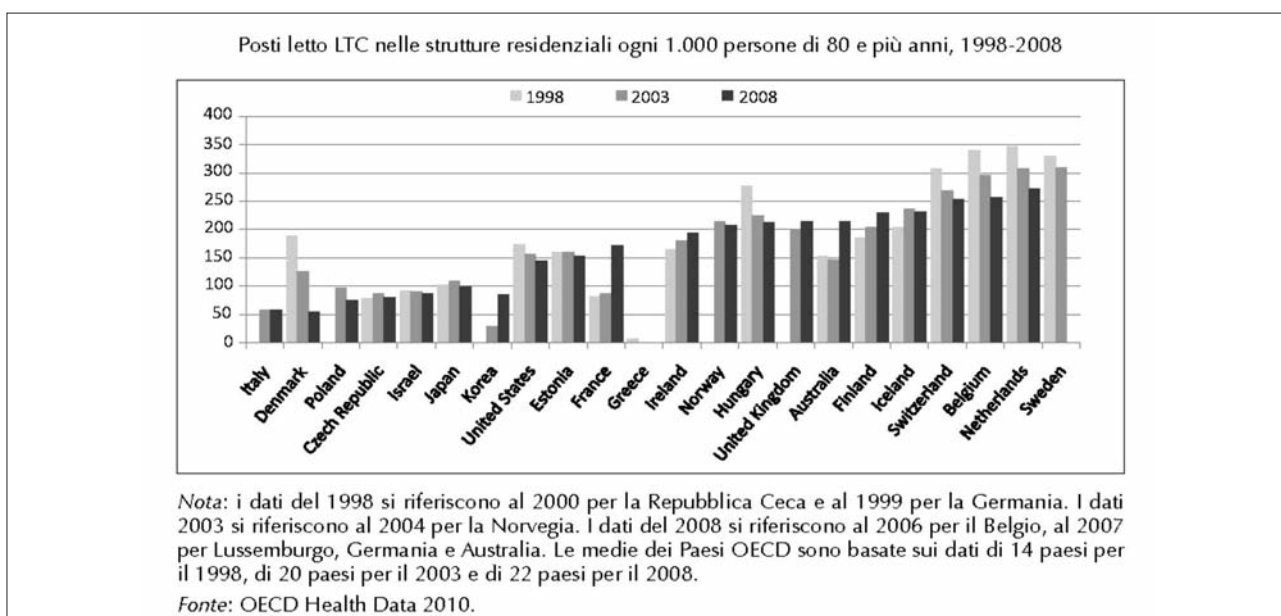


Figura 3 - La percentuale di posti letto LTC in strutture residenziali negli ultimi dieci anni è diminuita. Fonte: NNA, 2011.

miciliari rispetto a quelli residenziali (al contrario, la quota di spesa pubblica dedicata è superiore nella residenzialità). Nondimeno, la Figura 2 mostra anche che la percentuale di popolazione utente di servizi pubblici di *long-term care* (LTC) è nel nostro paese inferiore alla gran parte degli altri.

La Figura 3 indica che i posti in strutture residenziali, come percentuale della popolazione di 80 anni e più, nell'ultimo decennio sono diminuiti nella maggior parte dei paesi dell'OCSE. Ciò non si è verificato in Italia, dove la suddetta percentuale è rimasta sostanzialmente stabile: la ragione è che si trattava, alla fine degli anni '90, di un valore piuttosto contenuto e inferiore a quello della gran parte degli altri paesi. È da notare, in proposito, che nei vari paesi nei quali i posti in struttura si sono ridotti, sono rimasti, comunque, superiori ai nostri.

BIBLIOGRAFIA

Albertini M, Kohli M, Vogel C. Intergenerational Transfers of Time and Money in European Families: Common Patterns, Different Regimes? *Journal of European Social Policy* 2007;17(4):319-34.

Bolin K, Lindgren B, Lundborg P. Informal And Formal Care Among Single-Living Elderly, Europe. *Health Economics* 2008;17(3):393-409.

Madama I. Dieci (buone) ragioni per investire nel sociale. In: Gori C. (a cura di) *Quale futuro per il welfare? Le politiche sociali tra delega assistenziale e prospettive di sviluppo*. Rapporto per il Forum Terzo Settore, 2012:230-43. Disponibile all'indirizzo: www.forumterzosettore.it.

Naldini M. *The Family in the Mediterranean Welfare State*, Frank Cass, London 2003.

NNA (Network Non Autosufficienza). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti. Terzo rapporto: il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità*, Maggioli, Rimini 2011.

