

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno XI - N. 1
Marzo 2013
TRIMESTRALE

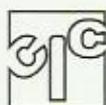
1/2013

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




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

SOMMARIO

Organo ufficiale della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:Renzo Bagarolo, Stefano Boffelli, Anna Castaldo,
Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini,
Antonino Frustaglia, Cristiano Gori,
Gianbattista Guernini, Renzo Rozzini,
Marco Trabucchi, Daniele Villani**Direttore responsabile**

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Antonella Onori - onori@gruppic.it

Area pubblicitàPatrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppic.it**Area marketing & sviluppo**Carlo Bianchini, bianchini@gruppic.it
Adolfo Dassogno, dassogno@gruppic.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@gruppic.it
Sito web: www.gruppic.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 in-
dirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di marzo 2013

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) in-
formiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i da-
ti 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 riservatez-
za. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti
a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai pro-
pri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi con-
trattuali (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 o richiederne la can-
cellazione, 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'esper-
ienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagi-
ni 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 considera-
re eventuali richieste di aventi diritto.La massima cura possibile è stata prestata per la corretta in-
dicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel te-
sto, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli
schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate
dal Ministero della Salute.

© Copyright 2013



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

Cultura e servizio per "i luoghi della cura"

Antonio Guaita, Ermellina Zanetti, 4

MATERIALI DI LAVORO

Il gradiente sociale nella salute nella popolazione anziana in Italia

Sara Della Bella, Mario Lucchini, 5

ESPERIENZE

L'educatore professionale nel lavoro di cura con gli anziani

Davide Ceron, Paola Nicoletta Scarpa, Martina Vitillo, 9

Gli operatori socio-sanitari di fronte alle cure di fine vita

Grazia Colombo, 12

Il ruolo dello psicologo nel processo di cura degli anziani accolti
in struttura

Giorgia Monetti, Marta Zerbinati, 15

"Il tuo corpo è il tuo maestro".

Il corpo degli operatori nel lavoro di cura

Giovanna Perucci, 18

SPUNTI DI DIBATTITO

Educatori professionali: quale formazione per quali competenze?

Sergio Tramma, 21

REVISIONE DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

Alzheimer Caffè: la ricchezza di un'esperienza

a cura di Marco Trabucchi

Gianbattista Guernini, 23

L'ANGOLO DELL'ESPERTO

Il controllo delle infezioni nelle ulcere da pressione:
efficacia dell'ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0.05%

Francesco Landi, Elena Ortolani,

Anna Maria Martone, Roberto Bernabei, 26

Cultura e servizio per "i luoghi della cura"

Antonio Guaita[^], Ermellina Zanetti*

[^] Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)

* Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

La nostra Rivista ha compiuto 10 anni e si appresta all'undicesimo anno di pubblicazione. Nata nel 2003, è puntualmente entrata nelle case dei nostri lettori, dapprima come semestrale (2003), poi quadrimestrale (2004) e dal 2005 ad oggi come trimestrale.

Il primo editoriale del luglio 2003 firmato da tutta la Redazione (come questo che celebra questo traguardo raggiunto attraverso la collaborazione di tanti colleghi e amici) era intitolato "I luoghi della cura: una nuova rivista di cultura e di servizio". Crediamo che in tutti questi anni queste due dimensioni non siano mai venute meno, nella convinzione che, cultura e servizio insieme, rappresentino gli elementi indispensabili per affrontare le sfide e per ricercare le risposte che i luoghi della cura delle fragilità pongono ai professionisti e agli operatori.

Nata dalla volontà di un gruppo di professionisti e operatori delle cure per anziani e della cronicità più in generale, la rivista è diventata negli anni essa stessa un luogo di riflessione e diffusione di un pensiero e di una cultura della "complessità" troppo spesso prevaricata dalla diffusa cultura della "semplificazione". Tutti i giorni, chi si occupa della cura degli anziani e delle cronicità si confronta con la "complessità" dei problemi complessi e interattivi e dei processi che sono propri della vita delle persone e non solo della cura. Questi "luoghi" sono ambiti di integrazione di saperi e competenze perché nella complessità più nessuno è sufficiente a se stesso e ciascuno è necessario agli altri. La rivista è un "forum multidisciplinare" con ampio spazio alla comprensione, interpretazione e conoscenza dei problemi che professionisti e operatori affrontano quotidianamente; è il "luogo" della riflessione e comprensione delle cose importanti che spesso vengono sovrastate da quelle urgenti, della quotidianità, della routine.

I contributi pubblicati in questi anni provengono, prima ancora che da "esperti", da operatori "pensanti" di dif-

ferente estrazione, disciplina e cultura (sociale, sanitaria, amministrativa, organizzativo/gestionale, volontariato, associazioni): azione, pensiero, azione nella costante ricerca di dare un senso al proprio operare in aree e contesti dove molto spesso i risultati del nostro curare e prenderci cura sono le piccole cose, che se non conosci non riconosci.

Abbiamo chiesto ai lettori, attraverso un questionario disponibile *on line* e distribuito con il n. 4 del 2012, di esprimere un parere sulla Rivista e sulle diverse sezioni in cui si articola. Nel prossimo numero pubblicheremo i risultati, ora vogliamo ringraziare i 213 lettori che hanno risposto: lo consideriamo un segno di affetto per la nostra Rivista. Grazie dunque ai 90 medici, 63 infermieri, 24 psicologi, 12 operatori socio-sanitari, 9 fisioterapisti, 9 animatori-educatori e 6 amministratori che hanno dedicato tempo per suggerirci come proseguire. Certamente sulla strada della multiprofessionalità come in questo primo numero dell'anno undicesimo, in cui ospitiamo contributi provenienti o riferiti alle professioni sociali e socio-sanitarie.

Questo traguardo è per noi motivo di orgoglio e occasione per ringraziare chi rende possibile trasformare le riunioni del comitato editoriale in Rivista, da sfogliare, leggere, conservare: un grazie riconoscente alla dottoressa Chiara Ciglia che con passione e competenza cura i testi, all'Editore, dottor Andrea Salvati che, pur essendo la nostra rivista una fra le tante di quelle da Lui editate, ne ha cura come se fosse l'unica e alle Sue collaboratrici la cui precisione ci ha consentito di entrare con puntualità nelle case dei nostri lettori.

E alla nostra Rivista, auguri perché possa continuare, sotto l'egida della Società di Gerontologia e Geriatria, ad occuparsi di cultura e servizio, di fragilità e povertà con intelligenza e passione.

Il gradiente sociale nella salute della popolazione anziana in Italia

Sara Della Bella*, Mario Lucchini^o

*Dottoranda Università degli Studi di Trento

^oRicercatore Università di Milano Bicocca

INTRODUZIONE

Nel 2002 l'invecchiamento della popolazione è stato definito da Kofi Annan "la rivoluzione silenziosa". Nei prossimi anni la popolazione con più di 65 anni crescerà più velocemente di qualsiasi altra fascia d'età e si stima che nel 2050 rappresenterà il 21% della popolazione totale. In questo contesto, comprendere quali sono le determinanti della salute, capire se e come è possibile proporre l'insorgenza di malattie e garantire quello che venne definito *successful aging* (Baltes e Baltes, 1991) risulta sempre più importante, anche per le notevoli implicazioni economiche del settore sanitario.

Per le sue implicazioni biologiche e sociali, il processo di invecchiamento ha importanti ripercussioni sulla salute individuale, tuttavia in questo gli studi empirici hanno rilevato molta variabilità (Cesa-Bianchi e Cristini, 2003). Al di là di variazioni puramente individuali (per fattori genetici, per esempio), esistono disuguaglianze sociali nelle *chances* di invecchiamento attivo-passivo, normale-patologico. Sono in gioco fattori comunitari e istituzionali come, per esempio, presenza e qualità dei servizi socio-sanitari e variabili di tipo sociale quali livello di istruzione, condizione occupazionale, intensità e qualità degli scambi relazionali (Cesa-Bianchi e Cristini, 2005; Lucchini, 2007). La letteratura sul tema ha evidenziato come sia soprattutto un elevato *status socio-economico* (Ses) – e in particolare un alto livello d'istruzione – a risultare protettivo rispetto al rischio di cattiva salute (Lucchini, 2007). Alcuni Autori, tuttavia, hanno suggerito la pos-

sibilità che le differenze nello stato di salute legate al Ses scompaiano nella popolazione anziana a causa di un effetto di prossimità o di politiche redistributive che aumentano l'eguaglianza tra gli anziani (Ross e Wu, 1996). È anche possibile che l'assenza di un gradiente sociale nella popolazione anziana sia semplicemente il riflesso di quel processo di selezione in base al quale le persone con peggiori condizioni di salute, che in media sono persone con un Ses inferiore, vengono eliminate dal campione perché decedute o gravemente malate, con il risultato che le persone anziane di basso Ses presenti nel campione sono quelle più in salute.

Date queste premesse, in questo lavoro vogliamo verificare se, nel nostro Paese, un più alto titolo di studio o un più elevato reddito sono in grado di influire sul processo di invecchiamento garantendo una miglior salute.

DATI E VARIABILI

Per rispondere al nostro interrogativo utilizziamo le otto ondate dello *European Household Panel* (ECHP)¹ dal 1994 al 2001 e consideriamo la popolazione anziana sopra i 65 anni². Per motivi tecnici (Singer e Willett, 2003) selezioniamo solo anziani che sono rimasti nel *panel* per un minimo di 3 anni, cosicché il nostro *dataset* è costituito da 3350 individui (per un totale di 20.110 osservazioni), il 34,81% dei quali viene osservato per tutte e 8 le *waves*.

La nostra variabile dipendente è la salute auto-perce-

¹ Il *panel europeo sulle famiglie* è un'indagine campionaria longitudinale che dal 1994 al 2001 è stata effettuata con periodicità annuale in tutti i paesi Europei. L'indagine è realizzata dagli Istituti Nazionali di Statistica (in Italia dall'Istat) o da Istituti di ricerca nazionali, con il coordinamento dell'Eurostat.

² Convenzionalmente, l'anzianità inizia a 65 anni e la gerontologia distingue tra giovani anziani (65-74 anni), medi-anziani (75-84 anni), grandi anziani (85-100 anni) e ultracentenari (Cesa-Bianchi e Cristini, 2005).

pita, rilevata attraverso la domanda "Come va la sua salute in generale?", alla quale vengono offerte 5 categorie di risposta, da 1 "molto buona" a 5 "molto cattiva". Questo indicatore soggettivo di salute risulta essere strettamente connesso alla salute oggettivamente misurata: è un ottimo predittore di mortalità, morbilità e limitazioni funzionali (Jylha, 2009). Per quanto riguarda i predittori di interesse, essi sono l'istruzione e il reddito. Il titolo di studio è misurato secondo la scala ISCED (*International Standard Classification of Education*) ed è codificato in 3 categorie. La più alta accorpa le fasce Isced 4-6 e comprende istruzione post secondaria non terziaria e istruzione terziaria di primo e secondo stadio. La seconda categoria corrisponde a ISCED 3, livello secondario, e la terza categoria riunisce le fasce ISCED 0-2, ovvero istruzione pre-elementare, elementare e secondaria inferiore.

Per quanto riguarda il reddito, ricodifichiamo il reddito familiare equivalente annuo in quartili e lavoriamo con una variabile categoriale con 4 categorie.

Come variabili di controllo inseriamo il genere (le donne tendono a riportare peggiori livelli di salute auto-percepita), la coorte e l'area di residenza. Il predittore temporale è l'età misurata in anni; per facilitare l'interpretazione dei modelli la centriamo intorno a 65.

Per rispondere ai nostri interrogativi utilizziamo un tipo particolare di modelli multilivello a effetti *random*: i modelli di curve di crescita (*growth curves*) (Singer e Willett, 2003). Più nello specifico, implementiamo dei modelli su due livelli: il primo livello è costituito da occasioni di misura che sono raggruppate (*nested*) entro gli individui (che costituiscono il secondo livello dell'analisi). In questi modelli si mira innanzitutto a comprendere come la variabile di interesse (salute) varia in funzione del tempo che nel nostro caso sintetizza una pluralità di covariate *time-varying* non esplicitate nelle equazioni, perché non osservate o non osservabili, che connotano il pro-

cesso di invecchiamento³. Con questi modelli siamo in grado di descrivere le traiettorie individuali di salute alle quali è dato modo di variare sia nello stato iniziale che nel tasso di cambiamento annuo. L'obiettivo è capire in che misura le differenze di reddito e di titolo di studio sono in grado di spiegare l'eterogeneità riscontrata nello stato iniziale e nel tasso di cambiamento delle traiettorie di salute individuali, controllando per una serie di potenziali confondenti.

RISULTATI

Nella Tabella 1 sono riportati i valori di salute media (da 5=cattiva salute a 1=ottima salute) per le categorie delle variabili di controllo e dei predittori standard.

La Tabella 2 indica qual è la salute media nelle varie categorie delle variabili di interesse e di controllo, ricordando che a punteggio più alto corrisponde una peggior salute. Innanzitutto, vediamo che le donne dichiarano in media una salute peggiore degli uomini e che gli over 85enni (i cosiddetti grandi anziani) stanno in media peggio dei cosiddetti giovani anziani (65-74). Per quanto concerne l'area geografica, significativa è la differenza di chi risiede al Nord-Ovest che dichiara in media una migliore salute. Concentrandoci sul titolo di studio, vediamo che i soggetti con istruzione primaria stanno, in media, peggio dei soggetti con istruzione secondaria e terziaria e che, a loro volta, i soggetti con istruzione secondaria hanno in media una salute peggiore di quelli con l'istruzione più elevata. Similmente, a un reddito più elevato corrisponde in media una salute migliore.

Commentiamo ora i risultati dei modelli di curve di crescita condizionati, in cui inseriamo, cioè, i predittori di interesse: istruzione e reddito⁴.

