

ISSN 1723 - 7750

In caso di mancato receipt, rinviare al CPR Roma Romanina Stampè, per la restituzione al mittente
previo addebito pagamento resi - Contiene I.P.

LUOGHI DELLA CURA



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

Anno III - N. 1 - marzo 2005 - Trimestrale

I luoghi della cura: organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

Con grande piacere festeggio l'entrata de "I luoghi della cura" nella grande famiglia della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. La rivista trimestrale, magistralmente diretta da Ermellina Zanetti e da Antonio Guaita, vive ormai il suo terzo anno di vita; come organo della nostra Società avrà un ulteriore sviluppo, sia sul piano quantitativo (verrà infatti inviata ad oltre 7000 indirizzi), sia su quello qualitativo (anche se il comitato editoriale già contiene una pluralità di professionalità di altissimo livello).

Benvenuta, quindi; si aggiunge ad *Aging* (la nostra prestigiosa immagine internazionale), al *Giornale di Gerontologia* (l'ammiraglia che da molti anni testimonia il continuo progresso della geriatria e gerontologia italiana), al *Giornale dell'Arteriosclerosi* (la nuova entrata, nel solco di una nobile tradizione di attenzione alle malattie cardiovascolari dell'anziano), al *Bollettino mensile* (un sistema telematico per un puntuale raccordo tra i soci) ed al rivitalizzato sito web. Guardandoci attorno non sono molte le società scientifiche così ricche di luoghi per la crescita culturale, la formazione e la discussione; il merito va a chi ha speso energie intellettuali e fisiche per far crescere le diverse pubblicazioni. A loro un vivissimo grazie, che estendo in modo particolare a chi ha ideato "I luoghi della cura" e l'ha fatto crescere in questi anni. Grazie anche all'amico Andrea Salvati, che pubblica la rivista con passione e generosità.

Un periodico scientifico-professionale, che riporta sia articoli di revisione sia argomenti originali, testimonia una vivacità intellettuale diffusa; in questa linea "I Luoghi della cura" ha un'elevata capacità di affrontare gli argomenti più rilevanti riguardanti l'assistenza alla persona anziana nelle diverse condizioni di vita, in particolare quando il bisogno rende necessario un supporto organizzato. Con grande libertà vengono trattati i temi più disparati, intendendo per "luoghi" sia i diversi ambiti fisici dove sono organizzate le cure, sia le originalissime situazioni che caratterizzano il rapporto tra chi offre e chi riceve un supporto.

I nostri sono tempi difficili per chi si preoccupa di "servire" l'anziano; le dinamiche demografiche ed epidemiologiche, le problematiche economiche sempre più critiche e complesse, le difficoltà nella formazione degli operatori, l' almeno apparente sordità della città moderna rendono sempre più indispensabili i luoghi dove si elaborano nuove ipotesi, si costruiscono modelli, si discutono i risultati di sperimentazioni. La velocità dei cambiamenti non ha permesso la tranquilla evoluzione del sapere che diviene coscienza diffusa e quindi costume condiviso. La SIGG sente la responsabilità di collaborare a questo progresso collettivo e senza angoscia, ma anche senza leggerezza, mette in campo le energie disponibili, creando ponti tra le dinamiche scientifiche e quelle legate all'esperienza giornaliera di chi opera nel campo, perché l'anziano possa trovare risposte adeguate ai suoi bisogni, sia a livello individuale che collettivo. Noi siamo sicuri che una sintesi è sempre possibile anche se difficile; ma nulla è facile quando l'impegno è rivolto alla storia non segmentabile delle persone, soprattutto quelle che hanno molto vissuto. Coinvolgiamo il meglio di noi stessi nell'impegno di fondare sull'evidenza ciò che è dimostrabile e di sperimentare con intelligenza e generosità ciò che oggi è solamente intuibile.

Buon lavoro ed un rinnovato grazie, quindi, a chi costruisce la rivista e l'augurio al lettore di trovare in queste pagine un aiuto nel proprio lavoro ed un supporto nelle incertezze che spesso deve superare. Qualsiasi suggerimento o contributo è benvenuto, nella tradizione della nostra Società, luogo aperto di amicizie e di colleganze.

Marco Trabucchi

Presidente Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

Un forum di "operatori pensanti"

I luoghi della cura" come rivista di settore è nata dall'esigenza di diversi operatori delle cure per anziani e della cronicità più in generale, di avere un ambito di riflessione e diffusione di un pensiero ed una cultura della "complessità" troppo spesso prevaricata dalla diffusa cultura della "semplificazione". Tutti i giorni chi si occupa di cura degli anziani e della cronicità si confronta con la "complessità" dei problemi multipli, compresenti e interattivi e dei processi che sono propri della vita delle persone e non solo della cura.

Questi "luoghi" sono quindi ambiti di integrazione dei saperi e delle competenze perché nella complessità più nessuno è sufficiente a se stesso e ciascuno è necessario agli altri.

I contributi accettati e proposti dalla rivista provengono, prima ancora che da "esperti", da operatori "pensanti" di differente estrazione, disciplina e cultura (sociale, sanitaria, amministrativa, organizzativo/gestionale, volontariato, associazioni). La rivista è intesa come un "forum multidisciplinare" con ampio spazio alla comprensione, interpretazione e conoscenza dei problemi che gli operatori affrontano quotidianamente, è il "luogo" della riflessione e comprensione delle cose importanti che spesso vengono sovrastate da quelle urgenti della quotidianità.

Con questo numero la rivista, che è al suo terzo anno di vita, diviene organo ufficiale della SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria): crediamo che ciò possa ulteriormente aprire la rivista al confronto/scambio fra operatori, luoghi e culture delle cure continuative.

La linea editoriale della Rivista privilegia la trattazione approfondita delle tematiche che caratterizzano i luoghi delle cure continuative:

- l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi e delle grandi tematiche delle cure continuative attraverso l'analisi dell'organizzazione dei servizi, soprattutto i problemi di gestione, e della crescita metodologica e culturale su temi assistenziali specifici (dalla demenza alla prevenzione delle cadute, dalla nutrizione alle tecnologie) all'interno di setting di cura diversi;
- l'analisi dei processi che mutano il quadro dei bisogni e delle aspettative della popolazione anziana, sia sotto il profilo demografico ed economico sociale che sanitario, privilegiando il dibattito di idee circa le interpretazioni possibili dei diversi scenari futuri;
- la valorizzazione delle esperienze di cura, con un profilo espositivo anche interpretativo e non solo descrittivo, valorizzando i dati, ma anche il loro possibile significato;
- la pubblicazione di temi di dibattito, argomentati, non ancora arrivati a sicura definizione, favorendo idee anche molto diverse sullo stesso argomento;
- il favorire l'emergere del vissuto e della cultura degli operatori dei servizi di cure continue, attraverso la pubblicazione di analisi e inchieste;
- la divulgazione di strumenti e metodi innovativi sia per la valutazione che per la cura dei principali quadri patologici che sottostanno alla disabilità temporanea o cronica degli anziani.

La rivista, che volutamente non ha un taglio propriamente scientifico è un "forum", "luogo" aperto, accessibile a tutti gli operatori che vogliono contribuire, con rigore di pensiero e metodo, alla riflessione su argomenti e problematiche delle cure all'anziano e dei servizi alla persona.

Antonio Guaita
Ermellina Zanetti

IL DIRIGENTE DELLE AZIENDE SOCIO-SANITARIE

Ricoprire un ruolo dirigenziale all'interno di una struttura socio-sanitaria, comporta l'assunzione e il riconoscimento di alcuni vincoli e peculiarità che lo diversificano dal ruolo di dirigente di una qualsiasi azienda.

La prima differenziazione è implicita nella natura stessa dell'ente socio-sanitario. Mentre in una impresa il dirigente è in grado di abbandonare o minimizzare processi produttivi non particolarmente redditizi a favore di altri settori richiesti dal mercato, il dirigente di una azienda socio-sanitaria deve in qualche modo rispondere ai bisogni della collettività e mettere in atto anche processi produttivi non particolarmente redditizi, purché necessari al bene collettivo.

Il dirigente di strutture socio-sanitarie, fino ad oggi, ha perseguito obiettivi definiti da organismi istituzionali spesso lontani dalle realtà aziendali. Ciò ha impedito una reale e completa assunzione di responsabilità nel raggiungimento di risultati in termini di economicità e ha favorito, spesso, il perseguimento di interessi personali o di categoria.

La mancanza di cultura "aziendale" in strutture socio-sanitarie ha contribuito allo sviluppo di una organizzazione di tipo settoriale tra personale sanitario e personale amministrativo, e all'interno del comparto sanitario tra medici, infermieri, tecnici. Questa forte settorializzazione rallenta il processo di aziendalizzazione, inteso come un sistema integrato di operazioni svolte in modo coordinato: il dirigente socio-sanitario deve definire strategie di intervento con il consenso e la condivisione degli obiettivi all'interno delle varie categorie professionali.

Altra differenziazione è il continuo confronto del dirigente socio-sanitario con la forte burocratizzazione del sistema. Questi intoppi di tipo burocratico-formale rallentano la gestione razionale dell'azienda, che per essere gestita in termini di efficienza ed efficacia presuppone anche una forte autonomia della dirigenza.

Le problematiche che abbiamo finora evidenziato fanno sì che non sia possibile assimilare la performance richiesta ad un dirigente d'impresa con quella richiesta a un dirigente socio-sanitario. Ciò ci porta ad affermare che, pur essendo necessario introdurre e diffondere modelli di management anche a livelli operativi socio-sanitari, è indispensabile creare modelli di riferimento specifici per esso. Il dirigente socio-sanitario, oltre a direzione e gestione, deve conoscere i vincoli e i limiti del contesto in cui è chiamato ad operare. Que-

sto per poter efficacemente porre metodiche e tecniche gestionali che per filosofia e struttura siano compatibili con l'ambiente da dirigere.

LA FORMAZIONE DELLA DIRIGENZA

Nella realtà italiana, la formazione manageriale di dirigenti appartenenti alle professioni infermieristiche trovava realizzazione nei corsi per abilitati a funzioni direttive o nelle scuole dirette a fini speciali.

Anche per l'esercizio professionale era indispensabile possedere tali "titoli di studio" per esercitare la funzione dirigenziale. Dall'anno 1994 si sono esauriti i percorsi formativi per funzioni direttive e viene perlomeno messa in discussione l'"obbligatorietà" di possedere tale titolo per svolgere, nell'esercizio professionale, la funzione dirigenziale. Questo porta negli anni molte strutture sia sanitarie, sia socio-assistenziali a identificare il ruolo di infermiere coordinatore.

L'infermiere che desidera approfondire le proprie conoscenze in management può frequentare un master di 1° livello post laurea promosso ormai da molte università Italiane e proseguire poi fino al dottorato di ricerca.

Questo ruolo si trova inserito in contesti dinamici, incerti, in continua modifica ed evoluzione, ruoli pressati da un lato da esigenze di efficacia, efficienza ed economicità ritenuti indispensabili dai vertici aziendali e dall'altro da esigenze sociali, personali, di categoria degli utenti (clienti, familiari, ...) e degli operatori. A fronte di questa "turbolenza" del contesto non si può rispondere esclusivamente con le "buone intenzioni" della persona che si assume la funzione di dirigenza. Non può essere che un buon infermiere diventi improvvisamente e dal nulla il buon dirigente; è necessaria una formazione specifica.

La risposta voluta dalla professione viene descritta nella Figura I.

IL RUOLO DIRIGENZIALE

Il dirigente, secondo la dottrina economico-aziendale, esplica la sua funzione integrando le conoscenze, gli atti, i comportamenti di più professionisti verso il raggiungimento di fini comuni (mission aziendale). Se la mission di una azienda socio-sanitaria è rispondere ai bisogni di salute espressi dalla propria utenza, il diri-

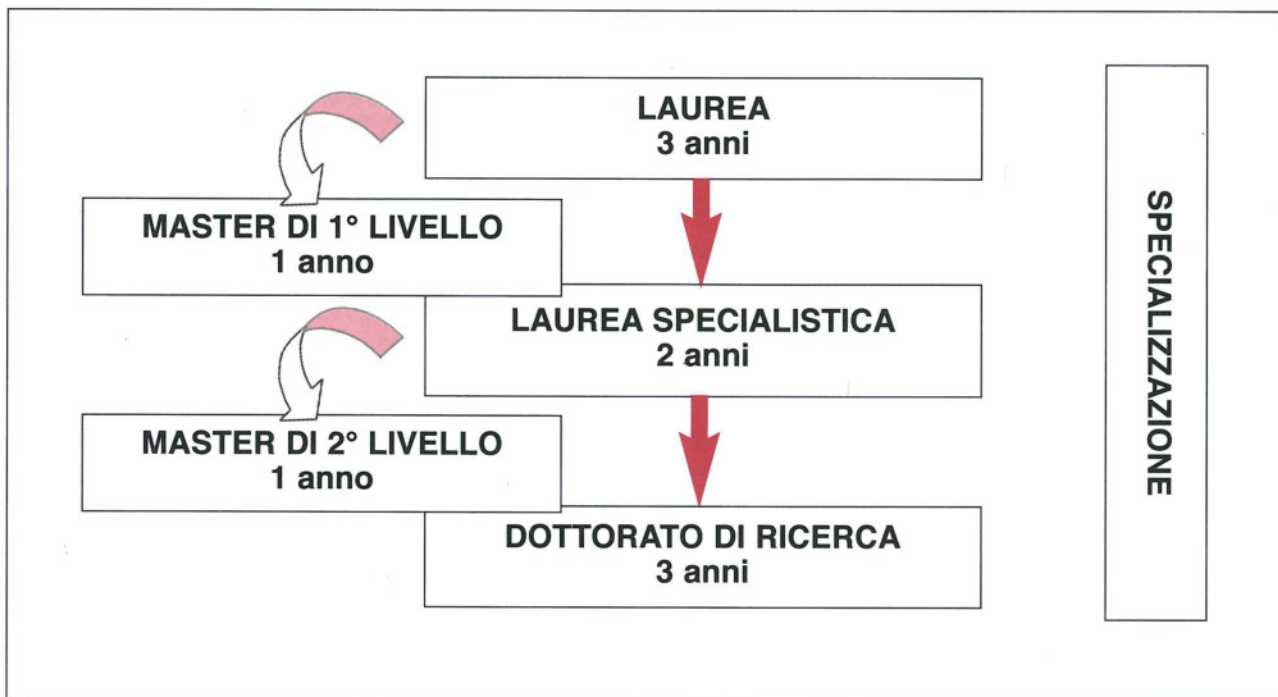


Figura 1 - Gli atenei del futuro.

gente infermieristico dovrà partecipare, per la parte di propria competenza, al raggiungimento di questo obiettivo.

