

ISSN 1723 - 7750

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

*L*UOGHI DELLA CURA



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

Anno III - N. 3 - settembre 2005 - Trimestrale

21 settembre 2005 – XII Giornata Mondiale Alzheimer “We can make a difference”

La ricorrenza in settembre della giornata mondiale dell'Alzheimer suscita qualche riflessione, stimolata anche dal convegno di "Alzheimer Europa" tenutosi in Irlanda dal 9 al 12 giugno e dalla pubblicazione dei nuovi dati sull'incidenza della demenza in Italia, tutti eventi che ci richiamano ad una nuova e diversa responsabilità verso questi malati (nel senso etimologico del "respondere"). Il convegno europeo, promosso dal coordinamento delle associazioni dei familiari, ha dato spazio in modo pressoché esclusivo ai temi sociali e psicologici, con scarso rilievo per quelli medici e nessuno per quelli biologici legati alla ricerca di base. Il tema dominante, che ha caratterizzato un po' tutto il congresso, è stato quello dello "stigma" negativo che accompagna la diagnosi di demenza e che si trasferisce poi ai malati e alla famiglia e li accompagna nella fase post diagnostica. Paradigmatica a questo proposito è la frase di Mary Marshall laddove afferma che "la maggior parte delle diagnosi apre le porte della cura, la diagnosi di demenza invece spesso le chiude". Altre tematiche ricorrenti annesse a questa sono state la comunicazione della diagnosi e la necessità e possibilità della diagnosi precoce, entrambe viste soprattutto come momento di rispetto e di promozione della dignità del malato. L'esigenza di una battaglia culturale per un diverso pensiero comune sui malati e sulla demenza, si è concretizzata anche con la partecipazione dei malati stessi. Nel corso del convegno ben quattro di loro hanno preso la parola di fronte a centinaia di persone, propugnando un maggior ascolto dei loro bisogni e preferenze, ma anche comunicando il loro dramma personale creando così momenti di emozione intensa e partecipata. La necessità di rispetto e valorizzazione della persona parte, sempre, dalla comunicazione della diagnosi, per la quale è auspicabile lo sviluppo anche di tecniche migliori per questa difficile comunicazione. È spiaciuto, in questo clima, percepire una cer-

ta aria di fronda antimédica, non certo nuova né utile, da parte di alcuni sociologi britannici che, evidentemente, vivono male la competizione con i sanitari per l'assegnazione delle risorse per ricerche e servizi.

Il programma del convegno non prevedeva nessun italiano fra i relatori invitati e, d'altronde, gli italiani erano pochissimi anche fra i partecipanti. Un altro segnale del nostro arretrare a livello europeo? In realtà l'impressione è che, accanto ad un certo sciovinismo anglosassone, vi sia un certo ritardo delle scienze sociali e psicologiche italiane nell'occuparsi della demenza, come risulta anche dal panorama dei contributi internazionali sul tema; ai sociologi e psicologi italiani quindi l'onere di modificare per il futuro questa situazione, creando anche migliori legami con i diretti interessati e le loro associazioni.

Un secondo spunto di riflessione, non disgiunto dal precedente, riguarda i nuovi dati sull'incidenza della demenza in Italia forniti da uno studio condotto fra il 1999 e il 2004 su un'area vicina a Bologna e pubblicato sul numero di maggio di *Neurology* (Ravaglia et al., 2005). Lo studio, recente e ben condotto, cambia i numeri e rileva una incidenza per 1.000 persone anno pari a 37,8 (95% CI = 30,0-47,7) per la demenza in generale, a 23,8 (95% CI = 17,3-31,7) per la malattia di Alzheimer e a 11,0 (95% CI = 7,2-16,9) per la demenza vascolare; questo porta a ipotizzare più di 400.000 nuovi casi all'anno in Italia (precedenti studi europei, pubblicati nel 1999, proponevano valori di incidenza del 20 per mille per anno (Andersen et al., 1999), mentre alcuni studi italiani parlavano di un 10 per mille per anno) (Di Carlo et al., 1999).