Nuove risorse terapeutiche nelle ulcere da pressione

Francesco Landi, Roberto Bernabei

Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Negli ultimi anni è stato chiarito il ruolo di molti fattori direttamente implicati nel processo di cicatrizzazione delle lesioni cutanee. La comprensione di questi fattori è la premessa per sviluppare e studiare le possibili strategie terapeutiche atte a migliorare e accelerare la cicatrizzazione delle ferite cutanee e quindi anche delle ulcere da pressione. La tipologia delle cellule e l'ordine sequenziale con cui queste appaiono nella ferita cutanea sono state ben stabilite. Tuttavia, nonostante le conoscenze scientifiche acquisite sul processo di cicatrizzazione cutanea, molti passaggi di questo complesso percorso non sono stati ancora scoperti e/o completamente spiegati (Landi et al., 2007).

Il processo di riparazione di una ferita cutanea presenta tre fasi ben distinte: infiammazione, proliferazione, maturazione. La fase infiammatoria è caratterizzata da un'alterazione dell'omeostasi cutanea con una reazione di attivazione infiammatoria. Il collagene che viene esposto durante la formazione della ferita, attiva la "cascata" dei fattori coinvolti nella coagulazione, iniziando la fase di infiammazione della ferita stessa. I neutrofili, che rappresentano la seconda risposta cellulare, sono responsabili della "pulizia" della ferita. L'attivazione dei neutrofili e la "sterilizzazione" dell'ulcera rappresentano un momento indispensabile nel processo di guarigione di qualsiasi ferita cutanea; un'ulcera infetta, contaminata dalla presenza di batteri, non può procedere alla cicatrizzazione. Alla fase infiammatoria segue la fase di proliferazione. Questa fase centrale nell'ambito del percorso che porta alla chiusura di un'ulcera cutanea è caratterizzata da differenti processi: epitelizzazione, angiogenesi, formazione del tessuto di granulazione, deposito di collagene. I fibroblasti si differenziano e iniziano a produrre matrice extracellulare e quindi collagene. Il collagene viene depositato all'interno dell'ulcera e da questo momento la ferita entra nella fase finale della cicatrizzazione. I fibroblasti e la matrice extracellulare modulano reciprocamente la propria attività. I primi rilasciano enzimi proteolitici allo scopo di di-

gerire il tessuto non vitale e depositano abbondanti quantità di nuova matrice extracellulare. La seconda ne condiziona la capacità di sintesi, depositando e rimodellando il tessuto. La fase finale del processo di guarigione dell'ulcera cutanea è la cosiddetta fase di maturazione. Il rimodellamento è legato a una nuova sintesi di collagene bilanciata dal catabolismo della vecchia matrice extracellulare. La comprensione delle fasi della cicatrizzazione e di tutte le cellule e citochine coinvolte, rappresenta la base biologica per lo sviluppo di nuove strategie d'intervento per favorire la guarigione delle ulcere da pressione (Bernabei et al., 1999; Landi et al., 2003).

LE ULCERE DA PRESSIONE IN RSA

L'ulcera da pressione rappresenta un problema molto spesso misconosciuto e spesso non adeguatamente trattato (Landi et al., 2007). Per una migliore comprensione del problema è necessario chiarire la definizione e la sua epidemiologia.

In maniera sintetica si definisce ulcera da pressione:

- una lesione tissutale;
- ad evoluzione necrotica;
- che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei;
- che può raggiungere nei casi più gravi la muscolatura, le ossa e le articolazioni sottostanti.

Da un punto di vista epidemiologico (Landi et al., 2007) è importante ricordare che:

- due milioni e mezzo di pazienti sono trattati annualmente per la presenza di un'ulcera da pressione;
- i pazienti che sviluppano un'ulcera da pressione hanno una probabilità di ammissione in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) tre volte maggiore rispetto a pazienti che non presentano questa complicanza;
- le ulcere da pressione presentano una prevalenza e

un'incidenza maggiore nei soggetti con 65 anni e più;

- le ulcere da pressione hanno un elevato impatto economico.

La prevalenza delle ulcere da pressione a livello del piede (malleolo e calcagno) rappresenta un problema molto rilevante tra gli anziani fragili, in particolare tra gli anziani ospiti di RSA. La presenza di un'ulcera da pressione cutanea aumenta in maniera molto significativa il costo dell'assistenza medica ed infermieristica. In considerazione della mancanza di evidenze scientifiche e di linee guida univoche e condivise, la ricerca di un trattamento topico efficace è ancora oggi un problema molto rilevante.

Il punto di partenza su cui tutti sono d'accordo è che un'ulcera da pressione non potrà mai guarire se è presente un processo infettivo che contamina il letto della ferita.