Il modello 1 mostra l'effetto del titolo di studio sulla salute auto-percepita della popolazione anziana control-

³ Riportiamo di seguito l'equazione al primo livello, che descrive traiettorie individuali e contiene variabili che variano entro il soggetto:

$$Y_{ij} = \pi_{0i} + \pi_{1i} \text{età}_{ij} + \pi_{2i} \text{regione}_{ij} + \varepsilon_{ij} \text{ dove } \varepsilon_{ij} \sim N(0, \sigma_{\varepsilon}^2)$$

Al secondo livello abbiamo una prima equazione per modellare i differenziali di intercetta e una seconda equazione per descrivere i differenziali di slope riferiti al predittore temporale (l'età):

$$\pi_{1i} = \gamma_{10} + \gamma_{11} \text{genere}_i + \gamma_{12} \text{titstud}_i + \gamma_{13} \text{II_quartile_red}_i + \gamma_{14} \text{III_quartile_red}_i + \gamma_{15} \text{IV_quartile_red}_i + \zeta_{1i} \quad \pi_{0i} = \gamma_{00} + \zeta_{0i}$$

⁴ Di norma, è prassi iniziare le analisi con due modelli di base, detti non condizionati (più precisamente *unconditional mean model* e *unconditional growth model*), ma per motivi di spazio in questa sede presentiamo solamente i modelli finali.

Tabella 1 - Valori di salute media (da 5 cattiva salute a 1 ottima salute) alla prima ondata (1994) per categorie delle variabili di controllo e dei predittori di interesse (tra parentesi l'errore standard).

Genere	Salute media	Età	Salute media	Area di residenza	Salute media	Titolo di studio	Salute media	Reddito	Salute media
Uomini	3,09 (0,030)	65/74 anni	3,11 (0,023)	Nord-ovest	2,93 (0,042)	Istr. Terziaria	2,62 (0,105)	Primo quartile	3,31 (0,029)
Donne	3,25 (0,025)	75/84 anni	3,28 (0,038)	Nord-est	3,04 (0,041)	Istr. Secondaria	2,82 (0,060)	Secondo quartile	3,19 (0,038)
					3,24 (0,043)		Istr. Primaria	3,11 (0,024)	Terzo quartile
				3,40 (0,036)		Quarto quartile		2,94 (0,049)	
				3,34 (0,053)					

Tabella 2 - Modelli di curve di crescita per la salute auto-percepita: stime full maximum likelihood dei coefficienti beta (con intervallo di confidenza al 95% tra parentesi), delle componenti varianza e misure di bontà di adattamento dei modelli.

Effetti fissi	Modello 1		Modello 2	
	Beta	St.err.	Beta	St.err.
Intercetta	2,496	(0,0691)	2,457	(0,0695)
Età	0,040	(0,0025)	0,044	(0,0026)
Coorte	0,009	(0,0029)	0,014	(0,0030)
Sesso (maschio cat. rif.)	0,133	(0,0250)	0,129	(0,0249)
Isced 1 (rif.)				
Isced 2	-0,102	(0,0316)	-0,082	(0,0318)
Isced 3	-0,313	(0,0608)	-0,271	(0,0610)
Redd_1q (rif.)				
Redd_2q			-0,040	(0,0170)
Redd_3q			-0,091	(0,0187)
Redd_4q			-0,120	(0,0212)
Effetti random	Modello 1		Modello 2	
	Beta	St.err.	Beta	St.err.
Var. Intercette	0,512	(0,0263)	0,504	(0,0262)
Var. Tasso camb.	0,002	(0,0002)	0,002	(0,0002)
Cov. Intercetta-tasso cambiamento	-0,016	(0,0023)	-0,0159	(0,0023)
Var. Intra individuale	0,348	(0,0044)	0,347	(0,0044)
Log-likelihood	-18739,97		-18596,1	
Gradi libertà	14		17	
Aic	37507,94		37226,21	
Bic	37616,6		37358,05	
N. Oss.	17345		17247	
N. Gruppi	3210		3209	

lando per età, coorte, genere ed area di residenza⁵. Come vediamo in Tabella 2, tanto l'aver un'istruzione secondaria quanto l'aver un'istruzione terziaria risulta protettivo in termini di salute (rispettivamente -0,102 e -0,313). Per fare un esempio, un soggetto maschio di 65 anni nato nel 1948 e residente nel Nord-Ovest del paese con istruzione meno che secondaria ha una salute auto-percepita pari a 2,496, mentre un soggetto con le stesse caratteristiche demografiche ma con una laurea ha una salute pari a 2,183.

Il modello 2 si concentra sull'effetto del reddito al netto dell'istruzione. Nella popolazione da noi esaminata il reddito pare avere una relazione monotona crescente con la salute. I beta sono tutti negativi e statisticamente significativi, dunque l'appartenere a un quartile più elevato garantisce, in media, una salute migliore di quella goduta dai soggetti con un reddito che rientra nel quartile più basso. Così se la salute media degli uomini 65enni residenti nel Nord-Ovest appartenenti al primo quartile di reddito è pari a 2,457, la salute media degli uomini con le stesse caratteristiche ma con un reddito che rientra nel quarto quartile è pari a 2,337. Il reddito pare dunque avere un effetto specifico sulla salute, al di là dell'effetto del livello di istruzione individuale.

CONCLUSIONI

Utilizzando i dati ECHP sulla popolazione italiana sopra i 65 anni, abbiamo rilevato l'esistenza di un gradiente nella salute auto-percepita in base al quale soggetti con un più alto livello di istruzione o di reddito sperimentano, in media, una salute migliore. Sono molti i canali attraverso cui istruzione e reddito possono impattare sulla salute di una persona. Senz'altro un'istruzione e un reddito più elevato sono in grado di condizionare le pos-

sibilità del soggetto di scegliere e seguire uno stile di vita sano (avere un'alimentazione adeguata e una vita attiva) e di aiutare ad evitare l'esposizione a fattori di rischio per la salute (ambienti lavorativi insalubri, stress e preoccupazioni, ecc.). Chiudiamo con una nota di cautela ricordando che i modelli a effetti *random* da noi utilizzati si basano sull'assunto di esogeneità del predittore (ovvero di incorrelazione tra predittore ed errore), assunto che potrebbe non essere realistico quando si studia la salute. Nel caso della salute, infatti, è probabile che esistano variabili non osservate/osservabili (di stampo biologico-genetico o psicologico) che influenzano tanto lo status socio-economico del soggetto quanto la sua salute.

Sarebbe dunque interessante utilizzare modelli a effetti fissi o approcci contro fattuali per validare questi risultati.

BIBLIOGRAFIA

Baltes PB, Baltes MM. (a cura di) *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, Cambridge University Press, New York 1991.

Cesa-Bianchi G, Cristini C. La vecchiaia è l'età del disadattamento? È possibile prevenirlo e/o superarlo?, in Cristini C, Rizzi R, Zago S. (a cura di), "La vecchiaia fra salute e malattia", Pendragon, Bologna 2005.

Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model, in "Social Science and Medicine", 2009; 69, pp. 307-316.

Lucchini M. Il "gradiente sociale" nelle disuguaglianze di salute nell'anzianità, in Tognetti Bordogna M. "I grandi anziani tra definizione sociale e salute", 2007; pp. 92-117, Milano Franco Angeli.

Ross CE, Wu C. Education, Age, and the Cumulative Advantage in Health, in "Journal of Health and Social Behavior", 1996; 37, pp. 104-20.

Singer J, Willett J. *Applied Longitudinal Data Analysis*, New York, Oxford University Press 2003.

⁵ I parametri relativi all'area di residenza non sono mostrati in Tabella 2 per questioni di sintesi, ad ogni modo sia nel primo che nel secondo modello risultano significativi e di segno positivo i beta associati al risiedere al Centro, nel Sud e nelle Isole, che risulta quindi associato al dichiarare, in media, una salute peggiore.

L'educatore professionale nel lavoro di cura con gli anziani

Davide Ceron, Paola Nicoletta Scarpa, Martina Vitillo

Associazione Nazione Educatori Professionali (ANEP)

LA FIGURA DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE: LA NASCITA E L'EVOLUZIONE

L'educatore professionale è presente nei servizi del nostro Paese sin dagli anni Cinquanta. La nascita e lo sviluppo della professione, dopo la seconda guerra mondiale, sono legati alle prime iniziative rivolte alla cura e al sostegno di bambini e giovani in situazioni di trauma e disagio, e il suo impiego avveniva, prevalentemente, in strutture residenziali.

La professione trova ampio riconoscimento e impiego a partire dalla metà degli anni Sessanta nell'ambito dei processi di rinnovamento culturale entro cui anche i servizi mutano profondamente la loro articolazione, organizzazione e mandato istituzionale.

Emerge, infatti, un nuovo approccio nei confronti delle persone che si trovano in una situazione di svantaggio e/o debolezza; in particolare, si passa dall'idea e dalla pratica che le persone con problemi debbano risiedere o frequentare luoghi chiusi, esclusivi e non permeabili con l'esterno ad una nuova mentalità e cultura dell'integrazione e dell'accesso ai diritti e ai servizi per tutti, anche per le persone i cui problemi e patologie sono causa di emarginazione, esclusione o non autosufficienza.

Ben presto la figura dell'educatore professionale assume un contorno ben definito, tanto che le Regioni (allora competenti sulla materia), sin dalla metà degli anni Sessanta iniziarono a realizzare corsi di formazione post diploma per la formazione dell'educatore professionale e, già dalla metà degli anni Settanta, diverse leggi regionali ne definivano il profilo professionale.

La figura professionale ha alcune caratteristiche peculiari che la contraddistinguono e che si possono riassumere nell'essere una figura interdisciplinare, poiché è "operatore sociale e sanitario", e, riguardo alle compe-

tenze, nell'essere una figura che agisce le sue funzioni educative, riabilitative e di cura attraverso la condivisione di momenti di vita con la persona e/o i gruppi che ha in carico: caratteristiche peculiari e distintive della figura professionale che vengono agite con il tramite della «relazione educativa» nel quadro dei principi etici e deontologici di riferimento per la professione.

Attualmente la figura dell'educatore professionale è regolamentata a livello nazionale dal Ministero della Salute attraverso il DM 520/98 che ne delinea il profilo professionale ed il percorso formativo universitario, anche se, purtroppo, analogo riconoscimento giuridico non è ancora avvenuto negli altri settori di operatività dell'educatore professionale. Nel settore sociale, infatti, non esistono norme giuridiche della figura professionale e, conseguentemente, non è definito quale sia il percorso formativo abilitante alla professione in tale comparto.

L'EDUCATORE PROFESSIONALE NEL LAVORO DI CURA CON GLI ANZIANI

È interessante notare come, agli albori della nascita della figura dell'educatore professionale, il suo impiego con le persone anziane fosse residuale.

La struttura delle famiglie, il basso tasso di occupazione delle donne e il loro ampio impegno nel lavoro di cura intra-familiare, uniti a una speranza di vita più bassa dell'attuale e a una minor insorgenza di condizioni cliniche che determinano non autosufficienza, possono in parte spiegare la scarsa necessità di attivare servizi rivolti specificamente alle persone anziane.

Nei confronti di questa fascia di età inizialmente l'impiego dell'educatore professionale fu soprattutto sul versante educativo ed animativo, concretizzandosi, cioè, in progetti di animazione di comunità, nell'offerta di luoghi e contesti in cui le persone anziane potessero incontrar-

si, coltivare interessi, proseguire in una socializzazione tra pari che, con il pensionamento, non poteva più avvenire nel luogo di lavoro.

Più recentemente, invece, la figura dell'educatore professionale trova un ampio impiego nel lavoro con le persone anziane nell'ambito riabilitativo e di cura.

Questo dato è emerso dalla ricerca finalizzata alla definizione del *Care Competence* dell'educatore professionale che l'ANEP – Associazione Nazionale Educatori Professionali – che dal 1992 rappresenta in Italia la figura professionale, ha attivato sul finire del 2007 ed i cui risultati sono stati pubblicati nel 2010.

Gli esiti della ricerca hanno evidenziato gli anziani, come area di intervento, tra i "bisogni prioritari socio-sanitari" della popolazione, in riferimento a problematiche di «solitudine e difficoltà di vita autonoma» e «non autosufficienza», che confermano l'attuale impegno della figura dell'educatore professionale in progetti e servizi per il sostegno alla vita autonoma attraverso l'impiego nei servizi sociali area anziani e, dall'altro, nelle residenze protette, centri diurni, centri Alzheimer.

ALCUNI ESEMPI DI ATTIVITÀ SVOLTE DALL'EDUCATORE PROFESSIONALE

In questo quadro di cambiamenti epocali per la nostra società, anche l'educatore professionale ha adattato le proprie funzioni e interventi.

Accanto quindi alle attività animative, ludiche, teatrali, laboratoriali ed occupazionali in cui era impegnato fin dall'inizio, oggi l'educatore professionale è sempre più il professionista che accoglie e soddisfa i bisogni di socializzazione e di relazione, di recupero della memoria e della storia individuale e familiare, di mantenimento e potenziamento delle capacità ed abilità cognitive ed espressive anche di persone parzialmente non autosufficienti.

Per esempio, nelle strutture per anziani spesso l'educatore è il professionista che, nel servizio di accoglienza ed inserimento, contatta per primo la persona e i familiari nei colloqui iniziali. Questo è, infatti, un momento molto delicato, perché coincide con un distacco dalla propria abitazione e dal nucleo dove si è passata una vita. L'educatore professionale si occupa quindi di introdurre l'anziano nel suo nuovo mondo, fatto di ritmi e regole, ma anche di opportunità completamente nuove e non sempre accettate o accettabili. È quindi importante che la persona si senta accolta, compresa, e possa in-

travedere una "nuova vita" per gli anni futuri, ricca di stimoli, significati e valori.

Nelle strutture residenziali, molte delle attività proposte dalle *équipe* educative sono quindi improntate a ricreare un clima familiare ed accogliente, stimolante e non opprimente, che sappia valorizzare le attitudini, i saperi, le capacità della persona anziana, e che siano adeguate ai tempi e alle età. L'attenzione è anche rivolta a non svalutare la persona e la sua storia, costringendola a frequentare gruppi ed attività che non corrispondono al suo livello culturale, sociale e cognitivo.