Che fare? La giornata mondiale Alzheimer del 21 settembre ci richiama ad una riflessione ulteriore: vi saranno certamente iniziative e prese di posizioni nazionali, come quelle della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, ma si sa che moltissime iniziative locali avranno luogo in concomitanza con questa data. Questo è un

bene, perché una parte della cura necessita di radicarsi nella comunità, nel territorio dover poter creare esperienze innovative ed economicamente sostenibili. Anche nel convegno di Alzheimer Europa si è data molta enfasi a questo "bricolage" comunitario della realizzazione di esperienze capaci di mobilitare e utilizzare la solidarietà delle situazioni locali.

Certamente, per migliorare il futuro dei malati di demenza vi sono energie umane ed economiche che possono raccogliere solo centri specialistici di rilievo nazionale e internazionale, qualificati ed eccellenti, capaci di produrre ricerca clinica e di base. Ma vi sono anche altre e numerosissime energie umane ed economiche che trovano la loro dimensione migliore nella comunità locale, come parte di una solidarietà tangibile, quasi fisica, fatta di vicinanza e di sentimenti positivi di prossimità. Sempre più per il futuro non si potrà fare a meno di queste risorse, per piccole che siano. La necessità di "accampare i diritti" dei malati di demenza (il tema della "advocacy" era ben presente al convegno europeo) e rivendicarne il posto nella società è uno dei compiti di chi, per necessità di vita o scelta professionale, si trova a prestare cure a questi malati. I numeri riportati dall'articolo di *Neurology* sulla situazione italiana sono più che preoccupanti. Una proposta per affrontarli consiste nello sviluppare soprattutto un "artigianato" locale di partnership, che tenga conto delle specificità di ogni territorio, sviluppando colle-

gamenti saldi con i centri specialistici che dimostrano di possedere capacità di ricerca e di innovazione, come già era programmato quasi dieci anni fa nel "Piano Alzheimer" di alcune regioni, tra cui la Lombardia, con grande capacità di intuizione e preveggenza. Noi, da parte nostra, invitiamo a comunicarci queste "soluzioni locali" e cercheremo di dargli voce e rilievo per ciò d'innovativo che porteranno. In fondo siamo nati anche per questo.

Antonio Guaita

BIBLIOGRAFIA

Andersen K, Laurer LJ, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Copeland JR, Dartigues JF, Kragh-Sorensen P, Baldereschi M, Brayne C, Lobo A, Martinez-Lage JM, Stijnen T, Hofman A. Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: The EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group. *Neurology* 1999; 53(9):1992-7.

Di Carlo A, Baldereschi M, Inzitari D, Amaducci L. Dementias, the dimension of the problem: epidemiology notes, in: Govoni S, Bolis C.L., Trabucchi M. *Dementias: biological bases and clinical approach to treatment*, Springer Verlag Italia, Milano 1999 pp. 1-18.

Ravaglia G, Forti P, Maioli F, Martelli M, Servadei L, Brunetti N, Dalmonte E, Bianchin M, Mariani E. Incidence and etiology of dementia in a large elderly Italian population. *Neurology*, 2005; 64: 1525-1530.

Quali servizi residenziali per il disabile che invecchia?

Renzo Bagarolo

Piccola Cottolengo Don Oriano, Milano

In questi anni con l'invecchiamento della popolazione generale (l'aspettativa di vita in Italia nel 2004 è di 83,1 anni per le femmine e 76,8 anni per i maschi) stiamo assistendo all'invecchiamento della popolazione disabile, un fenomeno inaspettato e per certi versi impreveduto, che seppur d'entità numericamente limitata, non può essere trascurato da chi si occupa di anziani, fragilità e cure.

I disabili in Italia con età ≥ 6 anni sono circa il 5% della popolazione (ISTAT, 2002); in questo dato sono compresi sia i disabili portatori di handicap che gli anziani non autosufficienti, è quindi difficile avere un dato affidabile del numero dei disabili portatori di handicap separato da quello degli anziani. Negli Stati Uniti la prevalenza della popolazione con handicap è stata stimata nell'1,6 % di tutta la popolazione, di cui l'1% è costituito da persone con ritardo mentale (Goldstein, 1999); in Lombardia i disabili sono l'1,2% della popolazione (circa 100.000 persone), escludendo gli anziani diventati disabili.