Fasi del trattamento locale:

- disinfezione dell'ulcera (sempre la prima azione);
- adeguata detersione (contemporanea alla disinfezione);
- granulazione e cicatrizzazione (successivamente si potrà intraprendere una terapia locale con agenti che possano favorire la guarigione della ferita).

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Negli ultimi dieci anni sono stati condotti molti studi clinici sul trattamento delle ulcere da pressione; tuttavia, una chiara evidenza scientifica non è ancora emersa. Molto spesso la prescrizione della medicazione non viene riportata nella cartella clinica e il protocollo di intervento non viene condiviso tra le varie figure professionali coinvolte. La necessità di ricerche specifiche per sostituire la "personale opinione" con l'evidenza scientifica rimane un punto molto importante per quanto riguarda la prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione.

In quest'ottica si è deciso di valutare l'effetto del trattamento topico di una medicazione a base di "collagene equino e argento in spray" (*VERSUSpray*) in pazienti con ulcera da pressione a livello del piede (malleolo o calcagno) con una gravità di Stadio II (soluzione di continuo dell'epidermide e del derma, con conseguente formazione di un'ulcera cutanea superficiale a margini ben definiti) o Stadio III (lesione estesa oltre il derma con interessamento del tessuto sottocutaneo). La scelta di selezionare soggetti con ulcere da pressione con Stadio

II e III è stata basata sul presunto tempo di guarigione. Dai dati della letteratura emerge che mediamente questo tipo di lesioni cutanee guarisce in circa 6-8 settimane. Per tale motivo lo studio è stato disegnato per arruolare soggetti con questo tipo di lesione e di eseguire un trattamento controllato per sei settimane. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università Cattolica, Policlinico "A. Gemelli" di Roma.

SETTING E POPOLAZIONE PER LO STUDIO

Lo studio è stato condotto sui pazienti anziani ultra65enni ricoverati presso le due RSA (Fontecchio e Celano – AQ) del Dipartimento di Scienze Gerontologiche e Geriatriche dell'Università Cattolica di Roma. Dal 1° maggio al 30 ottobre del 2011 tutti gli ospiti già residenti e tutti gli ospiti ammessi nelle due RSA sono stati valutati per l'eleggibilità allo studio.

Criteri d'inclusione. Sono stati inclusi nello studio:

- gli ospiti con più di 65 anni;
- con un'ulcera da pressione al piede (malleolo o calcagno).

Criteri di esclusione. Sono stati esclusi dallo studio:

- gli ospiti che presentavano una chiara infezione dell'ulcera da pressione;
- gli ospiti con una prognosi terminale;
- presenza documentata di arteriopatia obliterante o eziologia venosa dell'ulcera cutanea;
- gli ospiti per cui era prevista una durata della degenza inferiore alle 6 settimane.

Nel periodo di osservazione 19 soggetti presenti e/o ammessi in RSA sono stati selezionati per lo studio in quanto mostravano un'ulcera da pressione a livello del piede. Cinque soggetti non sono stati randomizzati (3 hanno rifiutato e 2 erano affetti da malattia terminale).

DISEGNO DELLO STUDIO E INTERVENTO

Dopo avere eseguito una valutazione iniziale con la scheda di valutazione VAOR-RSA, i 14 soggetti arruolati sono stati divisi in maniera casuale in due gruppi, basandosi sull'età, il sesso e la dimensione dell'ulcera (Fig. 1).

Sette soggetti hanno ricevuto il trattamento con la medicazione a base di "collagene equino e argento in spray" (*VERSUSpray*), mentre gli altri sette soggetti hanno ri-

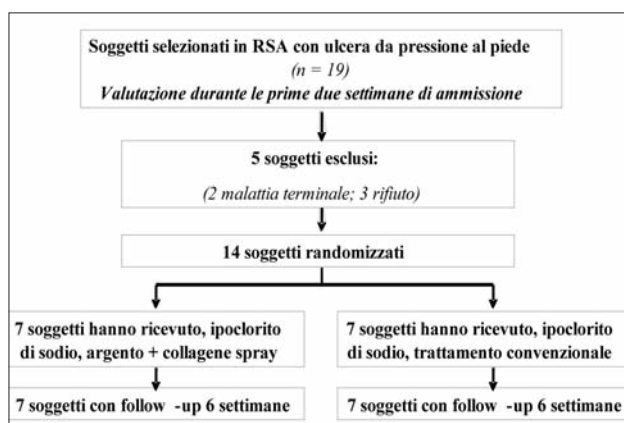


Figura 1 - Caratteristiche del trial clinico.