Conoscere e condividere le strategie aziendali e permettere il raggiungimento dei fini comuni attraverso il coinvolgimento dei vari gruppi professionali, diviene per il dirigente infermieristico, momento centrale del proprio agire professionale. Ciò è attuabile attraverso la realizzazione delle seguenti fasi:

- pianificazione;
- organizzazione;
- programmazione e controllo;
- valutazione.

1) La fase di pianificazione, definita come l'insieme di variabili, legate da relazioni di interdipendenza, che caratterizzano i processi di formulazione delle strategie d'impresa in termini di finalità, di politiche e di combinazioni produttive, riveste notevole importanza in quanto detta le linee guida per lo svolgimento di tutti i processi successivi.

Per il dirigente infermiere definire quale politica del personale adottare, quali modelli organizzativi porre in essere per rispondere adeguatamente alle reali neces-

sità sia dell'utenza esterna sia di quella interna, quale politica di ricerca sviluppare, permette di contribuire a rispondere ai fabbisogni organizzativi di:

- multidimensionalità (capacità di considerare adeguatamente tutte le variabili ambientali e inerenti i processi produttivi, nelle loro diverse dimensioni, secondo adeguati criteri di priorità);
- di differenziazione (capacità di realizzare condizioni organizzative diversificate in funzione delle caratteristiche delle singole unità organizzative);
- di integrazione (capacità di creare coerenza nei comportamenti delle varie parti dell'organizzazione che debbono fare riferimento ad un unico quadro strategico);
- di anticipazione (capacità di adottare condizioni organizzative orientate all'individuazione dei cambiamenti del contesto di riferimento e in grado di soddisfare le nuove necessità da essi richieste);
- di identità (capacità di far sì che gli individui conoscano e possano dominare il proprio ambito lavorativo e in esso possano utilizzare al meglio le proprie capacità nel rispetto dei propri valori);
- di stabilità (capacità di fornire alle persone inserite

nel contesto operativo le condizioni per far fronte adeguatamente al dinamismo del contesto di riferimento);

- di sviluppo (capacità di creare congruenza tra lo sviluppo della persona e le condizioni organizzative presenti nell'organizzazione).

2) La fase di organizzazione consta nel definire le risorse umane, tecnologiche, finanziarie necessarie per ottenere i risultati prefissati. La definizione delle risorse va intesa sia in termini quantitativi (numero, tempo dedicato) che qualitativi (tipologie, ruoli), sia nella loro allocazione nelle diverse realtà operative.

Per organizzare è necessario possedere conoscenze chiare sulle variabili istituzionali, sulle variabili di contesto (variabili organizzative, sociali, individuali, tecniche, istituzionali), sui comportamenti organizzativi che le persone possono adottare e quindi sulle diverse tipologie di risultati che si possono ottenere, non perdendo mai di vista le finalità aziendali.

Solo avendo una visione globale di tutte queste variabili, il dirigente sarà in grado di porre in essere tutti quei meccanismi atti a governare i processi di cui è responsabile.

3) La fase di programmazione e controllo può essere considerata come l'anello di congiunzione tra la fase di pianificazione e quella di valutazione dei risultati.

Secondo Dermer il processo di programmazione e controllo si svolge in due fasi (cicli); la prima fase individua i progetti, ne valuta risorse, obiettivi, risultati e li seleziona secondo priorità; la seconda fase traduce i progetti in responsabilità a livello dei singoli organi aziendali (Airoldi, 1980).

Per il dirigente diviene quindi indispensabile, oltre che occuparsi della stesura dei programmi, far sì che tutti gli attori coinvolti nella loro realizzazione abbiano ben chiari quali siano gli obiettivi da raggiungere, obiettivi possibilmente espressi in termini misurabili, che permettano una valutazione del loro grado di raggiungimento.

4) Non è sufficiente che un dirigente sia in grado, oggi, di produrre programmi; egli deve anche essere in grado di fare una valutazione in termini di costo-beneficio. L'aver chiaro quanto incide in termini di costo la realizzazione di un programma, unitamente ai benefici realizzabili dal suo implementamento, può sicuramente essere un aiuto essenziale per la dirigenza.

Un altro processo utilizzabile dal dirigente per rendere più efficace la adozione di programmi è l'introduzione del processo di budgeting. Questo processo

rappresenta un momento distinto e successivo rispetto al processo di programmazione. Esso dovrebbe definire l'ammontare esatto delle risorse da destinarsi ad ogni singolo programma e gli ambiti di responsabilità nell'uso delle risorse e nel raggiungimento degli obiettivi. Se per il dirigente delle professioni sanitarie la gestione della risorsa umana risulta essere l'attività preponderante dell'agire professionale, egli per poter adeguatamente gestire il processo di budgeting dovrà avere a disposizione:

- indicatori sullo stato generale della popolazione residente nell'ambito del proprio contesto operativo, al fine di conoscere le reali necessità di salute e quindi di progettare modalità organizzative e processi produttivi adeguati per soddisfare la domanda espressa;

- indicatori di attività della struttura socio-sanitaria, al fine di descrivere l'impegno delle singole realtà operative e del personale sanitario nell'attuare i processi finalizzati a produrre servizi e prestazioni sanitarie.

Il dirigente ricercherà quindi indicatori descrittivi dell'impegno orario e della tipologia di impegno per categorie di operatori; indicatori descrittivi della onerosità dei casi trattati nelle singole realtà operative; indicatori descrittivi dell'andamento complessivo dei flussi di accesso e di dimissioni del personale, dei giorni di assenza per congedi o malattie, dell'ammontare delle ore straordinarie, e di quant'altro possa permettere di descrivere, seppure in modo non analitico, l'impegno degli operatori.

Successivamente il dirigente dovrà verificare che gli obiettivi definiti siano compatibili con la normativa vigente, con le reali dotazioni di personale e che vi sia sinergia tra i vari obiettivi definiti all'interno delle unità organizzative.

Infine la sua attività sarà volta ad una attenta sorveglianza degli indicatori che descrivono l'attività delle singole realtà al fine di monitorare l'andamento rispetto ai risultati attesi. Dall'osservazione attenta di questi dati il dirigente potrà, qualora si creino situazioni particolari, rivedere gli obiettivi e riallocare le risorse.

A progetto realizzato, il dirigente dovrà valutare non solo il grado di raggiungimento degli obiettivi, ma anche l'adeguatezza degli indicatori scelti. Questa fase inoltre deve essere considerata come momento di discussione per definire ulteriori obiettivi e progetti e quindi per stabilire il nuovo budget da assegnare.

La fase di controllo in una azienda socio-sanitaria, nella quale è assente l'indicatore sintetico del reddito, pone alcune difficoltà ai dirigenti. Una possibile soluzione

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

consiste nell'adozione di più indicatori. Si adotteranno quindi indicatori di risultato (grado di raggiungimento degli obiettivi), di processo (grado di efficienza), di produttività (grado di rendimento) e di efficacia sociale.

L'ultima fase è quella di valutazione.

In questa fase si andranno a valutare i rapporti tra gli obiettivi prefissati e i risultati ottenuti, l'adeguatezza dei processi adottati, l'utilizzo razionale delle risorse, l'idoneità degli strumenti utilizzati.

Negli ambiti degli studi di management i sistemi di valutazione dei risultati sono un tema molto interessante e stimolante. Essi prevedono che siano chiari ed espliciti gli obiettivi, che siano definiti i termini di confronto utilizzati (risultati/obiettivi), che siano coerenti la gamma ed i caratteri dei contributi assunti come basi di valutazione (natura delle basi, i soggetti di riferimento, la gamma delle basi, la specificità e la flessibilità delle basi, i tempi di riferimento, i livelli di difficoltà degli obiettivi), che sia previsto un canale di feedback (impersonale o personale), ed infine che siano evidenziate le modalità di gestione del processo di valutazione (ruolo del valutatore, tipo di comunicazione, coinvolgimento nella definizione degli obiettivi).

BIBLIOGRAFIA

Airoldi G. I sistemi operativi. Giuffrè editore, 1980.

Belotti A. Il ruolo del dirigente infermiere nelle aziende sanitarie: autonomia, responsabilità, potere decisionale "il caso regione Lombardia" (tesi di diploma in Health Services Management), 1996.

Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing (2 ed.). McGraw-Hill, 2001.

Borgonovi E. (a cura di) Dirigenza in sanità: autonomia senza onnipotenza, articolo pubblicato da Mecosan.

Borgonovi E. (a cura di) I vincoli e le difficoltà gestionali del dirigente nell'ente pubblico, articolo pubblicato da Mecosan.

Calamandrei C., Orlandi C. La dirigenza infermieristica. McGraw-Hill, 1998.

L'infermiere, n. 3, giugno 2000. Organo Ufficiale della federazione nazionale Collegi IP.AS.VI.

Mintzberg H., La progettazione dell'organizzazione aziendale. Il Mulino, 1985.

Zanda G. La valutazione dei dirigenti. CEDAM Casa Editrice Dott. Antonio Milani, 1984.

Il centro diurno integrato per anziani "Costa Bassa": analisi storica della popolazione raggiunta

Fabrizio Giunco¹, Chiara Perrone², Luisa De Capitani³

¹Servizi sanitari del Centro geriatrico polifunzionale San Pietro, Monza

²Centro diurno integrato "Costa Bassa", Monza - ³Riabilitazione, Centro diurno integrato "Costa Bassa", Monza

Il centro diurno per anziani Costa Bassa è attivo dal 1983. È stata una delle prime esperienze italiane e lombarde di servizio semiresidenziale per anziani. Nato come centro di aggregazione per anziani soli, autonomi o con iniziale perdita dell'autonomia, ha progressivamente modificato la sua configurazione e i suoi obiettivi per adeguarsi all'evoluzione delle richieste e della normativa. Dal 2004 è accreditato presso la Regione Lombardia come Centro diurno integrato. La struttura è accolta in uno stabile storico del Parco di Monza, il più grande parco cintato europeo. La cornice è quella di un ambiente naturale, godibile per tutto l'anno, appena disturbato dal rumore dei motori del vicinissimo autodromo nazionale, connaturato con la storia della città e con la cultura di molti degli anziani ospiti, soprattutto di quelli di sesso maschile. Lo stabile fa parte del complesso di edifici funzionali alle esigenze della famiglia reale e della sua servitù, architettonicamente omogeneo alla più nota Villa Reale del Piermarini. L'edificio è stato progressivamente ristrutturato per adattarlo agli standard regionali e alle esigenze degli anziani, compatibilmente coi vincoli dettati dalla Sovrintendenza alle Belle Arti e dall'Amministrazione del Parco di Monza. È stato quindi necessario operare in modo conservativo, superando le molte barriere architettoniche con soluzioni leggere o rimovibili. La ristrutturazione ha incluso la realizzazione in esterni di un "giardino Alzheimer", arricchito delle soluzioni necessarie a favorire il libero uso da parte di anziani con deterioramento cognitivo, limitazioni sensoriali e disabilità motorie. Oltre allo studio delle pendenze, dei raccordi e delle superfici calpestabili, il giardino include luoghi di interesse e sosta, fra cui un orto e aiuole realizzate su tavoli rialzati, accessibili anche a persone in carrozzina.

GESTIONE, PERSONALE, OBIETTIVI

Il centro è gestito dalla cooperativa sociale La Meridiana, in virtù di un contratto di comodato d'uso con l'Amministrazione comunale di Monza. Il personale risponde ampiamente agli standard previsti dalla Regione Lombardia; oltre al coordinatore, che opera nel centro a tempo pieno, sono impegnati due educatori, un operatore socio-sanitario (OSS), tre ausiliari socio-assistenziali (ASA), un medico, un'infermiera professionale, una terapeuta della riabilitazione e una addetta alla cucina. L'organico è completato da volontari impegnati nelle attività di animazione e arricchimento relazionale, nei laboratori, in servizi logistici e di manutenzione o nei servizi di trasporto. Tutto il personale - dipendente, professionale o volontario - è coinvolto nelle attività di équipe e condivide l'esigenza di coniugare le competenze specifiche con l'impegno verso l'ascolto e il sostegno relazionale degli anziani incontrati. Il mix fra operatori professionali e volontari non è di immediata attuabilità, ma garantisce la diversificazione dei punti di vista e la ricerca di un equilibrio condiviso fra interventi tecnici e contenuti affettivi e relazionali. Una quota significativa dei volontari del centro è costituita da persone a loro volta anziane, desiderose di rimettersi in gioco e valorizzare le proprie risorse in termini di servizio e di produttività sociale. L'attività formativa è intensa e ormai consolidata, soprattutto riguardo il tema delle sindromi di demenza e della gestione non contenitiva delle anomalie del comportamento. Tutti gli operatori si rifanno ai principi del metodo "Gentle Care"; la stessa Moira Jones ha visitato il Centro e ha tenuto uno stage per i suoi operatori e collaboratori; i suoi giudizi e consigli sono stati accolti e hanno condizionato l'ulteriore evo-

ESPERIENZE

luzione degli interventi architettonici e delle soluzioni gestionali. Gli anziani con demenza hanno oggi a disposizione spazi, operatori e programmi dedicati. Gli obiettivi generali del centro sono quelli previsti dalla normativa regionale, arricchiti dall'esperienza specifica della cooperativa e dei suoi operatori, dal desiderio di tutelare in modo privilegiato la qualità di vita degli ospiti e di valorizzare le loro risorse residue. Obiettivi ulteriori sono quelli di alleggerire la solitudine e il rischio di isolamento delle persone anziane sole o prive di un significativo sostegno di comunità, prevenire l'istituzionalizzazione impropria ed offrire soluzioni tecniche specifiche a esigenze particolari, ad esempio, di tipo riabilitativo o di adattamento funzionale alla vita quotidiana.