L'aspettativa di vita del disabile sta aumentando, negli USA nel 1993 l'età media della popolazione generale

era di 70 anni, quella dei disabili con ritardo mentale di 66 anni, inoltre, come dimostra uno studio australiano, la gravità del ritardo mentale può influenzare la sopravvivenza (ritardo mentale lieve 74 anni, moderato 67,6 anni, grave 58,6 anni) (Bittles, 2002).

Le fragilità di anziani e disabili sono diverse: nelle persone con handicap la disabilità è una condizione di svantaggio causata da un danno alla nascita o che si manifesta/sviluppa prima dei 18 anni e accompagna la persona per l'esistenza ("stigma" sociale), diversa quindi dalle disabilità acquisite, dovute a traumatismo o correlate all'invecchiamento, che caratterizzano una parte, piccola o grande, ma non tutta l'esistenza di una persona (Tab. 1). Nel disabile che invecchia la perdita delle abilità, delle autonomie residue ed il decadimento cognitivo, possono intervenire più precocemente rispetto alla popolazione generale sia per motivi specifici di condizione patologica che per una situazione di sostegno socio-assistenziale non adeguato. Se la soglia anagrafica d'invecchiamento è convenzionalmente indicata a 65 anni d'età, nel disabile questa può essere posta fra i 40 ed i 50 anni

Tabella 1 - Differenze fra le diverse fragilità

Disabile	Anziano
Prevalenza stabile o in riduzione	Prevalenza in aumento
La fragilità è una condizione esistenziale	La fragilità diventa una nuova condizione esistenziale solo di una fase della vita
Le riserve funzionali sono da sempre ridotte	La fragilità è acquisita per condizione sociale, patologica, funzionale
Maggiore stabilità e minore complessità clinica	Elevata instabilità e complessità clinica
Importanza dell'aspetto relazionale (relazione terapeutica)	Problemi relazionali per patologia (es. demenza, depressione, ecc.)
Importanza dell'intervento abilitativo e della capacità adattativa al contesto	Importanza dell'intervento riabilitativo e della capacità di compenso

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Tabella 2 - *Disabili e anziani ospitati in presidi residenziali socio-assistenziali in Italia (ISTAT 1999)*

	Disabili			Anziani non autosufficienti > 65 anni	Totale
Età	< 18	18 - 64	Totale		
Maschi	1.316	11.163	12.479	32.082	44.561
Femmine	900	11.270	12.170	108.807	120.977
Totale	2.217	22.433	24.650	140.889	165.599

(ad esempio 40 anni per la sindrome di Down e 50 per il ritardo mentale). Oggi in Italia circa un terzo dei disabili con handicap adulti/anziani è istituzionalizzato, gli altri 2/3 vivono in famiglia o in altri contesti sostenuti da famiglia e servizi (Famiglia propria 1,9%, Famiglia di origine 42,6%, Comunità alloggio 14,3%, Istituto 41,3%, come risulta da un'indagine condotta su un gruppo di 483 disabili adulti (Ruggerini, 2004) (Tab. 2).

Il bisogno di lungo-assistenza per l'handicap in residenza è rappresentato, oggi, prevalentemente da una coorte di disabili istituzionalizzati che contrariamente alle attese, come abbiamo visto, sopravvive e invecchia. Avanza poi una richiesta di residenzialità, diversa dall'istituzionalizzazione classica, da parte di familiari anziani non più in grado di farsi carico al domicilio di figli disabili invecchiati. La rete dei servizi per disabili è in grande trasformazione, i profondi cambiamenti culturali sulle problematiche dell'handicap, il minor ricorso all'istituzionalizzazione e la

necessità di una risposta integrata ai bisogni socio-sanitari hanno indotto a costruire reti sempre più articolate e integrate per rispondere meglio ai nuovi bisogni di cure di "lungo-assistenza". Anche la proposta di residenzialità deve tenere conto di un progetto di vita del disabile coerente ed in continuità con l'esperienza esistenziale precedente. Ciò nonostante molte reti di servizi per disabili rischiano di rispondere in modo inadeguato al problema dell'invecchiamento del disabile, non prevedendo servizi specifici o proponendo soluzioni improprie. Ad esempio, la regione Lombardia, che ha recentemente riformato tutto il sistema dei servizi residenziali per disabili (Tab. 3), prevede che la Residenza sanitaria disabili (RSD) sia destinata a persone con età ≤ a 65 anni, mentre la Residenza sanitaria assistenziale per anziani (RSA) sia destinata ad anziani ultra 65enni. Date le premesse, il disabile che invecchia rischia di uscire dal sistema di cure dell'handicap ad impronta più