L'ottica è quella del mantenimento e del potenziamento, quando possibile, delle capacità, anche se residue, attraverso la progettazione e gestione di attività legate alla vita quotidiana, che hanno lo scopo di essere un tramite per raggiungere gli obiettivi educativi che ci si è posti.

Il momento della lettura del giornale, per esempio, è un modo per rimanere in contatto con quello che succede nel mondo in maniera critica e partecipata (funzione educativa), ma è anche un modo per mantenere le abilità cognitive raggiunte (funzione riabilitativa).

Anche le attività laboratoriali e creative mirano non solo a mantenere viva l'attenzione, la manualità, il gusto per il bello e l'utile, ma anche a proporre percorsi terapeutici che sono fondamentali per chi, come per esempio le persone affette da demenza, sta perdendo pezzi di conoscenza e di vitalità.

Nelle strutture per anziani i laboratori di cucito, giardinaggio, cucina, pittura, manipolazione, così come i laboratori teatrali o di espressività corporea, le attività motorie, i momenti di canto, di ballo, la partecipazione e l'organizzazione di feste, concerti, spettacoli, eventi, i momenti di gioco "tradizionale" (come la tombola, le carte o le bocce), sono importanti per dare un senso (un significato) alla propria giornata e al tempo, ma anche per rimanere "in salute" nel significato più ampio e completo del termine, definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Per esempio, nel laboratorio di cartongaggio, l'obiettivo può essere la riabilitazione oculo-manuale; il laboratorio di movimento e danza o di attività motorie è funzionale alla riabilitazione topologico-spaziale; un laboratorio di lettura del giornale ha come obiettivo la riabilitazione temporale, mentre un laboratorio di gioco strutturato ha una funzione educativa e di riabilitazione alla socialità.

È importante evidenziare come i laboratori abbiano anche una funzione di contenimento dell'ansia e di recu-

ESPERIENZE

pero della partecipazione ad una vita attiva, che spesso la pensione e/o la malattia hanno allontanato. È la potenza del fare, e del fare insieme, che ha una funzione terapeutico-riabilitativa molto importante, soprattutto perché fa leva sulla motivazione, sulla partecipazione, accrescendo l'autostima e il protagonismo della persona. Altri momenti importanti sono le uscite sul territorio o le visite ad altri luoghi al di fuori del nuovo ambiente di vita: sono occasioni per conoscere o riscoprire luoghi e culture, per fare nuove esperienze o per vivere emozioni e sensazioni passate.

Sempre più frequentemente, nelle residenze l'educatore professionale propone attività che aiutano l'anziano a recuperare la propria biografia, che restituiscono senso alla propria esistenza e alle abilità e ai saperi di cui è portatore, anche ai fini di una trasmissione del sapere alle giovani generazioni. Molte delle attività che gli educatori propongono hanno come focus la trasmissione del sapere e la relazione fra generazioni. La longevità viene quindi vissuta, nei servizi educativi e nella residenza, non come un peso, un problema, ma come ricchezza di saperi e valori per la comunità, in un'ottica di crescita, di condivisione, di scambio, di "prendersi cura".

Per l'agire professionale dell'educatore è fondamentale non proporre attività "casuali" ma rispondenti ai bisogni della realtà in cui opera, con progetti che indichino obiettivi, metodologie, risorse, spazi e tempi precisi, con una gestione attenta e condivisa con l'équipe, con verifiche intermedie e finali che restituiscano i risultati raggiunti e le difficoltà insorte.

LA COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI PROFESSIONISTI

L'educatore professionale, inoltre, affianca altri operatori che si occupano di singole e specifiche tecniche terapeutiche, quali la Musicoterapia, la Terapia della bambola, la *Pet therapy*, la *Validation therapy*, la Terapia di Orientamento alla Realtà (ROT), la Terapia della reminiscenza o la Terapia della rimotivazione.

Di particolare rilevanza, sul piano educativo-riabilitativo, la gestione di ospiti con disturbi del comportamento: in queste situazioni l'educatore professionale propone at-

tività individualizzate finalizzate al mantenimento, al recupero o alla convivenza sostenibile con il disturbo stesso: il recupero del contatto visivo, la modulazione del tono di voce, la predisposizione e l'uso di strumenti, come gli audio libri, fanno parte del bagaglio di conoscenze e di strumenti che l'educatore professionale che lavora con gli anziani mette a disposizione per superare ostacoli e barriere che rendono difficile la vita quotidiana e la convivenza con le persone.

Allo stesso tempo, l'educatore professionale nella progettazione e realizzazione degli interventi educativi-riabilitativi collabora strettamente con gli altri professionisti sanitari e sociali che costituiscono l'équipe multidisciplinare che ha in carico la persona. Sempre più spesso l'interazione e l'integrazione nel gruppo di lavoro è l'unica modalità per garantire servizi ed ambienti che si prendono cura della persona in modo completo, con interventi efficaci secondo logiche di efficienza e sostenibilità.

LA RELAZIONE EDUCATIVA

La relazione con la persona è il focus centrale dell'intervento dell'educatore professionale. Se è importante che attività e interventi proposti siano, per quanto possibile, condivisi con la persona, coinvolgenti e adatti, altrettanto importante è la qualità della relazione che l'educatore instaura con ogni singolo anziano. Una relazione voluta, cercata, mirata, non casuale, passeggera e "di contorno". La relazione vissuta, infatti, nei colloqui, nelle passeggiate, nei momenti di "ozio"/tempo disponibile, così come durante le attività permette di comprendere come sta la persona, quali sono i suoi sentimenti, emozioni, bisogni.

Gli strumenti principali della relazione educativa sono l'ascolto e l'empatia.

È, infine, importante sottolineare come la relazione educativa sia fondamentale anche nella fase di accompagnamento alla morte, all'ultimo saluto della persona al mondo, per favorire l'elaborazione del lutto dei *caregiver*. Questa è una fase importante, ed in molte strutture è l'educatore professionale che conduce percorsi di sostegno alle famiglie e ai familiari, per aiutarli ad accompagnare la persona anziana nella fase ultima della vita.

Gli operatori socio-sanitari di fronte alle cure di fine vita

Grazia Colombo

Sociologa, consulente di formazione, Associazione Iris, Milano

Sarà probabilmente la mano di un estraneo che chiuderà i miei occhi nell'ultimo istante una carezza strana che a malincuore non potrò ricambiare.

Grazia Valente

Il Poeta, Portaparole editore Roma, 2012

QUANDO SI DICE MORTE

"Si muore una volta sola, ma ci sono molte maniere diverse di morire", Joseph Conrad. È il messaggio che ispira il breve e suggestivo libro della dottoressa inglese Iona Heath (Heath, 2009), suggerendo che, nell'affrontare la fenomenologia del morire "senza cercare rifugio nel dettaglio dei sintomi corporei, evitando così di misurarsi con la paura, la rabbia, l'angoscia e la sconfitta (...) i medici hanno bisogno di aiuto, e, per me, l'aiuto maggiore, (...) viene dagli scrittori e in particolare dai poeti... Se il dono del poeta è far luce senza semplificare, mentre, il dono della scienza è cercare di capire attraverso la semplificazione, fra poesia e scienza vi è complementarietà: i medici hanno bisogno sia della scienza sia della poesia, più che mai quando si prendono cura di pazienti che stanno morendo" (Heath, 2009).

La morte, come la nascita, è un evento forte della vita e la sua doppia natura, biologica e sociale, la rende mutevole storicamente e culturalmente (Sizzi, 2009). Nelle società occidentali e nei tempi più vicini a noi, quella biologica sembra essere diventata la definizione prevalente poiché la medicina, nelle sue varie branche, ha assunto in sé il compito di stabilire *interventi* tesi a dilazionare nel tempo l'evento della morte e *regole* influenti circa i comportamenti "col morto". Tuttavia la cultura sociale continua ad esprimere comportamenti "quotidiani" e sentimenti, relativamente alla morte, sia nell'ambito privato sia in quello professionale, con cui la medicina non può evitare di confrontarsi.

Si tratta di un tema scarsamente osservato e studiato nell'ambito delle scienze sociali, mentre in quelle scientifiche l'interesse è al sintomo e al suo superamento, al corpo non in quanto tutt'uno con la persona, bensì come involucro del sintomo. I nostri operatori sanitari sono lasciati "soli" rispetto all'incontro con la morte delle persone da loro curate. Soli nel senso che manca una cultura sociale e professionale che fornisca loro degli strumenti emotivi-operativi per far fronte all'ansia suscitata dalla morte di una persona che, pur non facendo parte del proprio mondo intimo-personale, tuttavia non è estranea.

Questa misura, né estranea né personale, né intima né distante, né asettica né coinvolgente, va scoperta e in qualche modo definita e legittimata socialmente. Gli operatori devono potersi sentire legittimati a *sentire*, a convivere col sentire senza che ciò li consumi: è parte della funzione della cura.

Inoltre, come elaborare il lutto della perdita della persona curata, come per esempio una persona anziana ospite di una casa di riposo, quando nel giro di poche ore viene rimpiazzata con un'altra? Come affrontare il clima del reparto o del servizio, reso sensibile alle dimensioni emotive degli operatori, ausiliari, infermieri e medici innanzitutto, quando muore un ospite?

La domanda di un'operatrice "*ma è normale che io abbia questo dolore per la morte di questo signore che non c'entra niente con me?*" è densa di un vuoto di elaborazione socio-culturale rispetto alla morte extra familiare, tenuto conto che oggi si muore prevalentemente in un servizio. Un vuoto di ritualità e di partecipazione che rende difficoltoso fornire di senso i gesti e le emozioni, che è invece quel che necessita.

La misura, per confronto e differenza, continua ad essere "ciò che si prova" quando muore una persona del proprio dintorno familiare e parentale.

"Siamo portati a pensare che la morte sia un evento che riguarda la medicina, ma non è così; non è un evento che

ESPERIENZE

riguarda solamente i medici, perciò non possiamo affidare solo a loro questo compito. Morire è una questione relazionale (...). Bisogna offrire il meglio che la medicina può dare per quanto riguarda il controllo dei sintomi, ma non si può guardare alla morte solo come un evento clinico" (Ostasesk, 2006).

La nostra attuale cultura, fondata prevalentemente su un credo biotecnologico, che si manifesta nell'atto medico, mira ad allontanare la morte, a spostarla nel tempo, oppure a rappresentarla come finzione ma fuori dalla nostra vita che viviamo, a raggiungere l'immortalità, cioè a togliere la morte dalla vita di tutti noi.

Ed è anche il motivo per cui gli operatori sanitari vivono la morte come una sconfitta. Questo ha portato con sé una de-ritualizzazione della morte, che, di conseguenza, va rappresentata nella realtà il meno possibile.

Non riusciamo a nominarla; si dice, se n'è andata, non ce l'ha fatta, è volato via, è scomparsa, ma non: è morto, è morta. Tuttavia, la morte è nella vita, sia la nostra morte, sia quella di chi ci sta vicino o di coloro di cui ci occupiamo.

LA CURA DELLA FINE VITA

Cosa ci chiede la fine della vita? Chiede cura: agli aspetti esistenziali, alla relazione, al corpo intero che sente, che sente dolore e non solo quello della malattia.

Che cosa serve agli operatori per reggere la fine della vita di una persona da loro curata, per reggere la loro stessa paura e ansia e il dolore dei familiari e dei parenti?

Serve:

- formazione agli aspetti operativi e agli stati emozionali
- alimentare la consapevolezza della morte
- attivare rituali per gli operatori e per i parenti
- luoghi adeguati, per il raccoglimento, il silenzio, la comunicazione che sia più relazione che informazione.

Formazione come momenti di sospensione dell'azione a vantaggio del pensiero. Momenti in cui si descrivono le esperienze lavorative e le emozioni che li accompagnano, affrontando poi l'analisi dei fatti, la riflessione sui dati che ne emergono e l'elaborazione di parti che vanno a costituire ciò che propriamente si impara dall'esperienza.

Momenti che, proprio attraverso questi passaggi, attraverso la forza del pensiero che si confronta nel gruppo, valorizzando però la dimensione individuale e superando il giudizio, promuovono la possibilità di darsi credito al fine di affrontare dei cambiamenti anche piccoli, ma autogenerati. Poter passare dall'analisi di ciò che si fa e anche dalle prefigurazioni attribuite a quel fare, e quindi al confronto con gli altri, è l'occasione per un'evoluzione collettiva. Passare attraverso il concepire una proposta, vederne i significati e le connessioni e progettarne poi l'applicazione operativa, è un processo molto ricco e fecondo. È un processo che non solo contribuisce a rendere visibile l'oggetto di lavoro, ma contribuisce anche a valorizzare il singolo operatore che, attraverso ciò, può arrivare più facilmente a rendere visibile a sé il proprio contributo al risultato e a comprendere anche come il proprio "fare" – senza le connessioni che il gruppo, con i differenti ruoli, professioni e visioni, riesce ad esercitare – sarebbe una mera esecuzione ripetitiva di compiti.

FORMAZIONE-AZIONE. UN'ESPERIENZA

Facciamo qui riferimento ad un'esperienza che, se pur breve, possiamo definire di formazione-azione¹. Formazione che ha usato plurimi linguaggi (da quello poetico, a quello filmico, a quello del ricordo personale, a quello della scrittura) e differenti strumenti (dal *role-playing*, alla reazione ad immagini, a esercitazioni di piccolo gruppo con un compito). Ha percorso le tappe dell'imparare dall'esperienza fino a prefigurare dei cambiamenti, attraverso micro-decisioni discusse e concordate, presentate nell'ultima fase alla direzione e portate avanti a cura di un gruppo di facilitatori. Ha esplorato temi e contenuti operativi e organizzativi (cosa succede e come si fa quando muore un ospite) e relazionali (come se ne parla fra operatori, chi e come si rapporta con i parenti), i riti (a cosa servono, come sono diversi nel tempo e nei vari contesti).