SOSTENERE I CAREGIVER

Il tentativo resta quello di offrire soluzioni ragionevoli e amichevoli a esigenze per loro natura complesse, coniugando la correttezza tecnica con un modello organizzativo orientato alla persona. Particolare attenzione viene prestata a sostenere l'azione di eventuali *caregiver* e, soprattutto nel paziente con demenza, a non appesantire con proposte o interventi non sostenuti da adeguate evidenze scientifiche gli oneri già elevati del processo di assistenza domestica. Sono noti, ad esempio, il pericolo di indurre false aspettative, aggravare l'insicurezza delle persone o colpevolizzare impropriamente familiari già a rischio di sovraccarico emotivo. Questa impostazione è stata recentemente confermata dalla letteratura. La revisione dell'American Association of Neurology sulla gestione del malato con demenza ha segnalato come i *day hospital geriatrici* gestiti in modo tradizionale sembrano facilitare il sovraccarico assistenziale e lo stress dei *caregiver*; al contrario i centri diurni a maggiore caratterizzazione sociale sembrano in grado di alleggerire lo stress e il carico di lavoro dei familiari (Doody, 2001). Il motivo è probabilmente collegato alla ridotta efficacia delle soluzioni tecniche proponibili – farmaci e modelli riabilitativi hanno in quest'ambito efficacia ridotta o assente - ma anche all'impegno logistico che esse determinano: ricordarsi gli appuntamenti, spostare il familiare, gestire gli adempimenti burocratici connessi, somministrare farmaci, adempiere a compiti. La sensazione di inadeguatezza dei familiari può così essere aggravata: il *caregiver* può attribuire a sé e ai

propri limiti la ridotta efficacia delle soluzioni, soprattutto se l'équipe curante assume un atteggiamento indagatorio o superficialmente direttivo. Nel complesso, il carico assistenziale e la tenuta emotiva del sistema familiare sembra più spesso aggravato, invece che alleggerito, dalle prescrizioni sanitarie ricevute o dai trattamenti consigliati. Anche per questo motivo, il dibattito interno al gruppo di responsabili e operatori del Centro Costa Bassa è orientato a sottolineare il carattere di strumento intermedio o mezzo, e non di fine, delle soluzioni proposte, rispetto al privilegio dei desideri e dei contenuti emotivi della persona. Un recente confronto fra esperienze europee ha confermato come l'esperienza dei centri diurni, nella fattispecie di quelli tedeschi, sembra interagire positivamente con lo stress dei *caregiver* e, ancora di più, con la sensazione di isolamento sociale della persona e del suo gruppo familiare. Altre esperienze in grado di intercettare uno o più determinanti dello stress e del sovraccarico dei *caregiver* sono elencate nella Tabella I. Le esperienze più efficaci nel ridurre il sovraccarico dei *caregiver* informali appaiono quelle dei *Group living* e *Cantou* svedesi e francesi. Importanti anche le ricadute dei servizi domiciliari di tipo sociale. Meno efficaci in proporzione, ma comunque utili, i ricoveri di sollievo. Gli *Expert Centres* sembrano influenzare positivamente la depressione o il sovraccarico assistenziale (Colvez, 2002). In questo senso i programmi in atto e quelli futuri della Cooperativa vanno verso l'ulteriore articolazione delle soluzioni proposte; il gruppo gestisce già, oggi, una RSA, un secondo centro diurno integrato specializzato nel sostegno alla persona con malattia di Parkinson, i 40 mono e bilocali protetti dell'Oasi San Gerardo e diverse attività di aggre-

Tabella I - Esperienze europee di sostegno al *caregiver* del malato con demenza

Programmi confrontati	Paese
Home social services	Danimarca
Day centres	Germania
Expert Centres	Belgio, Spagna
Group Living/Cantou	Svezia, Francia
Respite hospitalization	Francia

Fonte Colvez A, 2002

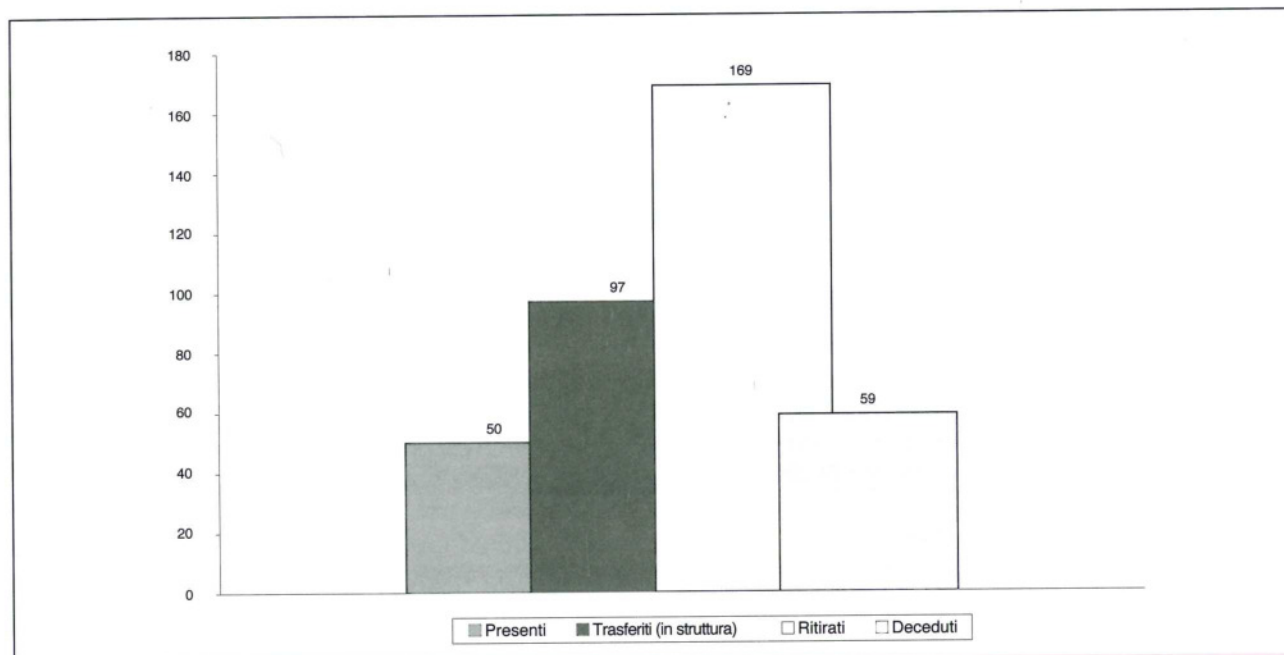


Figura 2 - Analisi storica della popolazione del CDI Costa Bassa: stato attuale degli ospiti registrati in archivio.

gazione e di animazione sociale. A breve questi interventi saranno integrati da una rete di servizi domiciliari di tipo sociale e socio-sanitario per anziani portatori di disabilità e esigenze sanitarie anche complesse e di servizi di prossimità per anziani fragili a rischio di confinamento.

L'EVOLUZIONE STORICA DELLA POPOLAZIONE ACCOLTA

Rispetto ai primi anni di apertura il centro è andato incontro a una modificazione sostanziale della popolazione di riferimento, solo in parte giustificata dall'evoluzione del contesto normativo. Dal 1983 ad oggi Costa Bassa ha accolto 375 anziani. La Figura 2 riassume l'esito di tale accoglienza. Novantasette di essi (il 25,9% del totale) sono stati accolti in RSA successivamente alla frequenza del CDI; nei restanti casi la frequenza è ancora in atto, è cessata per il decesso della persona (15,7%) o per la prosecuzione solo domiciliare del piano di cura (45,1%). È la conferma indiretta del fatto che il CDI non si colloca in posizione intermedia rispetto alla storia naturale di persone anziane fragili o dipendenti, dopo un periodo di assistenza domiciliare e prima dell'istituzionalizzazione, ma al

contrario tende a precedere la gestione delle fasi più gravi della loro storia naturale, destinata a concludersi entro i confini della casa – con o senza l'intervento di servizi formalizzati o di altre forme di sostegno domiciliare – o della RSA. La seconda osservazione è che quest'ultima ipotesi riguarda una proporzione minoritaria della popolazione che ha frequentato il CDI: oltre tre quarti di essa conclude la propria esperienza di vita entro i confini della propria abitazione. La Tabella 2 descrive la durata media della frequenza, espressa in giorni, per la popolazione totale e per maschi e femmine separatamente; come prevedibile, la durata della frequenza media è maggiore nella popolazione femminile. La Figura 3 descrive graficamente la stessa durata espressa in anni e per la popolazione totale. Complessivamente il 78% degli anziani che hanno frequentato Costa Bassa lo hanno fatto per meno di 5 anni, il 16,2% per un periodo compreso fra i 5 e i 10 anni, il 3,8% per 10-15 anni e il 2% per più di 15 anni. Esistono quindi anziani che frequentano il Centro dalla sua apertura, come anziani che sono oggi figli o figlie di ospiti della prima ora. L'intersezione dell'attività del centro con la storia e i progetti di vita delle persone e delle famiglie incontrate è quindi significativa e meritevole di attenzioni dedicate. La Figura 4 riassume la

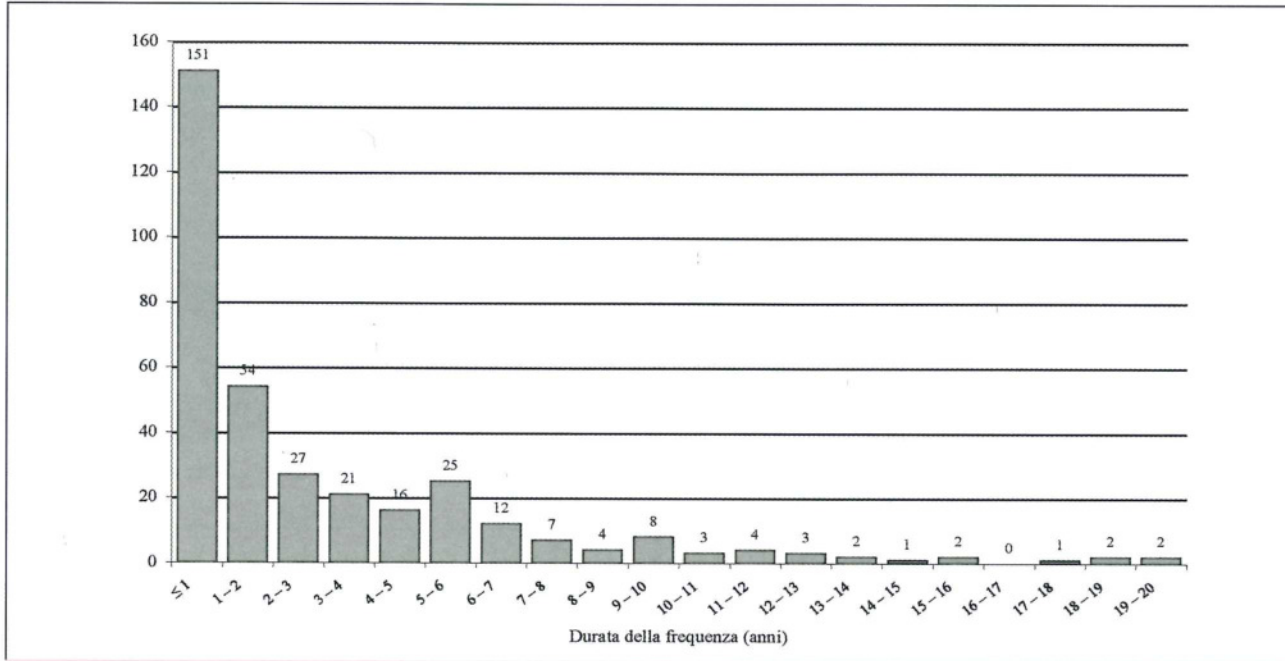


Figura 3 - Analisi storica della popolazione del CDI Costa Bassa: durata della frequenza (in anni).