cevuto il trattamento locale convenzionale già in uso presso le due strutture (medicazioni avanzate). Per quanto riguarda la detersione e la disinfezione dell'ulcera, i due gruppi hanno ricevuto il medesimo trattamento basato sull'utilizzo di una soluzione a base d'ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0,05% (Amukine Med): soluzione antisettica e isotonica che può essere efficacemente utilizzata per la disinfezione della cute lesa. La concentrazione del cloruro di sodio allo 0,9% corrisponde esattamente a quella delle soluzioni saline fisiologiche, e possedendo la stessa pressione osmotica rispetto ai liquidi biologici non determina condizioni di stress osmotico per le cellule e i tessuti. Inoltre, l'ipoclorito di sodio allo 0,05% ha lo stesso spettro di azione dello iodio, non colora la lesione, non interferisce con il metabolismo degli ormoni tiroidei, non presenta limitazioni di impiego. Altri trattamenti preventivi (ad esempio, presidi anti-decubito) e trattamenti specifici (ad esempio, supporto nutrizionale) sono stati valutati ed applicati ai singoli soggetti in base alle necessità, indipendentemente dal protocollo di studio.

La progressione del processo di cicatrizzazione è stato valutato calcolando settimanalmente la dimensione dell'ulcera (fotografia digitale e misurazione diretta con foglio di carta millimetrata) e attraverso la scala di valutazione Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool 3.0).

RISULTATI

All'inizio dello studio, grazie alla tipologia di randomizzazione, si sono ottenuti due gruppi omogenei, sen-

Tabella 1 - Caratteristiche generali dei partecipanti allo studio.

Caratteristiche	Trattati n = 7	Controlli n = 7	p
Età, anni	84.0 ± 7.1	83.8 ± 5.5	0.96
Sesso			0.71
Donne	4 (57)	4 (57)	
Uomini	3 (43)	3 (43)	
Cognitive performance			
scale (CPS)	4.4 ± 0.9	4.8 ± 0.8	0.41
ADL score	3.7 ± 0.7	4.0 ± 0.8	0.51
IADL score	5.8 ± 1.0	5.7 ± 1.1	0.81
Numero di malattie	5.5 ± 0.9	5.4 ± 0.9	0.78

CPS: range 0-6, al valore più alto corrisponde la maggiore compromissione.

ADL e IADL: range 0-7, al valore più alto corrisponde la maggiore compromissione.

za differenze statisticamente significative, in termini di età, sesso, caratteristiche cliniche e funzionali (Tab. 1). Le dimensioni medie delle lesioni cutanee erano simili nei due gruppi al momento di iniziare il trattamento. L'area media delle ulcere si presentava di 657 mm² nel gruppo d'intervento e 678 mm² nel gruppo di controllo ($p=0.9$). Dopo sei settimane di trattamento, l'area media delle ulcere nel gruppo d'intervento (collagene + argento) era 132 mm² rispetto ai 334 mm² del gruppo di controllo ($p=0.02$) (Fig. 2). La riduzione media dell'area dell'ulcera, aggiustata per la grandezza iniziale, era di 529 mm² nei soggetti trattati con collagene e argento rispetto ai 339 mm² dei soggetti del gruppo di controllo ($p =0.02$) (Fig. 3). Per quanto riguarda

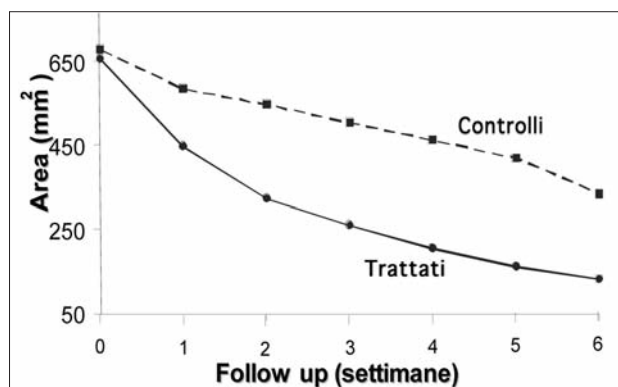


Figura 2 - Dimensione media della lesione durante le sei settimane d'intervento nel gruppo dei soggetti trattati con argento e collagene rispetto al gruppo di soggetti di controllo.