Alla fine ne è emersa una lista di considerazioni (*il concetto di cura riguarda il morente e il morto; nella cura al mo-*

¹L'attività è stata svolta presso l'Istituto Golgi-Redaelli di Abbiategrasso. Il Servizio era sensibile ai temi della morte, avendo promosso nel 2010 una "Indagine sulla qualità delle cure di fine vita in RSA: intervista con la famiglia in lutto post-mortem", a cura della dottoressa Gianna Carella. Le conclusioni portavano ad indicare "possibili sviluppi" in due direzioni: attivare spazi di formazione del personale e riflettere all'interno del gruppo di lavoro sulle cure di fine vita circa l'opportunità di elaborare un progetto di accompagnamento del familiare in lutto per la morte di un proprio congiunto. Da qui la proposta di formazione per gli operatori dei vari Reparti.

rente si incontra una dimensione spirituale che non è sovrapponibile alla religiosità; i riti sono modi per ricordare e per onorare la persona morta, ma sono anche consolazione per le persone che rimangono) e una di proposte, alcune di tipo operativo-relazionale, da mettere in atto da parte degli operatori. Per citarne alcune: usare linguaggi e stili comunicativi diversi, secondo gli obiettivi e gli interlocutori; esempio diverso è dare consegna o confortare un familiare in lutto; occuparsi con maggior cura degli oggetti del defunto per poi consegnarli ai familiari; proporre un ricordo del defunto nell'ambito del reparto; coinvolgere i familiari che lo desiderano nella vestizione della salma. Mentre altre proposte, di tipo organizzativo-strutturale, da consegnare come richieste perché possano essere realizzate al livello competente. Per citarne alcune: camera singola per accogliere il morente e i familiari o spazio adeguato ad accogliere la salma nell'intervallo di tempo fra la morte e il trasferimento alla camera ardente; lettino e percorso adeguato a tale trasporto; indicazioni precise riguardo la vestizione della salma e il possibile coinvolgimento dei familiari; mettere in calendario occasioni di incontro degli operatori dove possano essere comunicate, condivise e governate le emozioni relative alla morte di un ospite; aprire in modo formale l'accoglienza da parte degli operatori, e considerarla lavoro di cura, dei parenti in lutto nei periodi post-mortem.

Tutto ciò è diventato successivamente un documento di lavoro per il Servizio nelle sue varie componenti. Passare dalla "rivendicazione" alla proposta ragionata e coerente fra obiettivi, processi e materiali e discuterne in questo modo con la Direzione, ha legittimato i partecipanti – e in particolare le figure ausiliarie – a "saperne del proprio lavoro" proprio perché si è entrati nel merito di cosa fare,

perché e come, non limitandosi a elencare i titoli di qualcosa di vagamente auspicabile. L'ascolto reciproco e la valutazione attenta dei vincoli e delle criticità, hanno assunto carattere di "verità" e non di pretesto.

Gli operatori hanno bisogno di essere aiutati a curare la morte dei loro assistiti in un percorso di sviluppo e di crescita: "Cominciare da se stessi, ma non finire con se stessi; prendersi come punto di partenza, ma non come meta; conoscersi, ma non preoccuparsi di sé" (Kubler-Ross, 1976). Alimentare la consapevolezza della morte può significare accettazione e venire a patti (Madera, Tarca, 2004), per l'operatore e per i parenti. Accettazione che il percorso è compiuto, venire a patti per affrontare ciò che serve ora e prepararci al dopo. Procrastinare oltre il dovuto le parole di speranza può corrispondere alla mancanza di parole per dire la morte e di stato emozionale per prepararsi a viverla. "Si rinfranca così il sentimento reciproco di appartenenza al comune limite umano" (Buber, 1990): il comune limite umano può però aprire le porte alla morte, cercando l'essenza. La consapevolezza non chiede molto altro.

BIBLIOGRAFIA

- Buber M. Il cammino dell'uomo, ed. Qiqajon, Comunità di Bose 1990.
- Heath I. Modi di morire, Bollati Boringhieri, Torino 2009.
- Kubler-Ross E. La morte e il morire, Cittadella editrice, Assisi, 1976.
- Madera R, Tarca LV. La filosofia come stile di vita, Bruno Mondadori, 2004.
- Ostaseski F. Saper accompagnare. Aiutare gli altri e se stessi ad affrontare la morte. Oscar Mondadori, Milano 2006.
- Sozzi M. Reinventare la morte – Introduzione alla tanatologia. Ed. Laterza, Bari 2009.

Il ruolo dello psicologo nel processo di cura degli anziani accolti in struttura

Giorgia Monetti, Marta Zerbinati

Direzione Focàs Argento Srl

Solo recentemente la figura dello psicologo è entrata a pieno titolo nel corpus di professionisti che operano all'interno delle residenze per anziani. In particolare, il ruolo dello psicologo costituisce un'irrinunciabile risorsa nella prospettiva di un'assistenza che pone la persona e la sua individualità al centro dell'organizzazione. Basandosi su un modello di assistenza prettamente sanitario, le priorità nell'accudimento dell'ospite presente in struttura risultano prive della presa in carico dei bisogni psicologici della persona. La presenza del professionista psicologo, insieme alle figure professionali in struttura appartenenti all'area sociale, consente di promuovere un livello assistenziale che prenda in esame sia i bisogni sanitari che sociali, emotivi e relazionali dell'ospite. In particolare, lo scopo del servizio psicologico all'interno delle residenze che ospitano persone anziane è di favorire e promuovere il "ben-essere" e lo "stare bene" degli ospiti. Queste condizioni, a prescindere dalla situazione sanitaria dell'anziano, dalla sua autosufficienza o non autosufficienza, sono parte integrante della cura e della presa in carico.

L'APPROCCIO BIO-PSICOSOCIALE ALLA CONDIZIONE DI FRAGILITÀ NELL'ANZIANO

In linea con le recenti linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, lo psicologo, così come le altre figure che compongono l'équipe, opera attraverso un modello di cura bio-psicosociale, che consente di cogliere la fenomenologia umana nella sua interezza. Un approccio psicosociale centrato sulla persona, infatti, pone sullo stesso piano sia gli aspetti riguardanti la salute della persona, coerentemente con un modello medico, che gli aspetti di partecipazione sociale e di benessere psicologico, coerentemente con un modello psicosociale, ponendo tutto in relazione con i fattori ambientali.

Tale visione dell'anziano fragile pone al centro del processo di cura l'individuo ed enfatizza il bisogno della persona e ciò che la persona è ancora in grado di fare, piuttosto che enfatizzare i deficit. Alla luce di questo modello, lo psicologo ha un ruolo di fondamentale importanza nella costruzione del progetto individuale, o, in termini più ampi, del "progetto di vita" di ciascun anziano fragile residente in RSA.

Le principali attività svolte dallo psicologo nelle residenze per anziani sono quelle contenute nella L.56/1989, con particolare riferimento all'uso di strumenti diagnostici che valutano i deficit cognitivi, i disturbi comportamentali ed affettivo-emotivi degli anziani rispetto ai quali lo stesso psicologo è chiamato ad attuare interventi terapeutici riabilitativi e di sostegno, sia individuali che di gruppo.

VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI COGNITIVI E DELLA SFERA EMOTIVA

All'interno della presa in carico globale dell'anziano, considerando non solo gli aspetti sanitari ma i bisogni intrinseci della persona, risulta essere di fondamentale importanza tenere conto sia della sfera cognitiva che della sfera emotivo-affettiva, che riveste un ruolo molto rilevante per la gestione della routine quotidiana dell'ospite all'interno della struttura.

La conoscenza delle abilità cognitive dell'anziano, delle eventuali difficoltà, ma soprattutto dei suoi punti di forza, risulta di fondamentale importanza per stimolare nell'anziano una buona consapevolezza di sé, per ottenere una maggiore disponibilità alla convivenza in Struttura, alla relazione e comunicazione con gli altri ospiti e con l'équipe. Nel perseguire gli obiettivi delineati, lo psicologo interviene con diverse competenze.

Prettamente di competenza dello psicologo è la valutazione degli aspetti cognitivi (memoria, attenzione, ragionamento, linguaggio...) che possono essere investi-

gati mediante l'uso di protocolli e strumenti diagnostici che consentano di programmare un intervento di sostegno e mantenimento delle abilità cognitive e relazionali, e al contempo di fornire uno spazio di aiuto ed ascolto per l'anziano.

Nella valutazione degli aspetti legati al funzionamento cognitivo dell'anziano, è fondamentale prendere in considerazione anche lo stato di ben-essere dell'anziano, la sua soddisfazione di vita e gli aspetti definiti "più caldi" della cognizione, quali la motivazione e il senso di autoefficacia, poiché influenzano la possibilità della persona anziana di padroneggiare, controllare l'ambiente e le situazioni e di sentirsi ancora competente ed efficace. È compito dello psicologo strutturare quindi interventi con l'anziano finalizzati non solo al potenziamento cognitivo, ma anche alla ri-attivazione e al potenziamento attivo degli aspetti più strettamente emotivo-motivazionali legati al benessere nell'anziano.

LA PERSONA FRAGILE E LO SPETTRO DELLA DEMENZA

È opportuno soffermarsi su un aspetto che sempre maggiormente coinvolge la figura dello psicologo all'interno delle strutture per anziani. Sempre più frequentemente le famiglie che si rivolgono alle residenze per anziani portano la prevaricante difficoltà di gestione di un familiare affetto da decadimento cognitivo, spesso accompagnato da comportamenti disturbanti di difficile gestione domestica. Il lavoro coordinato e sincrono dello psicologo con il medico geriatra può condurre ad un contenimento e ad una gestione dei comportamenti disturbanti, non più gestibili nella routine quotidiana. L'attuazione di una precisa osservazione, da parte dello psicologo, dei comportamenti e dei bisogni inespressi dell'ospite e la progettazione e la messa in atto di strategie comportamentali possono avere un effetto positivo nella riduzione delle manifestazioni comportamentali derivanti da un probabile decadimento cognitivo, riducendo l'incidenza dell'uso di farmaci neurolettici, spesso di grande supporto all'intervento comportamentale ma con noti effetti collaterali. Anche in questo caso è compito dello psicologo partecipare attivamente all'elaborazione di attività di supporto ed educative che permettano all'anziano con demenza di dare senso alla giornata. È molto importante elaborare e progettare delle attività tenendo in considerazione le peculiarità e la storia personale dell'ospite. Per favorire un

ri-appropriamento da parte dell'ospite dell'ambiente, sarà di grande importanza l'apporto dell'osservazione ambientale dello psicologo per la realizzazione di un ambiente protesico, inteso come luogo di vita costituito dallo spazio fisico, dalle persone e dalle attività di cura, che ottimizzi l'autonomia residua, compensi i deficit causati dalla malattia e promuova il benessere della persona con demenza.

Inoltre, la figura dello psicologo, attraverso l'utilizzo di un approccio psicosociale alla patologia, può supportare le figure assistenziali in un processo di cambiamento significativo dei modi di pensare e agire nell'assistenza alla persona affetta da demenza. È fondamentale infatti che le persone che entrano in stretto contatto con gli ospiti siano esse stesse protesiche. Lo psicologo diventa quindi una figura di supporto per il personale assistenziale, attraverso la strutturazione di attività di affiancamento e supervisione con gli operatori per la gestione dei comportamenti difficili, aiutandoli ad identificare i bisogni non soddisfatti della persona con demenza (non solo fisici ma anche psicologici) e ad identificare la risposta più adeguata.

LA GESTIONE DEL SISTEMA ANZIANO-FAMIGLIA

Lo psicologo prende in carico l'ospite fin dai primi momenti del suo ingresso in struttura valutandone la condizione cognitiva, emotivo-relazionale, i bisogni e le peculiarità; per tali ragioni, lo psicologo è una delle persone che maggiormente si rapporta con i familiari e che condivide con essi gli obiettivi programmati per l'ospite. Poiché l'obiettivo è il benessere dell'anziano, è fondamentale instaurare un rapporto di fiducia reciproca tra la famiglia della persona anziana e la struttura che la ospita. Per la persona anziana permane infatti il bisogno di essere in relazione con gli altri attraverso il coinvolgimento affettivo e con l'ambiente sociale più in generale anche all'interno della struttura. Solo un modello organizzativo in grado di dialogare con la famiglia può essere funzionale al fine di ottenere un programma di cura che persegua gli obiettivi dello stare bene della persona anziana.

In tale modello organizzativo lo psicologo diventa una importante figura di supporto per gli operatori, poiché, insieme alle figure dell'*équipe*, si occupa di rendere la famiglia informata e consapevole circa le attività svolte in casa di riposo, di accogliere e condividere il carico affettivo

ESPERIENZE

della famiglia che si rivolge ai servizi (sofferenza, perdita, colpa, vergogna) e infine di fare in modo che la famiglia partecipi attivamente alla "produzione di benessere" per il proprio familiare ospitato presso la struttura.

LO PSICOLOGO ED IL PERSONALE DELLA STRUTTURA

Lasciamo queste ultime righe al ruolo importante giocato dalla figura dello psicologo nel lavoro con il personale assistenziale della struttura, che quotidianamente operano a contatto con l'anziano. Il suo ruolo infatti è di supporto nel contenere situazioni di ansia e stress e prevenire il burn out del personale attraverso azioni di supervisione, creando momenti di gruppo anche extra équipe nel quale lasciare spazio all'emergere delle riflessioni sulle difficoltà incontrate dal personale nella sfera relazionale/emotiva.

In Italia la legislazione nazionale non prevede lo psicologo nei servizi agli anziani, mentre a livello regionale lo

psicologo è presente a macchia di leopardo e nelle zone più virtuose (il Veneto per esempio prevede la presenza obbligatoria dello psicologo ogni 120 anziani autonomi e non). Il profilo dello psicologo nelle strutture protette non è quindi ancora chiaramente definito, e le aree di intervento di questa figura sono ancora legate agli obiettivi e ai modelli organizzativi delle singole strutture per anziani.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

De Beni R. (a cura di), *Psicologia dell'invecchiamento*, Il Mulino, 2009.