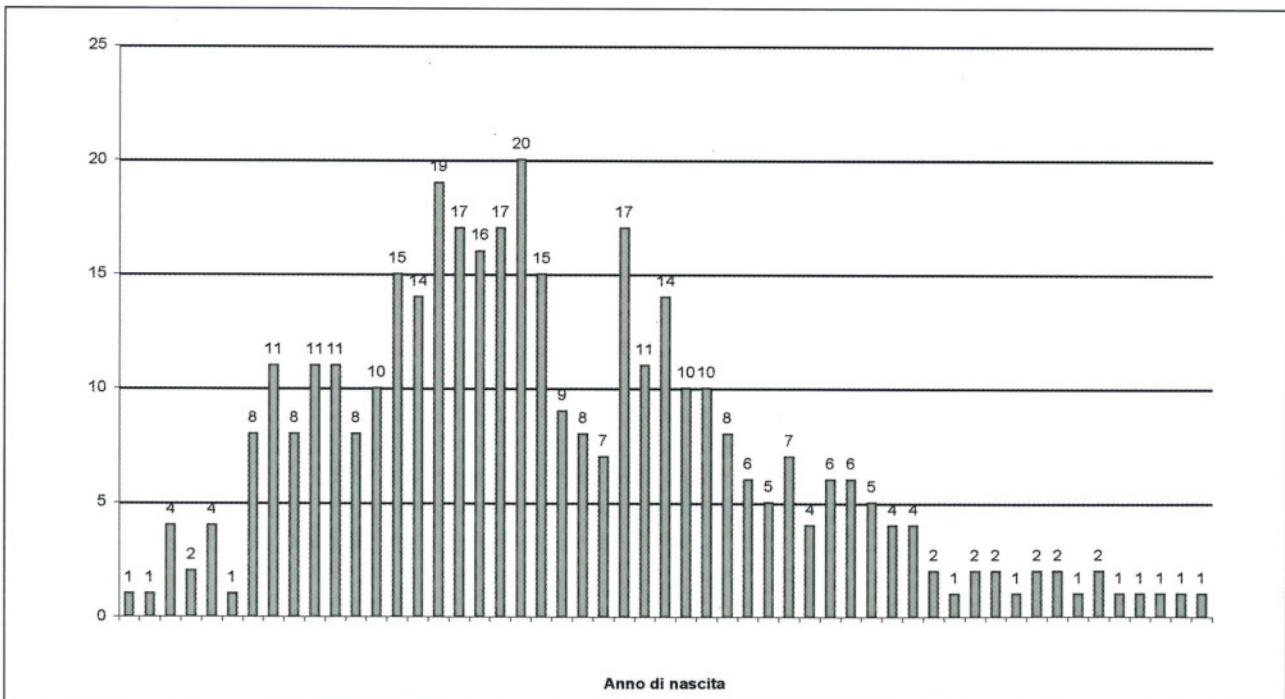
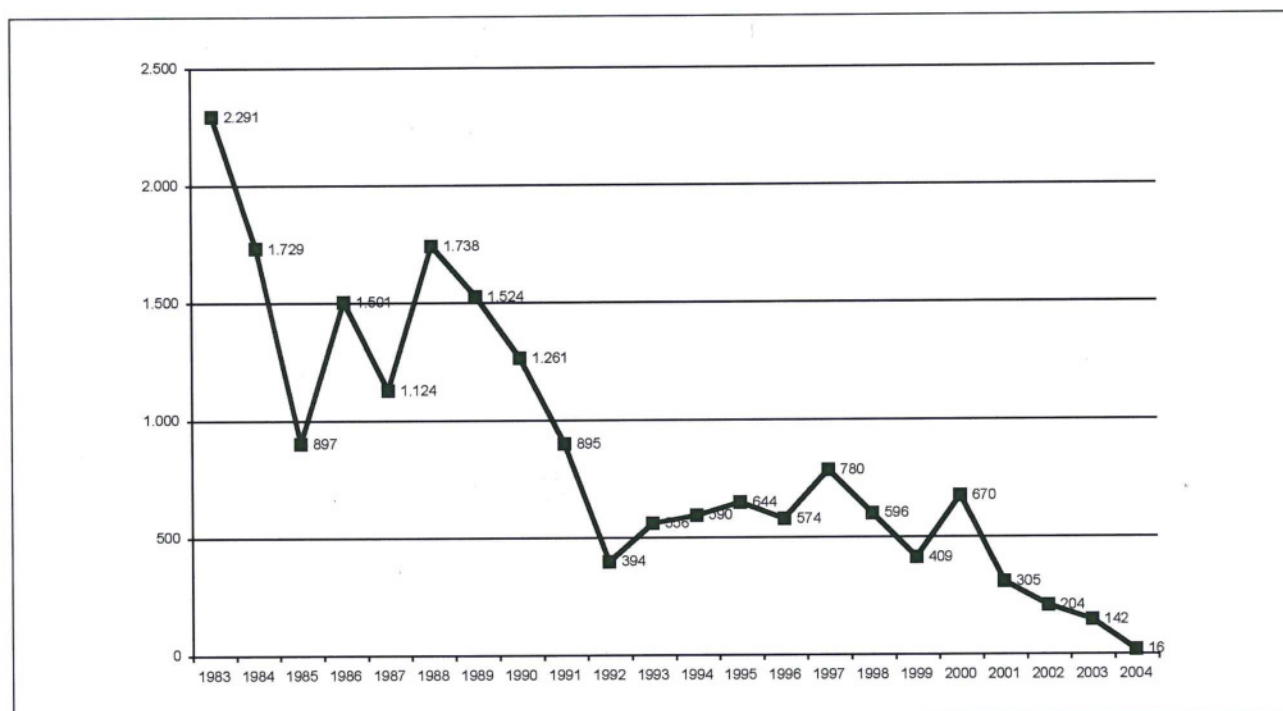


Figura 4 - Popolazione storica del CDI Costa Bassa: distribuzione per anno di nascita degli ospiti registrati (popolazione totale).

Tabella 2 - Analisi storica della popolazione del CDI Costa Bassa: durata della frequenza in giorni (popolazione totale).

Giorni di frequenza	Totale (373)	M (102)	F (271)
Media	1078 ± 1354	802 ± 1251	1182 ± 1378
Minimo	1	1	1
Massimo	7053	7053	7023
Mediana	519	277	673
Moda	366	16	366


Figura 5 - Andamento della durata media dell'accoglienza (media giorni di frequenza per anno). Solo casi già dimessi o deceduti.

distribuzione degli anni di nascita degli ospiti registrati nell'archivio storico. La Tabella 3 l'età all'ammissione e alla dimissione degli ospiti. L'età media all'ingresso è prossima ai 76 anni, quella alla dimissione agli 80. La dispersione è evidente e prevedibile. A parte l'accoglienza di alcune persone di età giovanile o adulta, con problemi di adattamento sociale, ritardo mentale o disabilità, l'estremo superiore alla dimissione ha sfiorato i 100 anni. La Figura 5 descrive l'andamento della durata media dell'accoglienza, espressa come media dei giorni di frequenza dall'inizio dell'ammissione alla

sua fine; la popolazione è divisa per anno di inizio della frequenza ed è calcolata sulla sola quota parte non più presente nel centro; il dato descrive quindi l'andamento delle accoglienze delle persone che hanno già esaurito, per diversi motivi, la finestra di frequenza del CDI. Emerge una progressiva riduzione della durata media dell'accoglienza, che riflette probabilmente l'evoluzione della natura delle esigenze e dell'organizzazione del centro; da centro di aggregazione per anziani soli e con iniziali limitazioni dell'autonomia, a struttura di riferimento per anziani con crescenti limitazio-

Tabella 3 - Età all'ammissione e alla dimissione della popolazione totale che ha frequentato o frequenta il CDI Costa Bassa.

Età all'ammissione	Totale (373)	M (102)	F (271)
Età media	76,3 ± 9,9	74,6 ± 11,0	76,9 ± 9,4
Età minima	27,3	39,6	27,3
Età massima	98,5	92,7	98,5
Mediana	77,8	77,0	78,0
Moda	79,7	75,0	79,7
Età alla dimissione (Totale)	Totale	M	F
Età media	79,2 ± 9,7	76,8 ± 10,5	80,2 ± 9,3
Età minima	28,0	47,0	28,0
Età massima	99,9	93,1	99,9
Mediana	80,8	78,8	81,4
Moda	80,8	#N/D	80,8

Tabella 4 - Distribuzione per età degli ospiti che attualmente frequentano il CDI Costa Bassa.

Età	N.	%
<65	3	6
66-75	7	14
76-84	30	60
85+	10	20

ni funzionali. Gli anni cruciali per tale evoluzione appaiono quelli a cavallo del 1990, ma anche il periodo successivo al 2000 sembra caratterizzato da una frequenza media più ridotta; essa sembra stabilizzarsi intorno ad una durata tendenzialmente inferiore all'anno, rispetto alla frequenza decisamente pluriennale degli anni precedenti. La Figura 6 riassume l'evoluzione nel tempo dell'età media all'ammissione degli ospiti del centro, e quella del numero di nuove ammissioni per anno. Entrambi dimostrano una modesta evoluzione della tendenza, rispettivamente verso l'aumento e verso la riduzione, ma certamente meno decisa rispetto a quella della durata media dell'accoglienza. In genere, l'età media degli ospiti sta lentamente aumentando mentre il numero di nuove ammissioni per anno, e il conseguente turnover degli ospiti, sta lentamente riducendosi.

LA POPOLAZIONE ATTUALE

La popolazione che attualmente frequenta il centro è complessivamente di 50 persone, 28 delle quali vivono sole, 3 con una operatrice domestica e 19 con altri familiari. Quattro persone ricevono anche le prestazioni del servizio di assistenza domiciliare del comune di residenza, undici quelle di operatori domiciliari appartenenti a servizi privati. Quarantadue utenti pagano in proprio la retta del centro, mentre 8 sono sostenuti in tutto o in parte dal proprio comune. La Tabella 4 descrive la distribuzione per età degli ospiti. Venti persone sono attualmente in lista di attesa. Rispetto alle funzioni della vita quotidiana il 36,3% della popolazione attuale ha un punteggio IADL compreso fra 1 e 4 e il 15,9% mostra la perdita totale dell'autonomia quotidiana di tipo strumentale; il 27,2% ha invece un punteggio ADL uguale o inferiore a 2. Solo un quarto della popolazione attuale mostra piena autonomia nelle funzioni quotidiane di base. La proporzione di ospiti con livelli più o meno elevati di deterioramento cognitivo è significativa. Il MMSE corretto per età e scolarità ritorna un punteggio uguale o inferiore a 8 per 6 ospiti, compreso fra 8 e 24 per 22 ospiti e superiore a 24 per altri 20. Tredici pazienti sono in trattamento riabilitativo individuale per problemi neurologici, ortopedici o per le conseguenze di traumi recenti. Undici sono gli anziani affetti da diabete mellito, 2 dei quali in trattamento insulinico, e 28 quelli in trattamento antiipertensivo continuativo.

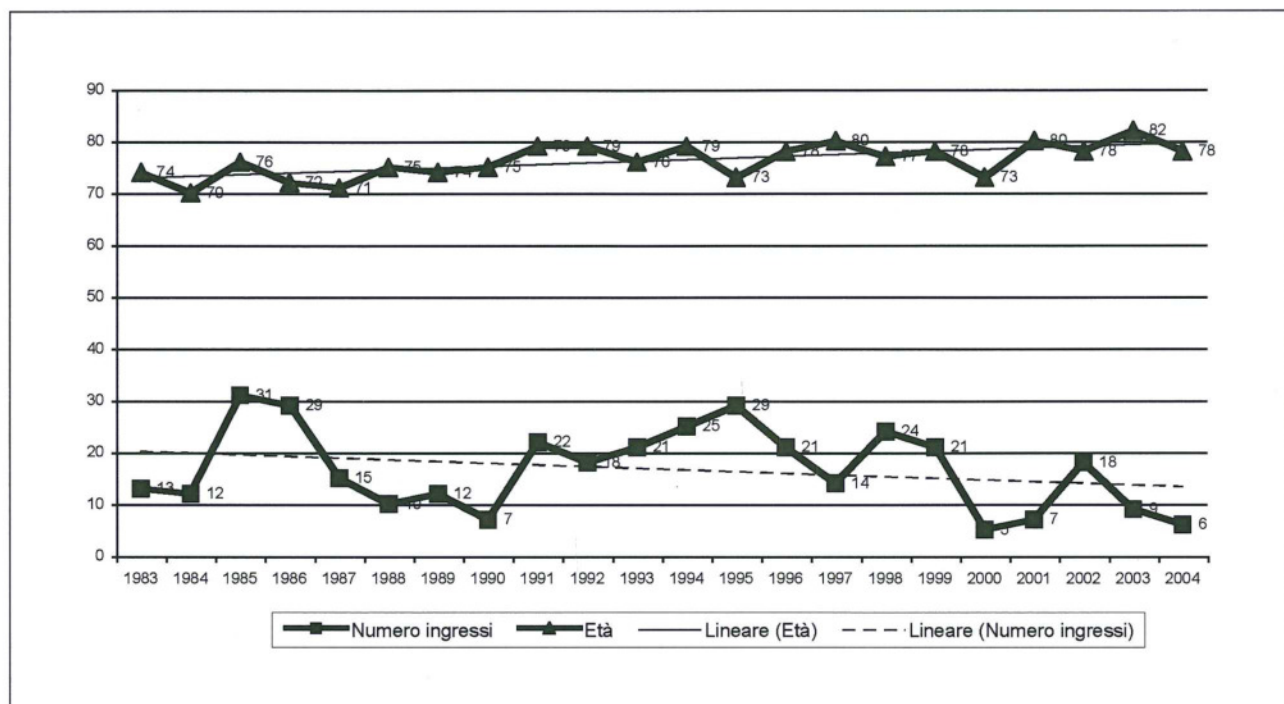


Figura 6 - Evoluzione nel tempo dell'età media all'ammissione degli ospiti del CDI Costa Bassa e del numero di nuove ammissioni per anno di apertura (popolazione totale).

CONCLUSIONI

I dati riportati descrivono l'evoluzione storica di un centro diurno per anziani. Da una gestione essenzialmente orientata a offrire sostegno e compagnia a anziani soli o in situazioni di isolamento sociale, la tendenza attuale sembra quella verso la progressiva prevalenza di una popolazione più complessa e con una valenza più alternativa al ricovero in RSA o alla presa in carico da parte dei servizi domiciliari formalizzati di tipo sociale o sanitario. I due sottogruppi in parte si sovrappongono e sono entrambi ancora presenti, in funzione anche delle caratteristiche del centro, della sua storia e delle esigenze della comunità. La popolazione attuale riflette comunque quella prevista dalla DGR 22 marzo 2002 n.7/8494 che descrive le regole di autorizzazione al funzionamento e accreditamento dei CDI attivi sul territorio della Regione Lombardia, e che fa riferimento a una popolazione con compromissione dell'autosufficienza, affetta da pluripatologie cronico-degenerative oppure (od anche) sola e con un discreto livello di autonomia ma a rischio di emarginazione dalle cure. La delibera fa anche riferimento a

sottogruppi di anziani inseriti in un contesto familiare o solidale, ma per i quali l'assistenza domiciliare risulta insufficiente o troppo onerosa.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. Demenze e medicina generale. Dossier: Ricerca & Pratica 2001; 3: 87-160.
- Colvez A. Health status and work burden of Alzheimer patients' informal caregivers: comparisons of five different care programs in the European Union. Health Policy 2002;60(3):219.
- Dello Buono M. Community care for patients with Alzheimer disease and non-demented elderly people: use and satisfaction with services and unmet needs in family caregivers. Int J Geriatric Psychiatry 1999; 14(11): 915-24.
- Doody RS. Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001; 56: 1154-1166.
- Giunco F. (a cura di). Anziani e centri diurni. Una metodologia dall'esperienza. Milano, Franco Angeli, 1994.

Sostenere la domiciliarietà: un progetto sperimentale per le famiglie che assistono un malato di Alzheimer

Luciana Quaia

Fondazione Bellaria Onlus

La Fondazione Bellaria Onlus ha sede in Appiano Gentile (Como). Nel corso della sua storia ha sempre cercato modelli innovativi per superare un concetto di "prestazione standardizzata", sostituendola con l'immagine di "servizio mirato", atto a rispondere all'emersione dei nuovi bisogni che l'allungamento della vita pone a particolari fasce di anziani e alle loro famiglie.