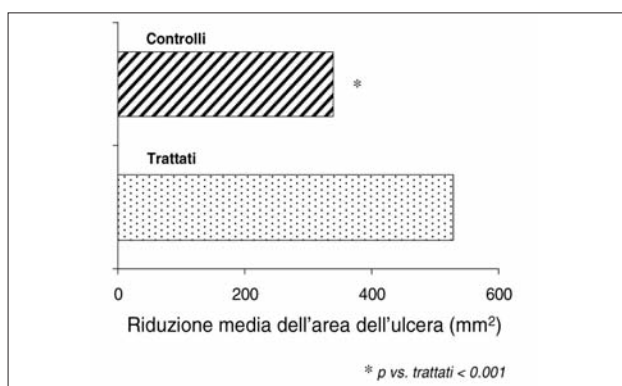


Figura 3 - Riduzione media della lesione durante le sei settimane d'intervento nel gruppo dei soggetti trattati con argento e collagene rispetto al gruppo di soggetti di controllo.

il PUSH score, scala che valuta la grandezza dell'ulcera, la presenza di essudato e il tipo di tessuto, è stato osservato un comportamento analogo. Infatti, nei due gruppi, il valore medio del PUSH score all'inizio dello studio era di circa 10. Al termine delle sei settimane di osservazione, il valore medio del PUSH score era di 3.7 nel gruppo trattato e di 7.2 nel gruppo di controllo. In particolare, tutte le ulcere trattate con il collagene e l'argento in formulazione spray hanno mostrato una significativa accelerazione del processo di cicatrizzazione. Inoltre, è importante sottolineare che nessuno dei soggetti trattati ha mostrato effetti collaterali locali e/o sistemici.

CONCLUSIONI

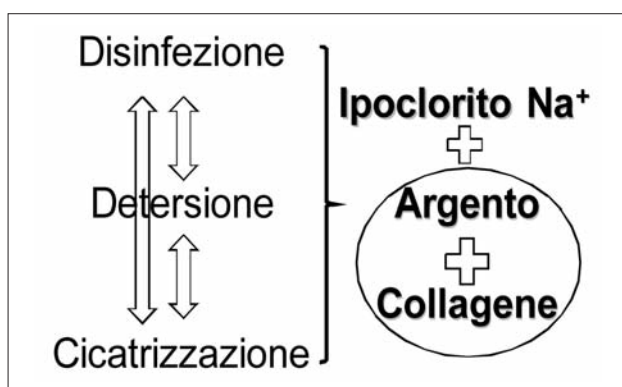


Figura 4 - La continuità nel processo di cicatrizzazione.

I risultati del presente studio pilota dimostrano innanzitutto l'importanza di un'adeguata e persistente disinfezione/detersione della ferita. Si può ipotizzare che l'azione disinfettante e non lesiva dell'ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0.05% sia stata mantenuta dall'azione di controllo della carica batterica esercitata dall'argento (Fig. 4). Inoltre, il veicolare in forma spray un'adeguata quantità di collagene si è rivelata un'ottima strategia per promuovere la riparazione tissutale ed accelerare il processo di cicatrizzazione.

Numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato il ruolo centrale svolto dal collagene nel promuovere e determinare la guarigione delle ferite cutanee (Arnold-Long et al., 2010). L'azione del collagene durante le varie fasi di cicatrizzazione è espletata attraverso importanti meccanismi d'azione:

- effetto emostatico e di attivazione/agggregazione delle piastrine;
- rilascio fattore di crescita piastrinico (PDGF) che esercita un importante stimolo nel processo ripartivo cutaneo;
- richiamo all'interno della ferita di macrofagi e fibroblasti;
- interazione diretta con la fibronectina;
- azione stabilizzante la struttura extracellulare;
- stimolo formazione trama ancoraggio architetturale per i fibroblasti.

In considerazione di questi meccanismi d'azione e della plausibilità biologica descritta, l'uso di medicazioni a base di collagene e argento trova una specifica indicazione nel trattamento delle ulcere da pressione cutanee. L'iniziale trattamento di disinfezione con l'ipoclorito di sodio elettrolitico consente una corretta pulizia del letto dell'ulcera, presupposto indispensabile per dare inizio alla fase di cicatrizzazione.

BIBLIOGRAFIA

- Arnold-Long M, Johnson R, Reed L. Negative pressure wound therapy overlay technique with collagen dressings for non healing wounds. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2010;37:549-53.
- Bernabei R, Landi F, Bonini S, Onder G, Lambiase A, Pola R, Aloe L. Effect of topical application of nerve-growth factor on pressure ulcers. *Lancet* 1999;354:307.
- Landi F, Onder G, Russo A, Bernabei R. Pressure ulcer and mortality in frail elderly people living in community. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44:S217-23.
- Landi F, Aloe L, Russo A, Cesari M, Onder G, Bonini S, Carbonin PU, Bernabei R. Topical treatment of pressure ulcers with nerve growth factor: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2003;139(8):635-41.