Kitwood T. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*, Open University Press, 1997.

The Fifty-fourth World Health Assembly, *The International Classification of Functioning, Disability and Health*, 22 may 2001.

L. 56/1989, art. 1, *Ordinamento della professione di psicologo*.

Woods B, Seddon JK & D. *Involving Families in Care Homes*, Jessica Kingsley Publishers, 2007.

Jacques Wallach

Interpretazione dei TEST DIAGNOSTICI

VIII edizione

Volume cartonato di 624 pagine
f.to cm 21x28
€ 120.00



CIC Edizioni Internazionali

“Il tuo corpo è il tuo maestro”. Il corpo degli operatori nel lavoro di cura

Giovanna Perucci

Psicologa, consulente per la formazione e la ricerca nell'area anziani

Nonostante in ambito teorico sia crescente l'attenzione alla corporeità, il corpo dell'operatore non si può dire sia un aspetto ancora sufficientemente “maneggiato” nella riflessione sul lavoro di cura, tanto da farne uno degli strumenti professionali. Mi propongo qui di “trattare” il corpo dell'operatore intrecciando fisicità, emozioni e mente. Già nella stessa parola “cura”, in tedesco *Behandlung* è presente il termine *Hand* (mano), che introduce la dimensione del corpo di chi cura come “utensile” essenziale. Ma non è solo la mano ad essere coinvolta ma anche l'orecchio sensibile, che sa ascoltare e l'occhio osservatore che cerca di dissimularsi in uno sguardo pieno di tatto. Gli operatori segnalano la presenza di una sorta di negazione di aspetti/vissuti che, viceversa, essi sentono influenti sulla loro pratica quotidiana, soprattutto considerando il tipo di relazione a due, l'operatore e il paziente, che passa prevalentemente attraverso il corpo. *“Potrei raccontare il mio lavoro di infermiera attraverso i miei 'non respiri', come uno stato di apnea continuo. Da spavento o da schifo? L'uno e l'altro. Ti dicono che queste robe qui le devi lasciare fuori. Ma come fai, come fai?” (un'infermiera).*

“Ho visto piaghe da decubito tali che, all'inizio, non sono più riuscita a mangiare il prosciutto e la carne per mesi!” (un OSS).

Il “sentire a pelle”, inoltre, non riguarda solo la relazione diretta dell'operatore con il paziente, ma investe tutti i rapporti interpersonali che si instaurano nel contesto di lavoro, all'interno di una solidarietà tra colleghi basata sulla condivisione “a tutto tondo” anche degli aspetti più critici del lavoro: *“Non tutti i colleghi mi sono simpatici, ma con loro ho rapporti profondi perché il lavoro che facciamo sui malati, questo 'sentire a pelle', non possiamo non farlo anche tra di noi” (una fisioterapista).* Il corpo – e lo spazio e il tempo in cui esso si muove – emerge anche a livello di organizzazione di appartenenza, di contesto lavorativo. *“Non hai tempo neanche per fare la pipì! Uno spazio dove riprendersi, ricaricarsi, non c'è. Tutto è fre-*

netico. Arriva l'una che non ti riesci nemmeno a sedere e a bere un bicchiere d'acqua” (un OSS).

Con o senza “filtri”, la difficoltà ad utilizzare i propri organi di senso nelle professioni di cura può diventare un *handicap* che impedisce di continuare a lavorare efficacemente. L'intolleranza dell'operatore ad odori, suoni ed altri stimoli, soprattutto se sgradevoli, può essere anche un segnale dell'esistenza di un problema di accettazione delle criticità che incontra nel suo lavoro e della necessità di elaborarle e di trovare soluzioni professionali adeguate per gestirle. Occorre capire, contenere e supportare il vissuto degli operatori su questi aspetti, in quanto essi possono talvolta suscitare reazioni sofferte proprio perché ancora troppo spesso censurate o misconosciute. Si tratterebbe di fare un vero e proprio “salto di qualità” nel modo di affrontare le criticità derivanti dal coinvolgimento degli organi di senso: dallo stupore, fastidio, rifiuto all'accettazione sensoriale. Con la formazione, la supervisione, con alcune soluzioni organizzative, l'operatore potrà acquisire consapevolezza e utilizzare meglio le proprie possibilità, persino i propri limiti e la tendenza a “vedere” certe cose e non altre, a “vedere” troppo o troppo poco. Diventando così capace di ricevere informazioni più adeguate per decidere del proprio coinvolgimento, per misurare vicinanza e distanza, in grado di registrare via via l'ingombro o il blocco di certi canali. Prevedendo o avvertendo per tempo il sovraccarico e il logoramento dovuto all'impegno nella relazione, l'operatore potrà imparare meglio a proteggersi, a liberarsi di pesi non voluti, ed esporsi alla sofferenza e alla domanda dell'altro in una misura più vicina alla sua reale disponibilità (Melucci, 1990).

AL LAVORO CON LA PROPRIA IDENTITÀ DI GENERE E SESSUALE

Si è giunti, nel tempo, ad identificare alcune competen-

ESPERIENZE

ze professionali come "da donna" e altre come "da uomini", quasi questa fosse una divisione 'naturale' e non una sovrastruttura sociale. È necessario utilizzare la complementarità tra competenze più 'femminili' e competenze più 'maschili': *"È difficile separare l'identità maschile e femminile in questo lavoro. Non puoi solo metterti in ascolto ma devi essere anche decisivo, aggressivo, che sono componenti maschili. Diciamo...una fusione equilibrata di entrambe le cose!"* (un Oss).

Si potrebbe, in tal modo, superare la polarizzazione: relazionale=femminile, tecnico=maschile. È un percorso non facile: è necessario prendere coscienza delle caratteristiche della propria identità di genere, superare stereotipi di ruolo ed elaborare nuovi modelli. In questo percorso gli operatori e le operatrici sono lasciati abbastanza soli perché in realtà *"nessuno te lo insegna"*.

Ritengo importante anche solo accennare alla presenza di operatori omosessuali nelle professioni di cura. Il luogo di lavoro rappresenta per le persone omosessuali un contesto in cui la loro 'visibilità' come tali appare più rischiosa e in cui essi si percepiscono più vulnerabili alle discriminazioni. *"Comportamenti ed esibizioni di valori eterosessuali, come presentare la propria moglie o assumere atteggiamenti 'virili' o 'femminili' da parte rispettivamente di uomini e di donne, non sono di norma percepiti come valori relativi alla sessualità, ma a 'ruoli sociali assuefatti', perché 'normali'. Viceversa, relazioni e comportamenti omosessuali sono associati alla sessualità, e quindi considerati una violazione dello spazio 'pubblico' del lavoro"* (Saraceno, 2003). Nella relazione con il paziente, è il significato dell'esperienza umana vissuta dai gay e dalle lesbiche – come percorso difficoltoso di accettazione della propria diversità – che può, secondo alcuni, arricchire la relazione di scambio e favorire l'empatia tra individui che affrontano ciascuno le proprie sofferenze personali. Se possiamo considerare l'identità omosessuale *"un aspetto della complessa identità maschile e femminile"* (Ruspini, 2003), la loro presenza nei lavori di cura, ci indica una pista di riflessione di carattere più generale: considerare le potenzialità insite nel vivere la propria identità di genere in modo più duttile e 'aperto' ad una maggiore integrazione tra la componente maschile e quella femminile presente in ciascun individuo".

Un altro aspetto dell'aver un corpo – dell' *"essere un corpo"* (Galimberti, 1993) – riguarda la dimensione sessuale dell'operatore nel lavoro di cura – dimensione che ha implicazioni profonde e coinvolgenti. Qualcuno pensa ancora che il sesso non riguardi contesti in cui la vicinanza corporea è la norma?

Accenno soltanto alle emozioni e ai comportamenti derivanti dall'impatto con gli aspetti più fisici della sessualità stessa: pudore, imbarazzo o, all'opposto, *avance* e aggressioni mediate da linguaggio verbale e non. Né l'età del paziente né l'età dell'operatore garantiscono il superamento dell'imbarazzo, e neppure l'abitudine. Aiutarsi con gli strumenti del mestiere – guanti, "pannicello", manopolina... – può facilitare questa "invasione" dell'altrui e della propria area intima. All'interno dei contesti di cura si muovono "anche" uomini e donne nella veste di pazienti che esprimono la propria sessualità. Ciò può determinare situazioni di imbarazzo per gli operatori. Ma il "problema" viene a galla soprattutto quando il professionista stesso diventa l'oggetto di desiderio. Più che pensare a relazioni "tra i sessi senza sesso" si potrebbe ipotizzare *"un costume di sesso pensato"* e comunque immesso nella relazionalità (Albano, 2005). Per essere capaci di risposte consapevoli ed equilibrate è necessario che si elabori il tema in ogni forma ed occasione per aiutare a tradurre in parole imbarazzo, sdegno, istinto di fuga, ma anche per portare ad un sano sdrammatizzare la situazione attraverso un percorso di accompagnamento verso orizzonti di maggiore consapevolezza.

IL "PESO" EMOTIVO DEL PRENDERSI CURA CON IL CORPO: QUALI STRUMENTI PER LAVORARE MEGLIO?

È ormai accettato che ci sia una fatica emotiva di chi si confronta con il dolore dell'altro, ma si minimizza però il peso che comporta l'entrare anche fisicamente in rapporto con il corpo sofferente del paziente. La fatica emotiva e il rapporto "corpo a corpo", sono invece compresenti ed occorre coglierne l'interdipendenza.

"Certi odori sembra che si attacchino alle narici, alla pelle. Tornando a casa, ti lavi, ti gratti via qualcosa rimasto attaccato: il cattivo odore è il dolore della gente" (un OSS). Se il lavoro di cura è un lavoro in cui entrano in gioco due individui 'interi' (corpo, emozioni, mente dell'utente e dell'operatore), possiamo osservare che un primo effetto è quello di produrre un eccesso di coinvolgimento nella relazione che si instaura. Occorre «ristabilire le distanze». L'organizzazione all'interno della quale si lavora dovrebbe farsi carico di assicurare agli operatori luoghi "altri" da quelli deputati alle attività di cura, luoghi in cui sia possibile ritirarsi quando si facciano sentire – con un'intensità che compromette l'equilibrio – stanchezza,

dolore mentale, quando si avverte il bisogno di trovarsi soli con se stessi o confrontarsi con altri operatori. Quali conseguenze critiche a livello fisico può avere il peso di un lavoro di cura che coinvolge così direttamente e fortemente il corpo degli operatori? L'operatore si carica di pesi fisici ed emotivi quando si espone senza protezione alla "contaminazione" della sofferenza che incontra. Senza accudimento del corpo e della mente "lavorare stanca" più del tollerabile e porta a forme di somatizzazione. Le incertezze, la confusione, le paure che sempre caratterizzano il rapporto con il dolore dell'altro non trovano posto e si convertono facilmente in sintomi. Le emozioni ed i sentimenti spiacevoli, se superano un certo grado di intensità e di frequenza, hanno effetti decisamente negativi e fanno scaturire dei meccanismi o reazioni di difesa che ci fanno da scudo, quali: paura di agire, indifferenza, atteggiamenti disinteressati, linguaggi particolarmente volgari, comportamenti aggressivi, frustrazioni che – non potendo rivolgersi verso la causa d'origine – si trasferiscono contro noi stessi producendo fenomeni di autosvalutazione. È giusto mantenere e rinsaldare queste corazze, o ci conviene indossarne di più leggere? Quale approccio è possibile per convivere con situazioni difficili, in particolare con pazienti anziani o cronici, i quali ci rappresentano continuamente la finitezza, il limite? *"Gli anziani stancano, stanca l'immagine del deterioramento, questa continua lotta contro un corpo che si disfa... Lavorare con gli anziani è una bella esperienza, ma la cronicità stanca, non è statica, è un andare incontro a qualcosa che tu sai cos'è, è una proiezione che tu fai sui pazienti quando dici 'ci arriverò anch'io'"* (un medico).

Per aprire una prospettiva dobbiamo cercare di assumere una diversa visione dei problemi. Questa diversa rappresentazione dei problemi potrebbe aprire anche una diversa gestione. La parola *diversa* vuol dire "in un verso che non è quello abituale", non seguire la strada pre-costituita (Olivetti Manoukian, 1997). Quali, allora, gli strumenti per affrontare, in modo diverso, il peso ad un tempo fisico, emotivo e mentale del lavoro di cura e lavorare meglio? Cosa pensare, cosa fare, cosa cambiare? I numerosi operatori incontrati in anni di attività come formatrice segnalano un quadro composito di strumenti utili, che vanno da soluzioni anche estemporanee (ma non per questo meno efficaci) basate soprattutto sul 'buon senso' quotidiano a piste di lavoro più sistematiche. Essi chiedono uno spazio mentale, relazionale ed organizzativo dove ricaricarsi, condividere le esperienze, riflettere e cercare soluzioni insieme ai colleghi. Tale spazio ha bisogno anche di un luogo fisico (un quaderno, la 'guardiola', la

cucina o altri ambienti del servizio) proprio perché gli operatori vivono dentro la concretezza di un corpo. Inoltre è ritenuto sempre più importante sapersi accettare e 'volersi bene', prendendosi concretamente cura del proprio corpo, sapendo salvaguardare, nell'arco della giornata, uno spazio-tempo per sé. Alla formazione viene chiesto di diventare anche uno «spazio» dove parlare dei diversi problemi, dove avere la possibilità di passare dal «fare» al «dire», un luogo dove trovare supporto, solidarietà, alternative e consapevolezza. *"L'idea è di imparare noi stessi come operatori a percepire ed usare meglio il nostro corpo. Se noi usiamo molto poco, o male, delle potenzialità che ci potrebbero aiutare per comunicare con il corpo, devi anche tu prendere confidenza con il tuo corpo"* (un geriatra).