Oggi, la Fondazione è impegnata nell'implementazione e nel miglioramento organizzativo di un sistema coordinato ed integrato dei propri servizi, per rappresentare agli occhi della comunità un circuito assistenziale e riabilitativo che segua la persona in un percorso di cura nei suoi diversi luoghi di vita, dal domicilio all'eventuale ambiente residenziale o semiresidenziale.

Per rispondere a questo virtuoso obiettivo, sono state sinora attivate diverse forme di presa in carico.

A partire dalla casa di riposo si sono aggiunte, strada facendo:

- il centro diurno integrato
- il servizio notturno
- i pasti al domicilio
- il servizio di fisioterapia aperto al territorio
- i soggiorni climatici
- il servizio di assistenza domiciliare
- il servizio di assistenza domiciliare integrata.

I cambiamenti, prodotti con un ritmo assai più rapido negli ultimi anni, sono stati dettati dalla consapevolezza che, se si vuole effettivamente porre al centro della propria azione di cura non solo l'anziano, ma anche la famiglia che lo accompagna, diventa necessario sviluppare complementarietà fra cure domiciliari e cure residenziali.

Infatti, nelle situazioni in cui la gestione dell'anziano a

casa diventa gravosa, la possibilità di poter scegliere un circuito assistenziale in cui venga garantita la continuità della cura è sicuramente un valore aggiunto rispetto alla frammentarietà che, nonostante l'auspicata integrazione socio-sanitaria, ancora contraddistingue il sistema di erogazione di servizi alla persona.

UN NUOVO PROGETTO PER LE FAMIGLIE DEI MALATI DI ALZHEIMER

Emerge ormai in modo evidente che la famiglia non può essere solo interpretata come soggetto erogatore di assistenza premiabile attraverso l'erogazione di prestazioni economiche (voucher o assegno di cura) (Guaita, 2003). Pur essendo il sostegno economico indispensabile per favorire la permanenza della persona fragile nel proprio ambiente domestico, è quanto mai necessaria anche una risposta di supporto e consulenza ai bisogni della famiglia che accudisce un anziano nel decorso della sua malattia.

Dalla condivisione di questa considerazione nasce nella nostra Fondazione, in aggiunta ai servizi già esistenti, un *progetto sperimentale per un modello di cura focalizzato sull'aiuto alla famiglia che assiste un malato di Alzheimer* (Fondazione Cariplo, 2003).

I presupposti del progetto

La Fondazione Bellaria già dal 1995 ha istituito il Nucleo Alzheimer seguendo le indicazioni della normativa regionale lombarda.

Dal 2000 inoltre con l'apertura del Centro Diurno Integrato ha potuto ulteriormente rilevare le richieste e le necessità di appoggio avanzate dalle famiglie interessate dal problema della demenza.

Nello spirito del comma 1 dell'art. 16 della L. 328/2000 e soprattutto, come sopra ricordato, nella convinzione che l'RSA debba oggi diventare un punto di riferimento polifunzionale per far fronte alla complessità degli interventi necessari per garantire benessere e qualità di vita alla persona che invecchia, è sembrato utile allo staff direzionale, nonché agli amministratori della struttura, delineare un progetto a più livelli per soddisfare queste esigenze, sviluppando un sistema differenziato d'offerta a sostegno della domiciliarità e della prevenzione.

Numerosi studi evidenziano fra le difficoltà più influenti che causano l'isolamento della famiglia la mancanza di interlocutori affidabili (insufficiente appoggio del medico di base, numero limitato di servizi rispetto alla domanda, scarso ascolto alle problematiche gestionali, eccessiva burocratizzazione per le richieste di contributi).

Tutto ciò si traduce in altrettanti fattori critici che concorrono ad aumentare il già pesante fardello assistenziale caratterizzato da congrui costi economici, sociali e psicologici.

È ugualmente dimostrato da numerose indagini sociali che il familiare è disponibile ad affrontare il gravoso compito del "prendersi cura" e, che tale disponibilità è più esposta a rischio di esaurimento quanto più silente si dimostra il sistema dei servizi nel supporto di tale percorso (Censis, 1999).

È anche urgente sottolineare il peso dei bisogni psicologici che, in misura ancor più rilevante, può determinare un arresto dell'impegno assistenziale e il conseguente ricorso all'istituzionalizzazione.

È infatti superfluo rimarcare come la malattia di Alzheimer, proprio per il suo andamento evolutivo, ridefinisca in forma costante i bisogni di chi ne è afflitto, costringendo il *caregiver* a ricalibrare in continuazione modelli di comunicazione, di relazione, di intervento. Ovviamente sul piano psicologico ciò comporta sentimenti di smarrimento, inadeguatezza, impotenza, senso di colpa che, se non accolti e incoraggiati, sfociano inevitabilmente in momenti di crisi.

Gli interventi proposti alle famiglie

Alla luce dei dati evidenziati dalle ricerche e ponendo come obiettivi generali del progetto la prevenzione dell'isolamento e dell'emarginazione delle famiglie interessate dal problema della demenza, nonché l'integrazione tra risorse formali e informali del territorio e della rete personale della famiglia in difficoltà, gli inter-

venti previsti per sostenere la domiciliarità possono essere così sintetizzati:

- **Assistenza domiciliare:** la famiglia, quando si assume un compito assistenziale, diventa il primo servizio sociale per la persona non autosufficiente. Nel caso della malattia di Alzheimer, la presenza del familiare diventa assidua e si connota per una caratteristica di controllo per evitare che il malato possa farsi del male.

Man mano che la patologia evolve, diventa inoltre necessario inventare nuove forme e strumenti per sopperire a bisogni sempre diversi e sempre mutevoli. Questo inevitabilmente conduce il *caregiver* ad un cambiamento del ritmo della propria vita e all'esigenza di doversi sempre più concentrare sul lavoro di cura.

Ma esistono necessità quotidiane di assistenza che non sempre il familiare riesce a fornire da solo.

Ecco che l'intervento dell'operatore domiciliare può costituire un valido appoggio sia per le attività di tipo pratico, sia per poter garantire al curante un breve tempo di respiro, sgravandolo dal dilemma di non poter lasciare solo il proprio caro nemmeno per un minuto.

La Fondazione Bellaria offre un servizio domiciliare prestato da personale qualificato che può affiancare o sostituire il *caregiver* nell'assistenza del malato in casa propria nelle attività di tutti i giorni.

Il servizio ha come finalità la progettazione di una presa in carico personalizzata, all'interno della quale vengano:

- soddisfatti i bisogni della persona malata;
- favorite nel miglior modo possibile la sua funzionalità residua ed autonomia;
- trasmesse ai familiari tutte le informazioni utili a migliorare le proprie capacità nello svolgimento del lavoro di cura.

- **Servizio di ascolto e di orientamento:** accade frequentemente di raccogliere un'impellente richiesta di aiuto da un sistema parentale che sta scoppiando e, nella formulazione di proposte, incontrare rifiuto o diffidenza. Questo atteggiamento, per certi versi, può apparire paradossale o irritante al servizio che si propone come riferimento.

Dal punto di vista del familiare però la prospettiva cambia. L'intervento di un operatore domiciliare può essere valutato inopportuno perché il malato

non lo desidera; il trasferimento in un'unità d'offerta semiresidenziale può generare timore per reazioni catastrofiche; il suggerimento di tecniche "stimolative" può erigere barriere determinate proprio dal legame di parentela di chi le propone. Insomma in casa nulla più funziona, ma nulla può essere risolutivo.

Un servizio di *counselling* in questi casi risulta più efficace di un'immediata risposta "operativa".

L'ascolto, la ridefinizione dei problemi, la contestualizzazione degli eventi catastrofici, la focalizzazione dei ruoli di chi cura, l'utilizzo del tempo e dell'ambiente domestico servono innanzi tutto a ri-ordinare il pensiero di chi racconta e a riposizionare uno "start" nel marasma degli accadimenti.

Senza la presunzione di risolvere globalmente le difficoltà esistenziali, già evidenziare il primo passo di un percorso da costruire insieme può costituire un successo e l'avvio di un'alleanza terapeutica di lunga durata.

- **Formazione e sostegno dei familiari:** indubbiamente la famiglia rappresenta a tutt'oggi il principale supporto assistenziale alla persona colpita da malattia di Alzheimer o altre forme di demenza.

Sappiamo che questa patologia provoca un grave e progressivo deficit cognitivo, affettivo e comportamentale che condiziona la vita quotidiana e le relazioni sociali di chi ne è affetto. Purtroppo la malattia può essere anche molto lunga e nella sua fase terminale arriva a richiedere un'assistenza continuativa di 24 ore.

Il familiare che si assume il compito di prendersi cura di un malato demente dovrà non solo far fronte a un carico a lungo termine, ma anche a mutamenti del proprio coinvolgimento sia sul piano sociale che psicologico.

Ecco perché diventa importante fornire un sostegno alle famiglie anche attraverso la trasmissione di informazioni utili alla gestione relazionale e pratica del malato (modalità di approccio, di comunicazione e di gestione dei disturbi del comportamento; saper riconoscere le proprie reazioni psicologiche di fronte alla malattia cronica; sapere quali servizi sono disponibili sul proprio territorio per "dare un aiuto" nel compito assistenziale).

Il progetto prevede l'istituzione di un corso informativo rivolto a tutte le famiglie e cittadini che possono essere interessati da questa problematica.

Il ciclo, di otto incontri, sarà tenuto presso la struttura da esperti della materia.

- **Ospitalità notturna periodica o temporanea:** le persone affette da demenza sembrano spesso mostrare maggiori problemi comportamentali verso sera, diventando particolarmente irrequiete durante la notte.

Possono alzarsi per cercare il bagno, disorientandosi nel buio e spaventandosi. Possono girare per la casa, vestirsi, cercare di cucinare, decidere di uscire, richiedere costante attenzione a chi gli sta vicino.

Possono vedere o sentire cose che non esistono.

Oltre a stancarsi loro stesse, è probabile che causino forte disagio agli altri componenti della famiglia.

Però, mentre il malato molto probabilmente recupererà il sonno durante la giornata, chi deve lavorare, studiare o assistere non potrà fare altrettanto.

Se questo disturbo si ripete, l'estremo bisogno di riposo della famiglia sarà inesorabilmente compromesso. E non c'è nulla di più stressante di combattere contro la stanchezza dovendo prestare rigorosa attenzione a ciò che accade al malato. Inoltre il rischio è quello di comunicare la propria fatica attraverso gesti e relazioni nervosi, peggiorando l'umore del malato. La soluzione dell'ospitalità notturna costituisce una valida risposta all'incapacità fisica e psichica della famiglia di reggere un'assistenza continuativa 24 ore su 24 proponendo un periodo di "tregua", di breve durata dalle ore 18.00 alle ore 8.30 (o altre possibilità da concordare).

Oltre la famiglia, una risposta alla soggettività del malato

Spesso le risposte assistenziali vengono organizzate sulla spinta di bisogni evidenziati dalla famiglia, anche perché il malato perde la capacità di comunicare in forma esplicita ciò che lo contraddistingue (bisogni, storia, desideri).

Eppure l'esordio della malattia è lento, subdolo. Il malato conserva uno stato di coscienza e di percezione del sé che lo portano ad interrogarsi sulle sue condizioni e comportamenti. È questo un aspetto importante, ma trascurato poiché l'attenzione è ancora focalizzata sull'accertamento diagnostico, le cure farmacologiche, le valutazioni sanitarie.

Sul piano psicologico è forte il rischio di imboccare quella spirale discendente così ben evocata da Mark Spivak che, nella sua teoria sulla genesi della disabilità,

identifica il processo di desocializzazione nei continui insuccessi personali e sociali incontrati dal malato nel tentativo di soddisfare le richieste ed i bisogni propri e di coloro con cui entra in contatto (Siani et al., 1990). Un inadeguato funzionamento sociale causerà fallimenti, delusioni, ferite, manovre al fine di evitare situazioni frustranti, isolamento, aumento del pessimismo, tali da sfociare in un reciproco allontanamento del malato dal contesto sociale e in un considerevole impatto emotivo sulle risorse psicologiche e fisiche del familiare che lo assiste. È quindi evidente che un passaggio importante del "prendersi cura" deve comprendere anche un sostegno psicologico al malato in quello che viene definito da Lazarus e Folkman (1984) *l'adaptation-coping model*, ovvero "modello del far fronte all'adattamento". Aiutare la persona a sviluppare competenze adattative a ciò che gli sta accadendo può rinforzare il suo equilibrio emotivo e un'immagine positiva di sé anche di fronte alla posizione invalidante cui la patologia costringe.

Per tentare di raggiungere questo obiettivo, nel progetto viene offerta al malato la possibilità di accedere ad interventi di stimolazione cognitiva (possono beneficiare di questo tipo di terapia le persone in fase lieve-moderata della malattia).

Il trattamento prevede un ciclo di sedute condotte dalla psicologa, nel corso delle quali vengono proposti esercizi che corrispondono a situazioni e attività della

vita quotidiana il più possibile favorevoli alla conservazione dell'autonomia della persona malata, alla soddisfazione dei suoi bisogni e al rinforzo della propria identità personale e dell'integrazione familiare.

Il piano terapeutico viene redatto a seconda delle capacità cognitivo-funzionali della persona cui è rivolto. Gli esercizi possono essere strutturati in diversi ambiti: di orientamento spazio-temporale, di reminiscenza, di terapia occupazionale, di abilità della vita quotidiana, di uso di strategie di memoria esterne.