La riunione d'équipe potrebbe anche affrontare le criticità vissute dagli operatori aiutandoli a riconoscere come e quando mettersi al riparo momentaneamente da situazioni difficili da tollerare. Da ultimo, il supporto del lavoro di gruppo con i colleghi potrebbe essere integrato da spazi di *counselling* individuale.

BIBLIOGRAFIA

- Albano U. La sessualità nella relazione di aiuto in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 18-19, ottobre-novembre 2005.
- Galimberti U. *Il corpo*. Feltrinelli, Milano 1993.
- Melucci A. Debolezze del guaritore: una riflessione sul prendersi cura in Pizzini F. (a cura di) *Asimmetrie comunicative. Differenze di genere nell'interazione medico-paziente*. Franco Angeli, Milano 1990.
- Olivetti Manoukian F. I servizi come centri di lettura del sociale, in Mazzoli G. (a cura di) *"Fare osservazioni. Un'esperienza di attivazione della comunità locale facendo ricerca con le scuole e i servizi socio-assistenziali. Fondazione Pietro Manodori, Reggio Emilia 1997.*
- Ruspini E. *Le identità di genere*. Carocci, Roma 2004.
- Saraceno C. (a cura di) *Diversi da chi? Gay, lesbiche, transessuali in un'area metropolitana*. Guerini e Associati, Milano 2003.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Dal Ponte A, Manoukian F. (a cura di) *"Lavorare con la cronicità. Formazione, organizzazione, rete dei servizi"*. Carocci, Roma 2004.
- Perucci G. *"Sulla nostra pelle. Il corpo dell'operatore nel lavoro di cura"*. Carocci, Roma 2006.
- Perucci G. *"Nel lavoro di cura essere Anna Rita o chiamarsi Giorgio è lo stesso? Dal lavoro di cura familiare al lavoro di cura professionale"*. *I luoghi della cura*, n.3, sett. 2008, pp.12-15.

Educatori professionali: quale formazione per quali competenze?

Sergio Tramma

Professore associato di Pedagogia generale e Pedagogia sociale Università degli Studi di Milano-Bicocca

Le competenze degli educatori professionali in area anziani, e i percorsi formativi destinati ad attivarle o implementarle, sono individuabili e definibili solo dopo avere, con sufficiente approssimazione, chiarito il senso del "fare educazione" con le donne e gli uomini comunemente definiti anziani. È una premessa indispensabile poiché il rapporto tra educazione e anziani è complesso e contraddittorio, e lo è soprattutto quando coloro che appartengono a tale gruppo di popolazione cessano di essere considerati esclusivamente, o prevalentemente, degli educatori, più o meno "naturalisti", dei discendenti, e diventano essi stessi destinatari di azioni educative cioè, detto in termini strettamente tecnici, educandi. L'idea che le persone anziane possano essere destinatarie di azioni educative non è ancora sufficientemente e solidamente acquisita (in realtà, non è ancora sufficientemente acquisita neppure l'idea che gli anziani possano continuare a essere educatori) perché, da una parte, sono ritenute persone già ampiamente educate in relazione al loro posizionamento anagrafico, dall'altra, sono percepite come soggetti nei quali si sono indeboliti quei necessari prerequisiti psicofisici e motivazionali indispensabili a qualsivoglia processo di apprendimento. Nelle rappresentazioni sociali diffuse, l'immagine dell'anziano educando non è dunque ancora solida e scontata, e, anche quando inizia a delinarsi, è sicuramente meno diffusa di quella che riconduce l'anziano alla condizione di paziente e/o assistito, essendo percepite, queste due ultime condizioni, a differenza della precedente, come uno sbocco fisiologico all'evolversi del corso della vita. In realtà, invece, gli interventi degli educatori professionali si collocano, o potrebbero collocarsi, in un ricco ventaglio di tempi e luoghi nei quali la condizione anziana si costruisce e si manifesta: dalle attività di preparazione al pensionamento a momenti di "educazione alla salute", dai luoghi di aggregazione a bassa soglia ai corsi dell'università modello "terza età". Accanto a queste attività rivolte a soggetti che non pre-

sentano particolari problematicità psicofisiche e relazionali, assumono un'importanza progressivamente maggiore le attività che si svolgono, o potrebbero svolgersi, in quei luoghi nei quali si verifica una connessione tra un alto livello di accadimento professionale e una residenzialità intensa e/o di lungo periodo, quali, per esempio, le RSA e i centri per soggetti con capacità cognitive compromesse. L'educazione che entra in gioco in tali ambiti, in termini di quadro culturale, obiettivi, metodi e professionalità, è riconducibile a quella che ha avuto come orizzonte di riferimento le persone in condizioni problematiche o in procinto di esserlo (soggetti portatori di patologie psichiatriche, disabili, minori con problemi, ecc.): un'educazione che ha posto a oggetto principale della propria ricerca teorica e operativa il nesso tra apprendimento e autonomia (psico-fisica, relazionale, ecc.) e lo ha posto soprattutto quando l'autonomia cessa di essere un orizzonte di riferimento/obiettivo da raggiungere, e diventa qualcosa da preservare o, nei limiti del possibile, recuperare. Una parte rilevante, se non la più rilevante, dell'azione degli educatori professionali in area anziani si colloca dunque in contesti nei quali le condizioni di disagio impongono interventi finalizzati al rallentamento del declino, alla stabilizzazione o al recupero di autonomia più che al suo ampliamento.

L'autonomia nei contesti in cui sono presenti anziani con disabilità fisiche, cognitive e affettive costituisce dunque la peculiarità dell'azione educativa, e, oltre a ciò, costituisce anche il piano sul quale si manifesta la necessità di individuare e costruire alleanze e integrazioni tra i differenti approcci disciplinari e le diverse figure professionali (dall'amministrativo al sanitario) che operano in tali contesti. È una necessità evidente, poiché l'autonomia intesa come capacità di decidere ed agire all'interno dei vincoli di un contesto e di una storia, non intesa solo, quindi, come autosufficienza rispetto ai compiti quotidiani, è questione complessa e poliedrica e non può essere esclusivo privilegio di alcuni e non di altri. La collocazione

del lavoro educativo nell'orizzonte dell'autonomia supera, inoltre, anche alcune delle riduzioni che sono state, e sono ancora, percepite e agite nei confronti dell'educatore professionale e della sua operatività, in particolare quando quest'ultimo è inteso come una sorta di agente anestetizzante, impegnato in piccole attività di intrattenimento per le quali sono sufficienti competenze micro-animate acquisite sulla base della ricollocazione in area anziani di prassi e di esperienze maturate altrove.

Quali competenze, cioè quali capacità di articolare il sapere pedagogico in prassi educative devono possedere le educatrici e gli educatori professionali che operano nei contesti nei quali vivono anziani con problemi di autonomia? Innanzitutto la meta-competenza squisitamente pedagogica che, da una parte, si concretizza nella capacità di promuovere interventi educativi intenzionali con sufficiente dose di consapevolezza e, dall'altra, nella capacità di analizzare l'organizzazione in quanto luogo educativo informale e non intenzionale, cioè luogo in grado comunque di costruire/decostruire importanti saperi, saper fare e saper essere che costituiscono elementi importanti nelle storie di vita dei soggetti che in tale luogo vivono o operano. Una competenza pedagogica che si trasforma anche in competenza consulenziale verso figure professionali il cui profilo non prevede il possesso di significativi e sufficienti strumenti di analisi pedagogica.

Alla meta-competenza progettuale e analitica, si affiancano competenze in grado di dare luogo ad attività mo-

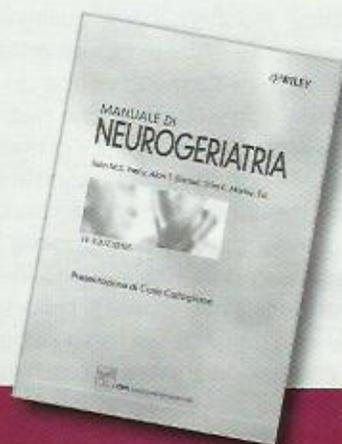
dularmente collegabili di tipo ricreativo, motorio, culturali, socializzanti finalizzate a stimolare/preservare potenzialità motorie, intellettive, relazionali attraverso il coinvolgimento attivo dei partecipanti (concordando obiettivi, tempi, azioni), guidate da una logica di diversificazione (per esempio, narrazione e ascolto, aiuto per la lettura, vicinanza, accompagnamento, sostegno alle relazioni). L'incertezza che connota il lavoro educativo con anziani portatori di problematicità caratterizza anche la formazione degli educatori, una formazione oscillante tra una *Weltanschauung* più medico-scientifica e l'altra più sociale-umanistica, due poli che hanno trovato la loro sistematizzazione accademica nei percorsi didattico-formativi nelle facoltà-dipartimenti di medicina nel primo caso, e nelle facoltà-dipartimenti di scienze dell'educazione nel secondo caso. A ciò corrisponde, ovviamente, la differenziazione della proposta formativa: nei corsi di laurea in scienze dell'educazione, l'attenzione è centrata sulle discipline pedagogiche, antropologiche, sociologiche, psicologiche; nei corsi di laurea delle facoltà di medicina si registra una rilevante presenza di discipline scientifico-sanitarie, così come una maggiore attenzione quantitativa alle attività di tirocinio. Quale dei due è il percorso formativo più idoneo? La domanda non può essere posta in questi termini, la reale domanda è: come ricomporre in un unico percorso la formazione di soggetti che hanno a che fare con la complessità dell'esistenza (anziana e non anziana) e non con le sue riduzioni disciplinari e accademiche?

Editors: Pathy M.S.J., Sinclair A.J., Morley J.E.

Manuale di NEUROGERIATRIA

IV edizione

Volume cartonato di 588 pagine
f.to cm 17x24 - € 60.00



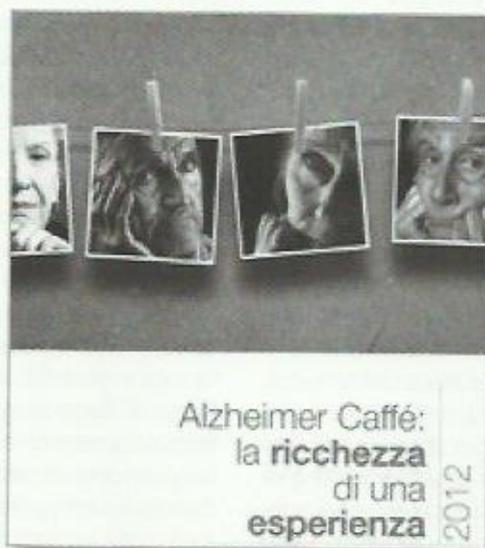
CIC Edizioni Internazionali

Alzheimer Caffè: la ricchezza di un'esperienza

a cura di Marco Trabucchi

Il volume presenta i risultati di un'indagine svolta dal Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia, su incarico di UniCredit Foundation, in 7 Alzheimer Caffè operanti in diverse realtà italiane (in prevalenza nel nord del Paese, ma anche a Roma e a Sesto Fiorentino). Obiettivo della ricerca e della pubblicazione è verificarne la capacità di incidere sulla qualità della vita dei destinatari – i pazienti ed i loro familiari – e di individuare, nella variabilità delle realizzazioni concrete, alcune caratteristiche essenziali di quello che Trabucchi definisce "un modello di servizio a basso costo e ad elevata utilità sociale". I due capitoli centrali del volume illustrano la storia e gli aspetti organizzativi delle diverse realizzazioni di questo servizio. Nati per lo più ad opera del volontariato o delle associazioni dei familiari (anche se non mancano iniziative di realtà istituzionali quali una cooperativa, un'azienda sanitaria o un'istituzione pubblica di assistenza), gli Alzheimer Caffè riescono a coinvolgere nelle loro attività molteplici realtà pubbliche e private, dai Comuni all'Associazione Nazionale Alpini. Differenti, da Centro a Centro, sono molti aspetti organizzativi – le dimensioni e la collocazione dei locali; gli orari e la periodicità dell'apertura; il numero e la qualifica degli operatori presenti, volontari e professionisti; la tipologia delle attività rivolte ai pazienti ed ai caregiver. Comuni a tutti i Caffè appaiono la flessibilità operativa, il radicamento nelle "reti" formali ed informali, la dimensione ospitale degli ambienti e l'attenzione all'accoglienza di nuovi e vecchi frequentatori.

Le attività proposte alle persone ammalate (stimolazione



cognitiva e motoria, danza, musico- ed arte-terapia,...) mirano a promuoverne le capacità cognitive e motorie, a stimolarne le competenze relazionali, a valorizzarle come persone. I familiari – cui per lo più è riservato uno spazio autonomo, mentre i loro congiunti partecipano alle attività organizzate dai volontari – trovano nella frequenza al Centro una preziosa opportunità di sollievo, di informazione, di formazione e di sostegno psicologico, mentre l'incontro con altri caregiver li aiuta a rompere i muri della solitudine.

Lo studio offre anche una fotografia delle persone che frequentano gli Alzheimer Caffè. Si tratta di persone di età molto avanzata (80 anni in media, con un range da 64 a 92), per il 60% di sesso femminile, con scolarità medio-bassa (solo il 10% ha frequentato le scuole superiori); hanno una compromissione cognitiva moderata-severa (il punteggio medio del *Mini Mental State Examination* oscilla tra 10 e 14 nei diversi Caffè, meno del 30% degli ospiti ha un valore superiore a 17), un numero limitato di sintomi depressivi e importanti disturbi del comportamento (il punteggio medio al *Neuro Psychiatric Inventory*, NPI, è superiore a 30/144). A loro volta i familiari vivono una condizione di stress (valutato con il *Caregiver Burden Inventory*, CBI) legato soprattutto alla quantità di tempo che devono dedicare all'assistenza (carico oggettivo) ed alla percezione che tale impegno stia negando loro la possibilità di vivere a pieno la propria vita (carico evolutivo).