LAVORARE IN RETE

La sfida che oggi i servizi devono accogliere è quella di interpretare la cronicità di malattie invalidanti come possibilità di intervenire secondo un modello multifunzionale mettendo in sinergia non solo le proprie risorse, ma anche i diversi interlocutori presenti sul territorio. Sulla base di questo assunto le connessioni attivate dalla nostra Fondazione mettono in grado il familiare di poter accedere a diversi luoghi di cura, offrendo contemporaneamente il "filo di Arianna" che gli consenta di orientarsi nel labirinto delle offerte. In altri termini, pur conservando ogni servizio la sua specificità, non verrà perso il filo conduttore del riconoscimento e della presa in carico dell'individualità di ogni famiglia e del suo malato, evitando quindi la fru-

GLI ATTORI "NODI" DELLA RETE DEI SERVIZI FORMALI E INFORMALI

Fase diagnostica	Fase di cura ed assistenza
<ul style="list-style-type: none"> • Medico di Medicina Generale, primo filtro per orientare la richiesta diagnostica • Unità di Valutazione Alzheimer: <ul style="list-style-type: none"> – valutazione stato mentale – valutazione stato funzionale – approccio terapeutico (farmacologico e di attivazione psico-sociale) • Medicina specialistica (neurologo, geriatra, psichiatra, psicologo, fisiatra, nutrizionista) 	<ul style="list-style-type: none"> • Servizi sociali del Comune per segnalazione del caso, convenzioni, buoni sociali. • Servizi sociali dell'Azienda Sanitaria Locale per voucher sanitario per accedere all'assistenza domiciliare integrata • Associazioni di volontariato ad integrazione e supporto di attività già svolte sul territorio da affiliate alle Associazioni Alzheimer • Fondazione Bellaria: <ul style="list-style-type: none"> – gestione del malato: pratiche assistenziali e addestramento del familiare – intervento terapeutico psicologico sul malato – counselling e sostegno psicologico del familiare • Assistenza privata (badanti)

strazione di dover ogni volta che muta il bisogno ricercare il giusto percorso.

CONTROLLO DI QUALITÀ E VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA

È stato istituito un sistema di monitoraggio che si avvale di strumenti di valutazione atti a controllare il buon funzionamento del servizio. Per ogni accesso viene redatta una cartella contenente valutazioni inerenti: la condizione clinica, il grado della disabilità, lo stato cognitivo, eventuali disturbi del comportamento del soggetto malato. Per ciò che concerne il nucleo familiare, invece, vengono valutati l'utilizzo dei servizi e il carico assistenziale.

Gli indicatori per la verifica intermedia e la valutazione finale riguardano: la qualità dell'assistenza e delle cure (piano di assistenza individualizzato; riunioni periodiche dell'équipe; impatto della cura), il livello di soddisfazione dei familiari (questionario) e la qualità della vita del malato e della famiglia dopo l'attivazione del servizio.

PRIMA VERIFICA A QUATTRO MESI DALL'ATTIVAZIONE DEL PROGETTO

Le azioni condotte sul piano operativo sono state innanzi tutto orientate ad un'efficace diffusione del progetto che ha seguito più forme:

- predisposizione di un pieghevole con descrizione sintetica degli interventi proposti e dei costi dei singoli servizi;
- incontri pubblici presso alcuni Comuni convenzionati con la Fondazione;
- articoli su quotidiani e pubblicazioni locali;
- diffusione porta a porta del Comune di Appiano unitamente al giornalino parrocchiale;
- contatto con l'associazione Centro Donatori del Tempo di Como, affiliata alla Federazione Alzheimer Italia, per informazione diretta alle famiglie residenti nei Comuni limitrofi alla Fondazione;
- incontro con le assistenti sociali dei Comuni convenzionati e altri del distretto;
- annuncio radiofonico (Radio Mater);
- avviso alle Associazioni dei familiari dei malati di Alzheimer (Federazione Alzheimer Italia, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Fondazione Manuli).

Grado di adesione riscontrato

Nonostante la scelta di orari (fascia tardo serale) che permettessero la partecipazione anche delle persone impegnate in attività lavorative, alle riunioni di presentazione del progetto non ha aderito un numero elevato di famiglie (da un minimo di 2 a un massimo di 15 nei vari Comuni in cui è stata promossa un'iniziativa pubblica).

A distanza di quattro mesi dall'avvio del progetto i contatti hanno riguardato:

- n. 10 famiglie interessate al ciclo di incontri formativi;
- n. 4 famiglie interessate al servizio di assistenza domiciliare;
- n. 3 famiglie interessate agli interventi di stimolazione cognitiva;
- n. 1 famiglia interessata a colloqui di sostegno psicologico.

Sono stati inoltre registrati 7 colloqui con famiglie che si sono presentate alla Fondazione per un servizio di ascolto e orientamento.

Prime osservazioni formulate al momento della verifica

a) I limiti dell'assistenza domiciliare

Il dato che emerge più evidente è che quasi tutte le famiglie che hanno contattato la Fondazione hanno provveduto al problema assistenziale attraverso la collaborazione con badanti. Da ciò ne deriva che la richiesta di servizio di assistenza domiciliare si pone come esigenza di sostituzione del giorno di permesso della badante stessa, con fasce orarie ampie (tutta la giornata o mezza giornata). Altre forme di intervento vengono considerate da queste famiglie inadeguate o insufficienti.

Altre famiglie che si caricano in toto l'onere assistenziale, tendono a richiedere un servizio domiciliare non inferiore alle tre ore, durante il quale le attività specificamente indirizzate alla cura del malato sono relativamente contenute, mentre il bisogno più rilevante è quello di una "compagnia di accudimento".

È bene sottolineare che l'assistenza domiciliare, pensata come alternativa all'istituzionalizzazione, fonda la sua ragion d'essere sul fatto che esista una famiglia in grado di fornire prestazioni e, per essere ancora più franchi, che esista un coinvolgimento della figura femminile. Analizzando la domanda, si nota che la critica maggiormente mossa è che il sostegno al domicilio è par-

ziale, poiché non comprende l'estesa gamma dei problemi legati alla quotidianità, col rischio quindi di non costituire un effettivo "sollievo" per il sovraccarico assistenziale sostenuto dalle risorse familiari.

Dal punto di vista economico, inoltre, nonostante un costo vantaggioso grazie al contributo della Fondazione Cariplo, si verifica che l'auspicato contenimento dei costi messo a confronto con un ricovero permanente, decade nel momento in cui il servizio necessita di essere più intensivo, a causa delle problematiche evidenziate dal soggetto. Ci sembra di poter affermare che di fronte a questi limiti che il servizio pone, la risposta che ne consegue sia quella dell'utilizzo di operatori privati a pagamento, tra i quali emergono i lavoratori stranieri.

I dati riportati dall'Istat (2000) che evidenziano come il 7,4% di famiglie italiane con almeno un componente di 75 anni e più usufruisca di assistenza privata e come tale assistenza richieda un considerevole impegno in termini di ore (il 15% delle famiglie italiane che fanno assistere un anziano ricorre a operatori privati per più di venti ore a settimana) confermano queste osservazioni (Gori, 2001).

b) L'interesse per la stimolazione cognitiva

Parlare di riabilitazione cognitiva col malato demente incontra prevalentemente, negli ambienti medici, indifferenza e diffidenza rispetto alla sua efficacia.

Non è questa la sede opportuna per entrare nella complessità dell'argomento, ma giova segnalare che le famiglie che hanno contattato la Fondazione frequentemente interrogano sulle possibilità di offrire al proprio congiunto opportunità di "esercizio" per la memoria, soprattutto quando la persona è ancora in una fascia di età relativamente giovane.

C'è molta franchezza nell'illustrare gli obiettivi che tale attività si pone, al fine di non creare false illusioni rispetto alla natura della malattia stessa.

L'interesse rilevato orienterà, se il numero di famiglie sarà sufficiente, ad istituire qualche incontro finalizzato ad illustrare spunti di attivazione da utilizzare nella vita quotidiana.

NUOVE TENDENZE PROGETTUALI

Lavorare su un progetto di aiuto significa ipotizzare una strategia per mutare una situazione problematica. Ma il progetto, per essere efficace, deve sollecitare

costantemente una verifica fra gli obiettivi che ci si è posti e le situazioni che si incontrano, poiché per sua natura, il progetto nasce imperfetto e flessibile, proprio perché le scelte possano essere ri-orientate e ri-aggiornate.

Le testimonianze delle famiglie incontrate presentano, nel loro ruolo di datore di lavoro, molte fragilità rispetto ad una serie di problemi:

- l'offerta di lavoro privato è maggiormente rappresentata da persone extracomunitarie spesso presenti in forma non regolare, con abitudini, usanze e linguaggio molto lontane dalla mentalità dell'assistito (a maggior ragione nei confronti del malato demente);
- la qualificazione professionale è piuttosto bassa;
- la qualità e la continuità della cura sono alquanto incerte.

Queste indicazioni stanno correggendo in parte i contenuti del progetto iniziale.

Una prospettiva sul lungo termine, ma sempre improntata allo sviluppo di nuovi modelli di intervento sociale, potrebbe essere quella di agevolare, all'interno della Fondazione, la creazione di una sorta di "agenzia locale" che favorisca l'incontro tra domanda e offerta (emersione e regolarizzazione dell'assistenza privata) e la qualità assistenziale (personale qualificato e di fiducia).

Un'iniziativa sul breve termine, invece, è quella di estendere il ciclo informativo alle persone badanti già impegnate nel loro lavoro di cura, proponendo altresì incontri più mirati e circoscritti alle modalità comunicative e relazionali più adatte per l'accudimento di un malato con decadimento cognitivo.

Queste sono naturalmente riflessioni su un "lavoro in corso" che presenta sfaccettature nuove rispetto al quadro delineato a livello progettuale.

L'idea che si rafforza è che oggi i servizi sono impegnati a fronteggiare situazioni molto dinamiche nel campo dell'assistenza: un allungamento di vita che trascina con sé lo spettro di dilatare una porzione di vita potenzialmente caratterizzata da patologie invalidanti; modificazioni importanti nella composizione della famiglia e progressiva riduzione di risorse attivabili nella rete parentale; elevati tassi di lavoro sommerso; contrazione della spesa pubblica e revisione critica dell'intera politica assistenziale sono tutti fattori che impongono un ripensamento degli attuali modelli di offerta.

Occorre forse trovare formule che comprendano certamente interventi tradizionali socio-sanitari complementari alle risorse che il sistema-famiglia riesce ad attivare, ma che contemporaneamente sappiano promuovere forme di coinvolgimento capaci di "orchestrare" tutti i diversi protagonisti impegnati, ognuno secondo la propria individualità, nel lavoro sociale. Azioni di prevenzione, conoscenza ed informazione potranno essere i canali utili a sviluppare il potenziale partecipativo del singolo cittadino o di altre forme associate, fino a raggiungere un'integrazione di forze tali da costituire un valido punto di riferimento per coloro che vivono in una condizione di svantaggio e necessità.

BIBLIOGRAFIA

- Censis (1999), *La mente rubata. I costi sociali e i bisogni assistenziali di una "malattia familiare"*, Francoangeli, Milano.
- Guaia A. (2003), Editoriale "L'incombente crisi delle cure a lungo termine" in: *I Luoghi della cura*, anno 1, n. 2, pag. 5.
- Gori C. (a cura di) (2001), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, Springer Publ. Comp., New York, USA.
- Progetto presentato alla Fondazione Cariplo nel luglio 2002 e approvato nel luglio 2003.
- Rielaborato da Siani R., Siciliani O., Burti L. (1990), *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*, Feltrinelli, Milano, pagg. 286-295.

Fragilità della pelle, fragilità della persona

Alberto Apostoli^{1,2}, Claudia Caula²

¹Sezione Nursing GRG - ²A.I.S.Le.C.

La definizione «persona anziana—persona fragile» tratteggia le piccole, grandi problematiche dell'invecchiamento: i ridotti meccanismi di compenso e di difesa di fatto rendono la persona anziana più vulnerabile. Anche la pelle non sfugge a questo principio. Anzi, incarna concretamente il significato di "fragilità". Basta il più banale, quotidiano dei gesti, come girare una persona nel letto, aiutarla a indossare la camicia, togliere un cerotto, rilevare la pressione, urtare il pedale della carrozzina, ed ecco che la pelle si taglia come carta velina... La conseguenza è una Lacerazione Cutanea (LC), una lesione frequente soprattutto fra gli anziani istituzionalizzati, ma di cui si parla poco. Nell'articolo sono analizzati i meccanismi che portano alla formazione delle LC (o skin tears), come individuare la persona a rischio, le manovre assistenziali da evitare, e le indicazioni terapeutiche alla luce della letteratura più recente.

QUESTE PICCOLE, GRANDI FERITE

È stato stimato che le lesioni cutanee, incluse le LC, rappresentano il 15% degli accessi al Pronto Soccorso (Leaman, 1991). E secondo l'esperienza di alcuni autori si tratterebbe comunque di una stima parziale, dato che spesso i pazienti non vanno al Pronto Soccorso reputando una LC solo "una ferita minore". Se ciò non bastasse, sono oltre 1,5 milioni le LC che si verificano ogni anno nelle strutture residenziali per anziani (Baranoski, 2000). Uno studio del 1991 in una struttura assistenziale con 347 posti-letto ha riportato una percentuale di skin tears pari al 41.5% di tutte le ferite.

Una LC può essere definita come l'interruzione della continuità dei tessuti di rivestimento, il cui risultato è una lesione recente caratterizzata dal tipico lembo (o flap) di forma triangolare. Le LC si riscontrano con particolare frequenza nei soggetti anziani, in quanto le modificazioni che avvengono a carico della cute — in particolare modo, la perdita di coesione fra epidermide, derma e tessuti sottocutanei — fanno sì che anche una minima forza mec-

canica sia in grado di provocare lo strappamento della pelle, inducendone la lacerazione.

Le forze contusive possono esercitare sui tessuti un'azione di trazione (o strappamento) e/o schiacciamento; le caratteristiche generali delle LC possono essere così sintetizzate:

1. I margini si presentano irregolari in quanto la lacerazione della cute segue le linee di minor resistenza.
2. Raramente i margini della lesione si sovrappongono perfettamente a causa della retrazione dei tessuti, tanto più evidente quanto maggiore è lo scollamento.
3. Spesso è presente la contusione dei bordi con infiltrazione ematica del fondo.