Su una sessantina di nuovi utenti, che hanno potuto es-

sere rivalutati a 3 mesi di distanza dall'inizio della frequentazione, lo studio ha riscontrato una riduzione statisticamente significativa tanto dei punteggi medi dell'NPI quanto del punteggio della scala NPI *distress*, che rileva l'impatto dei disturbi comportamentali sui *caregiver*. Si sono anche rilevati un miglioramento statisticamente significativo della qualità della vita dei *caregiver* ed una riduzione del punteggio del CBI, con un calo significativo dello stress legato al carico sociale ed emotivo.

La descrizione dell'organizzazione dei singoli Alzheimer Caffè e della tipologia degli utenti offre utili indicazioni a chi – come scrive Trabucchi – “volesse aprire un nuovo Caffè o ricanalizzare il lavoro fino ad ora compiuto, al fine di raggiungere, ciascuno nel proprio territorio, il massimo livello qualitativo ed il massimo dei risultati”. Indicazioni che l'autore traduce – nelle conclusioni al volume, significativamente titolate *Per una sussidiarietà frugale* – in linee guida metodologiche più che operative.

Ma il valore di questa pubblicazione sta soprattutto nella capacità del curatore di trasformare la presentazione di alcune esperienze di Alzheimer Caffè in una riflessione molto ricca e stimolante sullo stato dell'arte delle risposte ai problemi posti dalla demenza e, più in generale, dalle malattie croniche che accompagnano l'invecchiamento della popolazione, in una fase storica di contrazione delle risorse. L'introduzione al volume, la riflessione sull'organizzazione dei servizi per le persone affette da demenza ed i due capitoli di commento finali diventano così una sintesi del suo pensiero, sempre originale ed anticipatorio ed illuminante: che è frutto della sua capacità di cogliere e di rielaborare con sapienza quanto gli è offerto dalla più aggiornata letteratura scientifica alla luce delle *medical humanities* e di una costante attenzione alla concretezza delle esperienze anche più umili di vita e di lavoro dei malati, dei familiari, degli operatori.

Tra le molte riflessioni che questo volume suggerisce mi soffermo su quella, che mi sembra centrale e che sento molto vicina al mio sentire ed alla mia esperienza, sul rapporto tra i servizi formali ed i servizi informali.

La crescita esponenziale della demenza nella nostra realtà sociale ci obbliga quotidianamente a scontrarci con l'inadeguatezza delle risposte dei servizi formali anche in realtà, come quella bresciana in cui lavoro, che pure in questo ambito è senz'altro all'avanguardia. E la consapevolezza di tale inadeguatezza ci risulta ancora più faticosa oggi, quando siamo costretti ad assistere al progressivo affievolirsi dell'impegno della società nei con-

fronti di queste problematiche (impegno che non è fatto solo di disponibilità di risorse ma anche di sensibilità e di capacità di comprendere le sofferenze dei malati e delle loro famiglie: la recente vicenda della cancellazione del fondo per i malati affetti da SLA è una spia, credo, del rischio che corriamo di smarrire i valori più genuini del nostro vivere civile).

Ma proprio per la consuetudine con chi, i malati ed i loro familiari, vive l'esperienza di una malattia come la demenza, che diventa per molti anni esperienza totalizzante, sappiamo che in nessun modo i soli servizi “formali” potranno offrire loro le risposte necessarie, senza un più ampio coinvolgimento della comunità, che sappia affiancare ai servizi una più vasta sensibilità al problema e l'opera spontanea delle realtà di volontariato, dell'associazionismo dei familiari, del “buon vicinato”. In un'interazione tra reti informali e servizi formali che è di stimolo al reciproco impegno ed opportunità di arricchimento reciproco: dove non sono solo i “professionisti” a mettere a disposizione dei familiari e dei volontari il loro sapere, ma anche – e forse soprattutto – è l'insegnamento che ci viene da chi si accosta alle persone malate con spontaneità e gratuità ad offrirci *indicazioni importanti per il lavoro di cura*.

In questo senso, l'esperienza dell'Alzheimer Caffè, nella quale prevale ampiamente la dimensione della solidarietà e della gratuità messa in campo dai volontari o dagli stessi familiari dei malati, appare come una delle possibili risposte ad una serie di bisogni cui spesso i servizi non riescono a rispondere a sufficienza: il bisogno di essere rassicurati e di rompere la solitudine che non solo il malato ma anche il *caregiver* avvertono (la *sostanziale solitudine della diade curante-curato*, dove come curante troviamo il familiare ma anche l'assistente familiare o badante), l'aiuto nel superare la vergogna e nel rompere lo stigma della malattia, la riconquista di una normalità della vita al di là della malattia, la salvaguardia della libertà dell'anziano ammalato, della sua *identità di persona nella sua dimensione soggettiva e ambientale*.

Ovviamente sottolineare l'importanza di valorizzare le risposte e gli interventi informali non significa affidare alla sola famiglia – magari destinataria di trasferimenti monetari – la responsabilità della cura. Trabucchi lo sottolinea bene: se non dobbiamo rimpiangere modelli di riferimento che tendevano a delegare le risposte ai servizi, con tutto il rischio dell'autoreferenzialità che ancora li affligge e dal quale egli costantemente ci mette in guardia, l'alternativa non può essere quella di “delegare alla” famiglia (mi verrebbe da dire, “relegare nella” famiglia)

REVISIONE DELLA LETTERATURA

E RECENSIONI

il problema, magari con il pur nobile pretesto di aumentare la centralità e di valorizzare la libertà di scelta. Si tratta invece di *aiutare concretamente la famiglia a svolgere la propria funzione centrale*, garantendole i necessari supporti di informazione e formazione, l'accompagnamento in un'esperienza complessa e totalizzante, il riconoscimento del suo ruolo fondamentale, il sostegno nelle fasi di crisi, i necessari momenti di sollievo dall'impegno continuativo (grazie ad interventi di aiuto e sostituzione a domicilio, accoglienza diurna, ricoveri di sollievo). È un compito che anche una maggiore *attenzione da parte della comunità* può in parte assolvere (pensiamo al supporto a domicilio di volontari o dei vicini; o all'accoglienza che centri di ritrovo non formali, come appunto gli Alzheimer Caffè, possono offrire al malato e alla sua famiglia). Ma è – a mio avviso – soprattutto un compito specifico di un sistema forte e non indebolito di servizi. Anzi, proprio la solidità, l'efficacia e la flessibilità del sistema di servizi può valorizzare le risposte informali ed esseme rafforzato, in una virtuosa reciprocità. Non ho usato a caso il termine "flessibilità". Di fronte a bisogni che cambiano continuamente nel corso di una storia di malattia lunga e complessa – ma che cambiano anche in relazione al mutare degli scenari nei quali la vicenda umana del malato si svolge – è necessario continuamente (a questo Trabucchi ci sollecita) interrogarci sul senso del nostro intervento, sulla nostra capacità non solo di lavorare *in una logica unitaria, collaborativa*, ma anche di cogliere le domande non consuete e magari non espresse e di rappresentare, per i malati e so-

prattutto per i *caregiver*, un reale punto di riferimento (fatto di persone, con nome cognome e numero di telefono!). È necessario ripensare anche le modalità organizzative ed operative dei singoli servizi e del sistema nel suo complesso, rimettere in discussione i modelli consolidati di servizi, declinare in modo più coraggioso la dialettica tra organizzazione e libertà, tra formalizzazione e flessibilità organizzativa (è lecito, a questo proposito, domandarsi se l'imposizione continua di standard, requisiti, regole, protocolli, procedure, del rispetto sempre formalmente documentato di normative sempre più complesse operi realmente a tutela di un'utenza fragile o renda al contrario più arduo ai servizi adattarsi dinamicamente, in un contesto sempre più complesso, ad una domanda in rapida evoluzione).

In questo senso il valore di un'esperienza qual è quella dell'Alzheimer Caffè che emerge dalle pagine del volume è quello di un "non modello di risposta" che, proprio perché libero da riferimenti rigidi, riesce meglio ad interpretare le domande delle persone in rapporto dialettico con le capacità di risposta del tessuto sociale.

E la sfida per noi operatori dei servizi è saper integrare nel sistema delle cure – a parità di dignità – la famiglia, il vicinato, il volontariato e i servizi prestati da attori che accettano la logica della centralità di chi viene servito. Purché a questa logica non dimentichiamo di ispirare il nostro impegno quotidiano.

Gianbattista Guerrini

(Direttore Generale Fondazione Brescia Solidale)

Il controllo delle infezioni nelle ulcere da pressione: efficacia dell'ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0.05%

Francesco Landi, Elena Ortolani, Anna Maria Martone, Roberto Bernabei

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

BACKGROUND

L'ulcera da pressione è una lesione tissutale ad evoluzione necrotica che interessa cute, derma e strati sottocutanei fino a raggiungere, nei casi più gravi, muscolatura, ossa e articolazioni sottostanti. La patogenesi è ascrivibile allo stress meccanico dovuto all'eccessiva e/o prolungata compressione dei tessuti tra superficie ossea e piano d'appoggio sottostante. Intensità, durata e area interessata dalla forza compressiva sono i fattori principali nella genesi e nella modalità di evoluzione delle lesioni. La compressione tissutale causa progressivamente occlusione dei piccoli vasi sanguigni con conseguente iperfiltrazione, edema, autolisi, fino alla comparsa di necrosi. Al tempo stesso, si verifica un ostacolo al ritorno venoso che provoca acidosi tissutale e potenziamento del danno tissutale.

Recentemente, accanto alla genesi classica, alcuni Autori hanno ipotizzato un ulteriore meccanismo patogenetico, legato alla deformazione cellulare con rottura della membrana plasmatica, conseguenza della compressione stessa della cute tra osso e piano di appoggio sottostante. Tuttavia, nonostante le conoscenze acquisite, il complesso meccanismo alla base dell'insorgenza delle ulcere da pressione rimane ancora non del tutto chiaro e ciò rappresenta il maggior ostacolo per un'efficace prevenzione e trattamento. Indipendentemente dalla genesi, è importante sottolineare come la sindrome da immobilizzazione e le ulcere da pressione si configurino tra gli elementi maggiormente caratterizzanti la fragilità dell'anziano. Unitamente a multimorbidità, polifarmacoterapia, perdita dell'autonomia funzionale e altre sindromi geriatriche, come l'incontinenza urinaria, i problemi nutrizionali, le turbe dell'equilibrio, le cadute, le fratture di femore, l'ulcera da pressione resta una delle condizioni più co-

muni nell'anziano fragile e si configura come fattore negativo e di notevole impatto nel recupero funzionale dei pazienti (Bernabei et al., 1999; Landi et al., 2003; Landi et al., 2007).

L'IMPORTANZA DEL CONTROLLO DELL'INFEZIONE

Il processo normale di riparazione di una ferita cutanea presenta tre fasi ben distinte: reazione infiammatoria, formazione di tessuto di granulazione e rimodellamento della cicatrice. È importante sottolineare che nel processo di guarigione dell'ulcera da pressione queste tre fasi non sono sempre completamente rispettate in quanto si tratta di una lesione molto profonda, complessa, con coinvolgimento di cute, sottocute fino agli strati più profondi, e spesso sede di contaminazione batterica, fattore che influenza tempo e modalità di cicatrizzazione.

La terapia medica delle ulcere da pressione consiste nel trattamento medico generale e nel trattamento locale fisico, medico o chirurgico. Alcuni interventi come una dieta ipercalorica iperproteica, le emotrasfusioni, il trattamento delle patologie concomitanti, l'eliminazione dei fattori di rischio e il supporto riabilitativo rappresentano le strategie principali di approccio alle ulcere da pressione.

In termini di trattamento locale possiamo far riferimento all'acronimo TIME (Trattamento del tessuto non vitale, controllo dell'Infezione, controllo della Macerazione, controllo dei margini Epiteliali) secondo cui obiettivo centrale nella guarigione delle lesioni resta il controllo dell'infezione e/o infiammazione. Un'ulcera cutanea per guarire deve essere completamente sterile. L'acronimo TIME suggerisce, inoltre, ulteriori elementi guida per la riso-

L'ANGOLO DELL'ESPERTO

luzione delle ulcere da pressione: il controllo del tessuto necrotico, il controllo della macerazione o della secchezza dei tessuti coinvolti, tramite adeguato bilancio dei fluidi e, soprattutto, il controllo dei margini, siano essi non proliferativi o sottominati o margini epiteliali in netta proliferazione.

Ad oggi, nonostante esistano molti studi clinici in tema di trattamento delle ulcere da pressione, poche rimangono le evidenze scientifiche. Come suggeriscono alcuni Autori, diventa sempre più importante trovare nuove strategie per convertire le opinioni più autorevoli in evidenze scientifiche. Questo aspetto è di sostanziale importanza per i clinici ai fini dell'elaborazione di una prescrizione medica e di un protocollo condiviso, ma è da considerarsi anche punto fondamentale per ridurre l'impatto del fenomeno.

Il trattamento locale delle ulcere da pressione prevede dapprima un'accurata disinfezione e detersione della lesione; tali misure risultano infatti fondamentali ai fini di un efficace processo di cicatrizzazione. Di contro, la contaminazione batterica dell'ulcera può convertirsi in colonizzazione fino al raggiungimento di una cosiddetta soglia di "colonizzazione critica", in cui si realizza un'attiva replicazione batterica con conseguente reazione immune dell'ospite. La colonizzazione critica rappresenta il presupposto fisiopatologico per l'evoluzione in infezione locale e, successivamente, sistemica.

La sequenza di eventi descritta rappresenta un fattore critico nella dinamica di guarigione delle lesioni inducendo dapprima ritardo nella cicatrizzazione delle ulcere da pressione e conducendo poi allo sviluppo di conseguenze gravi fino alla sepsi.

I germi più frequentemente coinvolti nella colonizzazione delle ulcere da pressione sono i GRAM positivi (come lo *Staphylococcus Aureus*) o i GRAM negativi (come lo *Pseudomonas aeruginosa*, il *Proteus Mirabilis*, l'*Acinetobacter*), ma anche i miceti (come *Candida Albicans*). Molto spesso, soprattutto in ambito ospedaliero o nelle strutture residenziali per anziani, si tratta di germi multi-resistenti.