Quando in seguito a una LC i tessuti si strappano in lembi, i vasi sanguigni vengono recisi e l'apporto di sangue interrotto, rendendo la cute ischemica (Cockerill & Sweet, 1993). I tessuti possono essere contusi e in breve diventare edematosi. Dopo il sanguinamento iniziale, che può essere anche molto abbondante, segue la produzione di una moderata quantità di essudato sieroso per circa tre giorni. Le sedi di localizzazione più frequenti sono gli arti superiori (mani e braccia) e inferiori (area pretibiale); tuttavia sono a rischio anche altre zone, come sacro e natiche: in questo caso è importante fare una corretta diagnosi differenziale, poiché data la sede le LC possono essere scambiate per Lesioni da Decubito di stadio II.

CHI RISCHIA LA PELLE?

L'età avanzata, la fragilità cutanea connessa all'invecchiamento, l'utilizzo di presidi per la deambulazione assistita, il decadimento cognitivo/sensorio, la terapia a lungo termine con corticosteroidi, rappresentano i principali fattori di rischio per le LC (Baranoski, 2000). In base alla nostra esperienza professionale, segnaliamo anche la concomitanza fra l'assunzione di anticoagulanti e la formazione di LC. È stato dimostrato che i soggetti anziani completamente non

autosufficienti che richiedono un'assistenza totale per le attività di vita quotidiana (ADL) costituiscono la categoria più a rischio. Paradossalmente le persone anziane valutate autosufficienti e deambulanti costituiscono la seconda categoria maggiormente a rischio, seguiti da coloro con deficit visivi (Baranoski, 2000). Circa la metà delle LC si verifica in seguito all'incauta rimozione di cerotti, a eventi traumatici accidentali, quali cadute, collisioni contro la carrozzina o altri oggetti durante la deambulazione o i trasferimenti (Small, 2000), ma non solo: perfino le più comuni attività giornaliere, come la vestizione, il bagno, gli spostamenti nel letto, sono in grado di innescare le forze di taglio o frizione finendo per produrre un danno cutaneo.

LE LACERAZIONI PRETIBIALI, UN CAPITOLO A PARTE

La maggior parte delle LC che si verificano a carico degli arti inferiori interessano l'area antero-tibiale del terzo inferiore della gamba di soggetti anziani; infatti con l'invecchiamento la cute che sovrasta la tibia diventa più sottile e anelastica, la vascolarizzazione spesso è deficitaria (Flanagan, 1997), rendendo la cute più suscettibile alle contusioni e predisponendola a questo tipo di lesioni.

Non da ultimo, spesso nei soggetti anziani il ritorno venoso è compromesso, con conseguente edema degli arti inferiori. L'edema agisce sia nei meccanismi di formazione delle LC, rendendo più tesa una cute già atrofica e sottile, sia ostacolando la guarigione (Jones & Sanders, 1983).

Le lacerazioni pretibiali vedono protagonista in proporzioni significativamente rilevanti la popolazione femminile (Tandon e Sutherland, 1973, cit. in Jones & Sanders, 1983); si ritiene che la differente incidenza fra i sessi da una parte rifletta l'aumentata longevità delle donne rispetto agli uomini, e dall'altra la maggiore protezione offerta dai pantaloni rispetto alle calze/collant (Foroughi & Nouri, 1990). Inoltre l'assottigliamento dell'epidermide che viene riportato dopo i 70 anni appare più consisten-

REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

te nelle donne che negli uomini, complice la menopausa (Richey et al., 1988).

Oltre all'età e al sesso, un altro fattore di rischio molto comune per le lacerazioni pretibiali è l'assunzione a lungo termine di steroidi che esercitano un influsso doppiamente negativo. Infatti tendono a inibire la sintesi di collagene, determinando l'atrofia della cute (Norman et al., 1980), ed è dimostrato che sopprimono la risposta infiammatoria, ritardando la riparazione tissutale (McCulloch et al., 1995; Hunt et al., 1969). La combinazione di tutti questi elementi, compresa la particolarità della sede anatomica in cui insorgono le lacerazioni pretibiali, interferisce con la progressione del normale processo di riparazione tissutale (Shankar & Koo, 1987). In questo contesto, non risulta strano che alcuni Autori (Jones & Sanders, 1983) suggeriscano che tra tutte le ferite dei tessuti molli questo tipo in particolare è il più difficoltoso da trattare; in letteratura è segnalato e nella pratica clinica gli Autori hanno riscontrato che queste lesioni tendono a evolvere in ulcere croniche degli arti inferiori (Shankar & Koo, 1987), impiegando mesi di trattamento per guarire (Grant, 1993).

LA PREVENZIONE: LE STRATEGIE ASSISTENZIALI

Data la complessità della popolazione a rischio, assume un'importanza ancora maggiore minimizzare l'incidenza di LC pianificando la prevenzione e l'educazione di pazienti e operatori (Dealey, 1999) (Tab. 1). È pertanto importante:

- identificare i soggetti a rischio di sviluppare LC (Tab. 1) segnalandoli sugli strumenti di raccolta dati e di pianificazione assistenziale;
- prevedere nel protocollo relativo alle cure igieniche un'adeguata cura della cute mediante l'impiego di prodotti idratanti ed emollienti, poiché una cute idratata e nutrita è meno predisposta alle lacerazioni. *I prodotti in crema sono più indicati delle lozioni;*
- utilizzare corrette tecniche di posizionamento, evitando di esercitare trazione sugli arti; durante i trasferimenti, sollevare il soggetto per prevenire le forze di taglio e frizione. È consigliabile usare una traversa o un telino anti-frizione per riposizionare i pazienti nel letto;
- assicurarsi che il personale sanitario e socio-assistenziale comprenda l'importanza di una delicata e attenta manipolazione

Tabella 1 - I soggetti a rischio di contrarre LC.

- anziani
- pazienti affetti da morbo di Parkinson
- pazienti immunocompromessi
- utilizzo di steroidi
- presenza di malattie dermatologiche
- presenza di edemi imponenti
- fumo
- persone con stato confusionale
- predisposizione alle cadute
- fattori contribuenti (presidi per la deambulazione assistita, cadute, auto-mutilazioni)

dei soggetti anziani con fragilità cutanea. Una manovra brusca o una presa troppo energica possono provocare una LC. Il personale che presta assistenza diretta non dovrebbe indossare anelli, braccialetti, ecc., che potrebbero causare involontarie LC;

- i manici delle padelle, i braccioli e i pedali delle carrozzine e ogni altra attrezzatura usata per i soggetti a rischio dovrebbe essere protetta/imbottita per evitare che il soggetto urti accidentalmente contro una superficie contundente;
- è consigliabile far indossare ai soggetti a rischio pantaloni e abiti a maniche lunghe per assicurare uno strato di protezione;
- creare un ambiente sicuro e protetto per minimizzare il rischio dei pazienti di cadere, sbattere contro mobili, ecc.;
- non applicare cerotti o altre medicazioni adesive (film in poliuretano, idrocolloidi, ecc) direttamente su cute fragile. Preferi-

re medicazioni non adesive come schiume in poliuretano, alginati, medicazioni a bassa aderenza, ecc. Assicurarsi che il personale di assistenza dedicato al cambio delle medicazioni abbia conoscenze e competenze per una rimozione atraumatica. Ancorare le medicazioni con bendaggio non adesivo o rete elastica tubolare;

- in caso sia indispensabile utilizzare un cerotto, scegliere un tipo di collante non aggressivo applicandolo senza tensione;
- quando necessario, utilizzare nei pazienti a rischio un ago canula (venflon) per la terapia parenterale, non fissarlo con un cerotto, ma preferire un bendaggio autoaderente non adesivo (ad esempio Bi-Half®).

LA CLASSIFICAZIONE DELLE LC

Le LC sono classificate in "lesioni a spessore parziale" quando l'epidermide è separata dal derma, e in "lesioni a tutto spessore" quando l'epidermide e il derma sono separati dalle strutture anatomiche sottostanti. Non è corretto invece documentare le LC – come spesso avviene – usando la classificazione propria delle Lesioni da Decubito. A questo scopo, sul finire del 1980 Payne e Martin hanno sviluppato un sistema di classificazione specifico. Non esistono dati circa la diffusione di tale sistema di classificazione e nella nostra esperienza questa scala di valutazione risulta sconosciuta ai più. Tuttavia, gli elementi presi in considerazione dagli Autori consentono di valutare dal punto di vista clinico le LC, fornendo indicazioni utili per la selezione del tipo di trattamento più appropriato, e di monitorare la risposta agli interventi terapeutici. In base alla perdita di tessuto occorsa (assente, parziale, totale), le LC vengono suddivise in tre categorie principali (Tab. 2).

Tabella 2 - Classificazione di Payne-Martin per Skin Tear (in Baranoski, 2000).

Categoria I	I margini della skin tear possono essere approssimati; non vi è perdita tissutale Tipo A: lineare Tipo B: con lembo
Categoria II	Quantità variabile di perdita tissutale Tipo A: scarsa perdita tissutale < 25% Tipo B: moderata perdita tissutale >25%
Categoria III	Perdita tissutale completa; assenza di fap epidermico

GLI INTERVENTI TERAPEUTICI

È stato dimostrato che un soggetto che sviluppa una LC, nonostante la messa in atto di misure preventive, per avere un tasso accettabile di guarigione deve essere valutato precocemente (entro 6 ore dall'evento), oltre che godere di una gestione locale ottimale.

Gli interventi terapeutici si dividono in chirurgici o conservativi. La scelta di adottare l'uno o l'altro si baserà sulla valutazione sia delle condizioni della LC sia di quelle del soggetto, in un approccio di tipo olistico alla cura del soggetto e non solo della lesione. È consigliabile indagare l'anamnesi remota, le eventuali allergie, la terapia farmacologica in corso (Pudner, 1997). Condizioni cliniche quali diabete mellito, anemia, malnutrizione, uso di corticosteroidi, sono ben note per la loro interferenza con il processo di riparazione tissutale (O'Hare, 1998).

La valutazione della LC è di tipo clinico, e include l'eziologia, la data d'insorgenza, le misure di primo soccorso, la superficie d'estensione e la presenza/assenza di flap cutanei vitali (Bradley, 2001) (Tab. 3).

La data d'insorgenza della lesione gioca un ruolo determinante nella gestione delle LC, dato che il rischio di infezione è direttamente proporzionale all'età della lesione (Young, 1997). Si è osservato che nella maggioranza delle LC complicate da infezione, l'intervallo fra ferimento e primo soccorso era superiore a 6 ore, durante le quali la ferita è esposta ad un alto rischio di contaminazione e il flap cutaneo va incontro a disidratazione e conseguente necrosi. L'infezione resta la complicanza più comune e grave di una semplice lacerazione (Moscati et al, 1998, cit. Small, 2000). La detersione delle LC ha lo scopo di pre-

venire l'infezione ed eliminare tutti i detriti e i corpi estranei contaminanti (Dealey, 1999). In passato, le soluzioni antisettiche venivano utilizzate di routine per disinfettare le lesioni traumatiche "pulite" allo scopo di ridurre la carica batterica (Pudner, 1997).

Tuttavia, l'uso di tali soluzioni recentemente è stato screditato (Small, 2000). Per poter esplicitare la loro azione battericida gli antisettici necessitano di un prolungato tempo di contatto con il letto della ferita; inoltre vengono inattivati dalla presenza di materiale organico come sangue, pus (Miller, 1994 cit. Williams, 1996). Attualmente all'uso di antisettici è da preferire la soluzione salina (0,9% NaCl). Young (1997) raccomanda di irrigare le lesioni esercitando una pressione in grado di rimuovere i detriti dal letto della lesione.

Infine, è raccomandabile verificare lo stato della vaccinazione antitetanica dei soggetti portatori di LC. La profilassi antibiotica viene effettuata di rado, dato che l'antibiotico deve essere somministrato entro 3 ore dal ferimento perché sia di effettivo beneficio (Leaman, 1991).

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO

La "classica" LC, caratterizzata da un lembo triangolare, generalmente ha un ridotto apporto vascolare. La prima condizione per tentare un'efficace rivascolarizzazione del lembo è che essa sia eseguita in tempi immediatamente successivi al ferimento. L'approccio chirurgico consiste nell'esecuzione di un innesto cutaneo a spessore totale per ricoprire il difetto di sostanza (Mandel, 1981). L'intervento comprende il *debridement* e l'emostasi della ferita, il prelievo da un sito donatore e l'applicazione

di una medicazione ad entrambi i siti (McGregor, 1995).

Tra le varie metodiche descritte, citiamo quella in cui viene praticato un immediato *debridement* dei tessuti non vitali, seguito da un innesto cutaneo in anestesia generale, con la quale si riporta un tempo medio di guarigione di 27 giorni (Jones & Sanders, 1983). Budny et al. (1993) hanno dimostrato che questo periodo di tempo può essere ulteriormente accorciato se, dopo l'innesto, viene incoraggiata una precoce mobilizzazione. La mobilizzazione riduce i rischi di trombosi venose profonde e influenza positivamente il senso di benessere (Bradley, 2001).

Il *debridement*, l'innesto cutaneo posticipato oppure un immediato innesto "a rete" in anestesia locale, sono i cardini di due procedure ambulatoriali con un tempo medio di guarigione di 14/24 giorni (Jones & Sanders, 1983). In alcune realtà si richiede un periodo di riposo di oltre 12 giorni con gli arti in scarico. Un simile comportamento non trova giustificazione, non solo per i danni provocati dall'allettamento prolungato, ma anche perché è stato dimostrato che la mobilizzazione precoce nell'anziano non modifica gli esiti dell'innesto cutaneo (Budny, 1993). In alternativa alle precedenti, la metodica proposta da Fowroughi e Nouri (1990) sfrutta i lembi cutanei prelevati dall'area lesionata per eseguire un innesto a tutto spessore, con il vantaggio di evitare il trauma di un sito donatore. Il tempo medio di guarigione riportata è di 31 giorni.

Tuttavia, l'approccio chirurgico implica l'ospedalizzazione del soggetto, la somministrazione di una anestesia generale o locale, l'allettamento, elementi che pongono una serie di problemi e dovrebbero essere evitati nei soggetti anziani (Christian, 1983). A ciò si aggiungono le difficoltà sperimentate nella guarigione dei siti donatori che sono molto dolorosi e producono più essudato di una qualsiasi altra lesione superficiale (Fowler & Dempsey, 1998). Inoltre, come Leaman (1991) osserva, nella maggioranza dei casi i portatori di LC non vogliono essere ospedalizzati o sottoposti a un intervento chirurgico. Potrebbe anche accadere che da una parte le condizioni cliniche della LC siano tali da richiedere l'intervento chirurgico, ma che dall'altra lo stato generale di salute del paziente renda controindicato o impraticabile l'intervento stesso.

Tabella 3 - La valutazione delle LC

Classificazione (Payne-Martin)
Localizzazione (arti superiori o inferiori, altre sedi)
Dimensioni (lunghezza, larghezza, profondità)
Sanguinamento (assente, scarso, medio, abbondante)
Presenza/assenza di flap epidermici vitali
Stato trofico della cute perilesionale (fragilità, edema, ecc.)
Quantità di essudato (assente, scarso, medio, abbondante)
Infezione?
Lacerazione estesa/profonda che necessita di riparazione chirurgica?
Intervallo fra ferimento e primo soccorso (< di 6 ore, > di 6 ore)

REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO (CON MEDICAZIONI)

L'approccio conservativo ha come obiettivo di promuovere la guarigione della LC con la minima quantità di trauma possibile per la lesione, ma soprattutto per il paziente. Il trattamento comprende il *debridement*, l'evacuazione dell'ematoma, il riposizionamento dei lembi vitali sulla ferita i quali vengono suturati o meglio ancora fissati con Steristrips® (Bradley, 2001). Marden (1983) osserva che questo è il protocollo adottato nel Pronto Soccorso, con un tempo medio di guarigione di 25\31 giorni, comparabile a quello di approcci più aggressivi (trattamento chirurgico). È tuttavia innegabile che ci saranno dei casi in cui la perdita tissutale sarà tale da rendere necessario l'innesto cutaneo, ma essi rappresentano una piccola percentuale nella casistica totale (Christian, 1983).

In generale, si può affermare che la strategia più vantaggiosa per gestire una LC è di approssimare i lembi cutanei per realizzare una guarigione per prima intenzione (Dealey, 1999): la rimozione del *flap* cutaneo subito dopo il trauma non solo è un'operazione obsoleta, ma anche priva di fondamento.

Nelle LC è preferibile l'uso di Steristrips® in opposizione alla sutura chirurgica (Jones e Sanders, 1983) la quale tende a mettere in eccessiva tensione i lembi cutanei oltremodo friabili e già traumatizzati, portando alla formazione di tessuto necrotico molle (*slough*) e necrosi dei lembi stessi (Crawford & Gipson, 1977). In particolare, uno studio ha dimostrato che le lacerazioni pretibiali suturete guariscono più lentamente rispetto a quelle chiuse con Steristrips® (Sutton & Pritty, 1985). Dovrebbe essere lasciato un minimo di spazio tra i vari cerotti allo scopo di consentire il libero drenaggio dell'essudato; è raccomandabile che essi siano lasciati in situ fino al loro spontaneo distacco (Cockerill & Sweet, 1993) o comunque per un periodo minimo di 7\10 giorni.

Le LC in cui si è verificata una perdita parziale (da media a grande) o totale di tessuto – e cioè appartenenti alla Categoria II e III – guariscono per granulazione e riepitelizzazione attraverso l'uso di medicazioni. In caso di LC non complicata si raccomanda di lasciare la lesione il più indisturbata possibile, mentre una LC infetta ha bisogno di essere detersa e medicata ogni giorno applicando una medicazione antisettica a bassa aderenza (Leaman, 1991). Il

trend attuale è quello della guarigione in ambiente umido, poiché è stato dimostrato che i tempi di guarigione sono dimezzati (Cockerill & Sweet, 1993). La ricerca tuttavia deve ancora dimostrare quale sia la medicazione ottimale per le LC.

È stato condotto uno studio (Meuleneire, 1999) su una medicazione non aderente al silicone in LC non complicate appartenenti alla Categoria I e II (erano incluse solo lesioni a minima perdita tissutale). L'Autore afferma che questo particolare tipo di medicazione è in grado di mantenere correttamente il *flap* in posizione evitando l'impiego degli strips adesivi, e di restare in situ fino alla completa guarigione della LC che è dichiarata essere di otto giorni. In caso di LC particolarmente essudanti, l'Autore raccomanda di applicare una compressa assorbente sopra la medicazione al silicone così da assorbire l'essudato il cui eccesso potrebbe causare la fluttuazione del *flap*, impedendo che esso aderisca al letto della lesione e ritardando quindi la guarigione. La compressa assorbente, ancorata con un bendaggio, potrebbe essere cambiata – se necessario – anche una volta al giorno senza rimuovere la medicazione primaria, e quindi senza disturbare il letto della lesione (Meuleneire, 1999).

L'applicazione di bendaggi compressivi in caso di lacerazioni pretibiali, con o senza una componente di insufficienza venosa, viene consigliata quale opzione di trattamento non chirurgico. È in corso uno studio prospettico e comparativo nel quale si ipotizzano tempi di guarigione minori per il gruppo di pazienti nei quali le lacerazioni pretibiali sono trattate con un bendaggio a 4 strati. Se tale ipotesi verrà confermata, si avrebbe una riduzione dei tempi di assistenza e dei costi complessivi di trattamento. Per evitare complicanze – dalla formazione di lesioni cutanee fino all'amputazione dell'arto (Callam et al., 1987) –, prima di applicare il bendaggio si deve indagare il paziente per verificare la presenza di patologie arteriose significative.

FASE 1. Emostasi e detersione della lesione

1. Irrigare la LC con soluzione salina o un altro detergente non citotossico.
2. Assicurare il controllo dell'emorragia attraverso l'applicazione di una delicata compressione o una medicazione di alginato di calcio.

FASE 2. Cura del lembo cutaneo

1. Rimuovere qualsiasi coagulo di sangue dalla parte inferiore del lembo cutaneo

e del letto della lesione per assicurare un buon contatto tra il lembo ed il letto della lesione quando il lembo viene riposizionato.

2. Non tendere la pelle dato che ciò potrebbe causare ulteriori danni (Coleman, 2001).
3. Se sono disponibili *flap* vitali, approssimare i lembi lacerati ricostruendo per quanto possibile il tessuto originario, quindi fissare con Steristrips®. Anche se il lembo non dovesse colmare l'intera lesione, il riposizionamento incrementa le possibilità del suo attecchimento al letto della lesione.
4. Se non sono disponibili *flap* vitali, procedere all'eliminazione dei tessuti devitalizzati.

FASE 3. La scelta della medicazione

1. Non applicare medicazioni adesive direttamente su cute fragile in quanto la loro rimozione potrebbe essere fonte di ulteriori lesioni. Preferire medicazioni a bassa aderenza che possono essere ancorate con bendaggi, reti tubolari elastiche, ecc.
2. Quando si procede alla rimozione della medicazione, accertarsi di non interferire con il processo di riparazione e di non danneggiare la cute perilesionale. Particolare attenzione deve essere posta per non disturbare i lembi cutanei riposizionati.
3. Scegliere il tipo di medicazione più appropriato alle condizioni della ferita; la medicazione dovrebbe essere in grado di assorbire l'essudato in eccesso e mantenere il letto della ferita costantemente umido secondo gli attuali principi scientifici.
4. In caso di LC scarsamente essudanti in soggetti con fragilità cutanea, applicare una medicazione a bassa aderenza, oppure a base di idrogel per conferire umidità. Fissare con bendaggio non adesivo o rete tubolare elastica.
5. In caso di LC con essudato scarso o assente e uno stato trofico relativamente buono, applicare un film semipermeabile di poliuretano oppure idrocolloide. Contrassegnare l'esterno della medicazione con delle frecce per indicare in quale direzione rimuovere la medicazione (es., la direzione opposta a quella in cui il lembo cutaneo si è sollevato) può contribuire a ridurre ulteriori traumi (Coleman, 2001; Everett e Powell 1994).

6. In caso di LC con essudato abbondante e un'estrema fragilità della cute perilesionale, applicare una schiuma di poliuretano non adesiva, alginato, idrofibra, e fissare con bendaggio non adesivo, rete elastica tubolare, ecc.
7. Se vi è il timore che la ferita sia contaminata si raccomanda di osservare la lesione quotidianamente per i primi 5 giorni per escludere l'infezione. Nel caso che le LC mostrino criteri clinici d'infezione (essudato abbondante, area perilesionale eritematosa, calda e dolente) non applicare medicazioni occlusive ma utilizzare medicazioni antisettiche a bassa aderenza da rinnovare quotidianamente.
8. Documentare il tipo/categoria di LC e gli interventi effettuati. Fotografare le LC previo consenso informato del paziente.

CONCLUSIONI

Il percorso di guarigione di una *skin tear* è influenzato da un'insieme di fattori contestuali, come evidenziato nell'articolo. La gestione di queste lesioni pertanto non può essere a "senso unico", ma dovrebbe abbracciare un approccio sfaccettato i cui cardini sono una corretta valutazione che si avvalga anche di specifici sistemi di classificazione, nonché di regimi di trattamento standardizzati che tengano conto dei più recenti risultati delle ricerche disponibili, anche se la prevenzione resta come sempre la strategia più efficace.

BIBLIOGRAFIA

- Baranoski S. Skin Tears: Staying on Guard Against the Enemy of Frail Skin., *Nursing* 2000, vol. 30, no. 9:41-46.
- Bradley L. (2001) Pretibial lacerations in older patients: the treatment options. *Journal of Wound Care*, 10; 1: 521-523.
- Budny PG, Lavelle J, Regan PJ, Roberts AH, Allen C, Glasziou P, Del Mar C.: Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *Lancet*. 1999 Oct 9;354(9186):1229-33
- Budny P-G., J. Lavelle, P.J. Regan and A. H. N. Roberts: Pretibial injuries in the elderly: a prospective trial of early mobilisation versus bed rest following surgical treatment. *British Journal of Plastic Surgery* 1993 Oct; 46(7):594-8
- Callam, M.J., Ruckley, C.V., Dale, J.J. (1987) Hazards of Compression Treatment of the Leg: An Estimate from Scottish Surgeons. *British Medical Journal*. 295: 1382.
- Christian M.S. (1983) Pretibial injuries: a common pitfall. *British Medical Journal*, 286:502
- Cockerill J., Sweet A. (1993) Nursing management of common accident wounds. *British Journal of Nursing*, 2; 11: 578-582.
- Coleman, K. 2001, Practical management of skin tears. *Woundcare Network*, Issue 6.
- Everett, S. and Powell, T. 1994, Skin tears: The underestimated wounds, *Primary Intention*, Vol. 2, No. 1.
- Crawford, B.S., Gipson, M. (1977). The Conservative Management of Pre-Tibial Lacerations in Elderly Patients. *British Journal of Plastic Surgery*, 30: 174-176.
- Dealey C. (1999) *The Care of Wounds: A Guide for Nurses*, Second Edition. Blackwell Science, Oxford.
- Flanagan M. (1997) *Wound Healing*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Foroughi D., Nouri D.K. (1990). Grafting without a donor site: an easy approach to pretibial lacerations. *Journal of the Royal College of Surgeons (Edinburgh)*, 35: 245-247.
- Fowler A. Dempsey A. (1998). Split thickness skin graft donor sites. *Journal of Wound Care*, 7; 8: 399-402.
- Grant D.A. (1993) "Treating pretibial lacerations in elderly patients." *British Journal of General Practice*, 43; 369: 174.
- Hunt T.K. (1969). The effect of Vitamin A on Reversing the Inhibitory Effects of Cortisone on Healing of Open Wounds in Animal and Man. *Ann. Surg.* 170(4): 633-641.
- Jones B.M., Sanders R. (1983). Pretibial injuries: a common pitfall. *British Medical Journal*, 286: 502.
- Leaman A.M. (1991). Wound care in the accident and emergency department. *Hospital Update*; 17; 5: 442-448.
- Marsden A.K. (1983) Pretibial injuries: a common pitfall. *British Medical Journal*, 286:502.
- Mandel, M.A. (1981). The Management of Lower Extremity Degloving Injuries. *Annals of Plastic Surgery*. 6: 1.
- McCulloch, J.M., Kloth, L.C., Feedar, J.A. (1995) *Wound Healing: Alternatives in Management*. F.A. Davis Company, Philadelphia. McGregor, I.A.
- McGregor, A.D. (1995) *Free Skin Grafts. Fundamental Techniques of Plastic Surgery and their Surgical Application*. (9th Ed.). Churchill and Livingstone.
- Meuleneire F. (1999). Treatment of skin tears with a silicone-coated dressing. *Molnlycke Health Care*.
- O'Hare L. (1998). A strategy for wound management. *Practice Nurse* 1998, 16; 3: 157-160.
- Norman, L. et al (1980). Spontaneous skin tearing during systemic corticosteroid treatment. *Journal of the American Medical Association*; 243: 12.
- Pudner R. (1997). Managing traumatic wounds. *Journal of Community Nursing* 11; 11: 32-37.
- Small V. (2000). Management of cuts, abrasions and lacerations. *Nursing Standard*, 15; 5: 41-44.
- Richey, M.I., Richey, H.K., Fenske, N.A. (1988). Ageing-Related Skin Changes: Development and Clinical Meaning. *Geriatrics*. 43: 49-64.
- Shankar, S., Koo, C.T.K. (1987). Lower Limb Skin Loss: Simple Out-Patient Management. *Archives of Emergency Medicine*. 4: 187-192.
- Small V. Management of cuts, abrasions and lacerations. *Nurs Stand. Review* Oct 18-24; 15(5):41-4, 2000.
- Sutton R. Pritty P. (1985). Use of sutures or adhesive tapes for primary closure of pretibial lacerations. *British Medical Journal*, 1: 290.
- White, W. 2001. Skin tears: a descriptive study of the opinions, clinical practice and knowledge base of RNs caring for the aged in high care residential facilities. *Primary Intention*, Vol. 9, No. 4.
- Williams C. (1996). Irriclen: a sterile wound cleanser in an aerosol can. *British Journal of Nursing*, 5; 16: 1008-1010.
- Young T. (1997). Wound care in the accident and emergency department. *British Journal of Nursing*, 6; 7: 395-401.