Da ciò si evince come per arrestare tale cascata di eventi sia necessario identificare precocemente l'eventuale colonizzazione microbica. A tal fine si possono utilizzare metodi quantitativi, semiquantitativi e bioptici. L'esecuzione di un tampone semiquantitativo rappresenta la misura più semplice. Secondo le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, la procedura deve prevedere dapprima l'adeguata preparazione del letto della ferita tramite detersione con soluzione fisiologica, rimozione del

tessuto necrotico superficiale, sbrigliamento dei tessuti non più vitali ed eliminazione dei detriti cellulari, seguita poi dalla selezione dell'area del campione tissutale da analizzare. Il campione deve essere prelevato nei punti a livello dei quali sono più evidenti i segni d'infezione, evitando aree necrotiche e raccolte purulente. Una problematica frequente connessa a tale procedura è rappresentata dal fatto che spesso la coltura riflette esclusivamente la contaminazione della superficie cutanea con scarso e ambiguo risultato diagnostico.

Accanto all'identificazione diretta dell'infezione, mediante prelievo del tessuto all'interno della lesione o attraverso il tampone, è possibile ricavare elementi suggestivi attraverso criteri clinici, ovvero identificando i quattro segni dell'infiammazione: *rubor*, *calor*, *tumor* e *dolor*. In aggiunta a questi, altre caratteristiche cromatiche e/o olfattive possono essere evocative della presenza di specifici germi. Per esempio, un'infezione da *Staphylococcus* provoca la formazione di un pus denso, giallastro e inodore; al contrario lo *Pseudomonas aeruginosa* determina la formazione di un pus blu-verdastro con odore dolciastro intenso. Oltre ai segni appena descritti, sono stati suggeriti alcuni criteri addizionali di sovrapposizione microbica. Infatti, è possibile sospettare una lesione infetta quando ci si trova di fronte ad una ritardata guarigione o ad una fragilità del tessuto cicatriziale che risulta facilmente sanguinante, quando si presentano dolore o irritazione inattesi o si ha la formazione di ponti di tessuti molli e tasche alla base della lesione, odore anomalo o tessuto necrotico.

LA DISINFEZIONE: CARDINE DEL PROCESSO DI CICATRIZZAZIONE

Innanzitutto, per una corretta comprensione della terminologia è importante sottolineare la differenza tra antisepsi e disinfezione. Per antisepsi s'intende l'eliminazione dei microrganismi a livello di tessuti viventi, mentre la disinfezione fa riferimento all'eradicazione dei microrganismi dalle superfici inerti. Ne consegue chiaramente che per un'adeguata disinfezione delle ulcere da pressione sarà necessario l'utilizzo di un agente antisettico. Nella scelta dell'antisettico bisogna considerare numerosi fattori come efficacia, specificità, citotossicità, capacità di indurre reazioni allergiche, di evocare dolore, di interagire con altre sostanze medicamentose.

L'ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0,05% è una soluzione antisettica e isotonica che può essere efficacemente

utilizzata per la disinfezione della cute lesa. L'ipoclorito di sodio elettrolitico alla concentrazione di 0,05% è isotonic rispetto al plasma, ossia la sua concentrazione di cloruro di sodio corrisponde esattamente a quella delle soluzioni saline fisiologiche; inoltre è isto-compatibile, ovvero possiede la stessa pressione osmotica rispetto ai liquidi biologici per cui non determina condizioni di stress osmotico a carico di cellule e tessuti.

L'ipoclorito di sodio elettrolitico alla concentrazione di 0,05% possiede un ampio spettro d'azione su gram positivi, gram negativi, miceti e spore; questo spettro d'azione risulta sostanzialmente analogo allo iodopovidone, mentre rispetto alla clorexidina risulta più efficace nei confronti di spore e virus. A parità di spettro di azione con lo iodopovidone, è importante sottolineare come l'ipoclorito di sodio elettrolitico alla concentrazione di 0,05% presenti alcuni importanti vantaggi:

- non colora la lesione,
- non interferisce con il metabolismo degli ormoni tiroidei,
- è una soluzione isotonica,
- è una soluzione isto-compatibile,
- non presenta limitazioni di impiego.

Alcuni studi recenti hanno inoltre documentato come esso abbia sostanzialmente la stessa efficacia rispetto allo iodopovidone nella disinfezione delle ferite post-chirurgiche, anche in caso di sovrainfezione microbica multi-resistente. Oltre allo spettro di efficacia, alcuni Autori hanno studiato il potenziale effetto tossico dell'ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0,05% nel processo di riparazione tissutale. Confrontando l'azione dell'ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0,05% con la soluzione fisiologica si è osservato che il grado di ripitelizzazione della lesione è essenzialmente sovrapponibile con l'uso dei due prodotti. Questo dato dimostra l'assenza di tossicità della soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,05% e la sua azione favorente la cicatrizzazione e la ripitelizzazione della lesione. A tal proposito, analisi citometriche su lesioni cutanee in via di guarigione hanno documentato una sostanziale sovrapposizione di effetti sulla vitalità cellulare comparando soluzione salina e ipoclorito di sodio elettrolitico 0,05% (Di Vita, 2011; Santo, 2012).

Alla luce delle evidenze scientifiche, le linee guida per il corretto utilizzo degli antisettici suggeriscono che l'antisepsi della cute lesa può eseguirsi con i seguenti principi attivi: clorossidante elettrolitico alla concentrazione di 0,05%, iodopovidone al 10% e clorexidina al 5%. Tuttavia, le stesse linee guida, alla luce del particolare rapporto efficacia/tollerabilità documentato dagli studi

scientifici, suggeriscono che la soluzione di ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0,05% è da considerarsi una delle soluzioni di riferimento per la disinfezione della cute lesa, soprattutto nelle ulcere da pressione al terzo e quarto stadio (Cassino, 2012).

Protocollo sperimentale

L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'effetto del trattamento topico di una disinfezione a base di ipoclorito di sodio elettrolitico alla concentrazione di 0,05% (*Amukine Med*) in pazienti con ulcera da pressione a livello sacrale con una gravità di Stadio II (presenza di una soluzione di continuo dell'epidermide e del derma, con conseguente formazione di un'ulcera cutanea superficiale a margini ben definiti) o Stadio III (la lesione si estende oltre il derma giungendo al tessuto sottocutaneo).

Setting e popolazione dello studio

Lo studio è stato condotto su 13 pazienti anziani ultrasessantacinquenni ricoverati nel reparto di Riabilitazione del Dipartimento di Geriatria dell'Università cattolica del Sacro Cuore di Roma. Sono stati inclusi nel protocollo pazienti di età superiore ai 65 anni e con presenza di ulcera sacrale II-III stadio (area < 20 cm²). Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con presenza documentata di arteriopatia obliterante arti inferiori, diabete mellito, malnutrizione clinicamente evidente e i pazienti per cui è prevista una durata della degenza inferiore alle 4 settimane.

Disegno dello studio e intervento

Tredici soggetti presenti e/o ammessi nel Reparto di Riabilitazione con ulcera da pressione sacrale III-IV stadio sono stati selezionati per lo studio. Tutti i pazienti arruolati sono stati sottoposti a tampone della lesione ulcerativa; è prelevato materiale dal fondo della lesione e/o dai margini della stessa ruotando il tampone con un movimento a "Z" così da raccogliere un campione di quantità adeguata da trasferire negli appositi terreni colturali per batteri aerobi e anaerobi. Tre soggetti non sono stati randomizzati (una ha rifiutato e due avevano una durata della degenza inferiore alle due settimane).

I dieci soggetti arruolati sono stati assegnati in maniera casuale a due gruppi: cinque soggetti ricevevano il trattamento con ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0,05%, mentre gli altri cinque con iodopovidone al 10%. In entrambi i gruppi, a distanza di due settimane, è stato ripetuto il tampone dell'ulcera con le stesse modalità, al

L'ANGOLO DELL'ESPERTO

fine di valutare il grado di colonizzazione batterica e l'efficacia dei due trattamenti testati.

Altri trattamenti preventivi (per esempio, presidi anti-decubito) e trattamenti specifici (per esempio, supporto nutrizionale) sono stati valutati e applicati ai singoli soggetti in base alle necessità, indipendentemente dal protocollo di studio.

La progressione del processo di cicatrizzazione è stata valutata calcolando settimanalmente – per quattro settimane – la dimensione dell'ulcera (fotografia digitale e misurazione diretta con foglio di carta millimetrato sterile).

RISULTATI

Al momento dell'arruolamento i pazienti di entrambi i bracci di studio presentavano positività microbiologica al tampone dell'ulcera per due o più germi, senza sostanziali differenze per numero e tipologia (Tabb. 1, 2). Dopo un follow-up di due settimane, sia nel gruppo di pazienti trattato con iodopovidone sia in quello trattato con ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0.05%, è stata documentata – all'esame microbiologico del tampone – una sterilizzazione della lesione ulcerativa in tre pazienti; negli altri due casi è stata documentata una residua colonizzazione da parte di un solo germe.

All'inizio dello studio si sono ottenuti due gruppi omogenei, senza differenze statisticamente significative, in

termini di età, sesso, caratteristiche cliniche e funzionali. 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 848 mm² nel gruppo d'intervento e 842 mm² nel gruppo di controllo (p=0.9). Dopo sei settimane di trattamento, l'area media delle ulcere nel gruppo d'intervento (ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0.05%) era 388 mm² rispetto ai 585 mm² del gruppo di controllo (p=0.02) (Fig. 1). In particolare, tutte le ulcere trattate con ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0.05% 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

I risultati del presente studio mostrano in primo luogo l'importanza di un'accurata e persistente detersione e disinfezione della ferita. Dal confronto risulta inoltre evidente come le due sostanze antisettiche abbiano la stessa potenza microbica: ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0.05% e iodopovidone al 10% possono quindi essere entrambe efficacemente utilizzate per la disinfezione della cute lesa. Al contrario, si può documentare una maggiore rapidità nel processo di cicatrizzazione delle lesioni trattate con ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0.05%.

Tabella 1 - Colonizzazione batterica dell'ulcera a tempo zero e a distanza di 2 settimane dall'inizio del trattamento nel gruppo ipoclorito di sodio elettrolitico alla concentrazione di 0.05%

Disinfezione ipoclorito di Na 0,05% versus iodopovidone (studio II)

Gruppo ipoclorito sodio 0,05%	
Baseline	Follow-up 2 settimane
1 Pseudomonas aeruginosa Enterococcus faecalis D	-
2 Pseudomonas aeruginosa Klebsiella Pneumonie Candida Albicans	Staphylococcus haemolyticus
3 Pseudomonas aeruginosa Candida Albicans	-
4 Pseudomonas aeruginosa Klebsiella Pneumonie	-
5 Escherichia coli Proteus mirabilis Candida Albicans	Escherichia coli

Tabella 2 - Colonizzazione microbica dell'ulcera al tempo zero e a distanza di 2 settimane dall'inizio del trattamento nel gruppo iodopovidone.

		Gruppo iodopovidone	
		Baseline	Follow-up 2 settimane
1	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Candida Albicans</i>		-
2	<i>Klebsiella Pneumonie</i> <i>Escherichia coli</i> <i>Candida Albicans</i>		-
3	<i>Proteus mirabilis</i> <i>Enterococcus faecalis</i>		<i>Enterococcus faecalis</i>
4	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Klebsiella Pneumonie</i>		<i>Staphylococcus epidermidis</i>
5	<i>Proteus mirabilis</i> <i>Escherichia coli</i> <i>Candida Albicans</i>		-

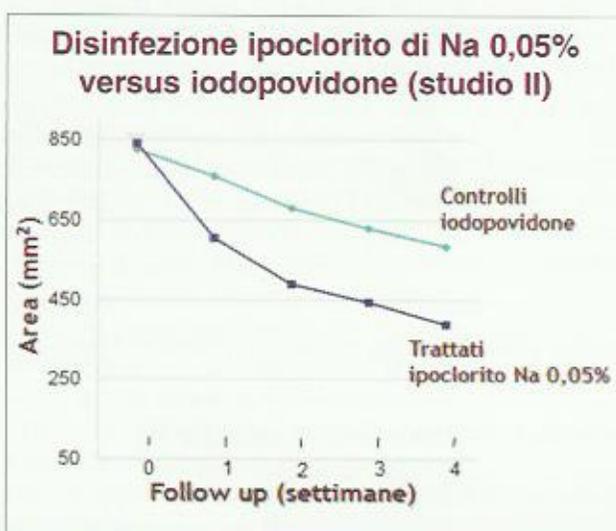


Figura 1 - Variazioni nella dimensione media delle lesioni ulcerative dopo 4 settimane di trattamento. Confronto tra i due gruppi.

Tale evidenza appare compatibile con il profilo biochimico del prodotto che ne determina un'elevata istocompatibilità; infatti, la concentrazione del cloruro di sodio elettrolitico allo 0,05% equivale a quella delle soluzioni saline fisiologiche, ha la stessa pressione osmotica dei li-

quidi biologici, con elevata istofilia a carico di cellule e tessuti. In considerazione di questi meccanismi d'azione e della plausibilità biologica descritta, l'antisepsi con l'ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0,05% consente una corretta pulizia del letto dell'ulcera e ha dimostrato una significativa accelerazione del processo di cicatrizzazione.

BIBLIOGRAFIA

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.

Di Vita F et al. Efficacy of 0.05% sodium hypochlorite isotonic solution versus 10% povidone-iodine in postoperative wound clearing and disinfection. *Acta Vulnologica* 2011;9:161-167.

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.

Landi F, Onder G, Russo A, Bernabei R. Pressure ulcer and mortality in frail elderly people living in community. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44:5217-23.

Santo G. Valutazione della attività e tossicità di una soluzione di ipoclorito di sodio elettrolitico allo 0,05% nel processo di riparazione tissutale. *Gazzetta Medica Italiana* 2012;171:1-9.