Tabella 3 - *Rete dei Servizi per Disabili in Lombardia (rielaborazione da tabella regionale)*

Area sanitaria		Area sociale	
Servizio tutelare	Medico di base e Voucher sanitario (A.D.I.)	Assistenza domiciliare	Voucher sociale
Diurnato	Centro diurno disabili (CDD)	Centro socio-educativo (CSE)	Inserimento lavorativo (SFA)
Residenzialità autonoma		Mini alloggi e residenzialità integrata	
Residenzialità protetta	Residenza sanitaria disabili (RSD)	Comunità socio-sanitaria (CSS)	Comunità di accoglienza (CA)
Riabilitazione	Riabilitazione specialistica, generale/geriatrica, mantenimento		
Ospedale	Servizio D.A.M.A. (Disabile advanced medical assistance) e Divisioni specialistiche		

pedagogica/abilitativa per entrare nella rete di servizi dedicati all'anziano fragile di tipo più sanitario-assistenziale. I servizi residenziali per anziani sono spesso impreparati e inadeguati ad accogliere i disabili invecchiati, generalmente più giovani (età media intorno ai 60-70 anni) rispetto al resto dei residenti (età media superiore agli 80 anni), inoltre, il disabile inserito in residenza con altri anziani, porta con sé lo "stigma sociale" ed è spesso oggetto di emarginazione.

L'approccio geriatrico all'anziano fragile non sempre si dimostra sufficiente ad affrontare le problematiche del disabile invecchiato, ed a garantirne la continuità di progetto di vita. I punti di forza e debolezza dell'approccio geriatrico rispetto a quello psico-pedagogico generalmente utilizzato nel disabile sono sinteticamente presentati nella Tabella 4.

Prestare buone cure al disabile invecchiato, richiede quindi, di uscire dalla logica duale dell'approccio psico-pedagogico che privilegia l'aspetto educativo-relazionale (disabile come scolaro) piuttosto che sanitario dove si privilegia l'aspetto della cura della malattia (disabile come paziente). Entrambi possono essere fonte di cattive cure, se le competenze tecnico-professionali diventano l'occasione per "governare" la vita del disabile, fino alla deriva dell'accanimento educativo o terapeutico.

Nel nostro Istituto è stato predisposto da circa un anno un nucleo RSA (caratterizzato come Comunità) che accoglie 20 disabili invecchiati (età media di 72,3 anni e diagnosi prevalente di ritardo mentale moderato), dove si cerca di coniugare il bisogno di cure con i bisogni esistenziali, potremmo definire tale approccio di tipo "pro-

tesico", in cui prevalgono l'atteggiamento di sostegno e accompagnamento della persona. In questo "luogo della cura" vita e cure s'integrano in continuità con il progetto esistenziale di ciascuno, attraverso:

- assistenza e cure competenti da parte di tutte le figure professionali;
- contesto normale e attenzione alle relazioni (ricreare la dimensione di famiglia/comunità);
- supporto adeguato e assistenza compensatoria;
- particolare attenzione al processo decisionale per sviluppare capacità adattative e "assertività" del disabile (affiancamento alla persona/famiglia).

In questo progetto un ruolo importante all'interno dell'équipe professionale è ricoperto dalla figura dell'educatore, non prevista all'interno del servizio RSA, ma figura chiave nei servizi per disabili.

BIBLIOGRAFIA

- Bittles AH et al. The influence of intellectual disability on life expectancy. *J. Gerontol. A. Biol. Med. Sci.* 2002 Jul; 57(7): M470-2.
- Cottini L. Bambini, adulti, anziani e ritardo mentale. Firenze, Ed. Vannini, 2003.
- Goldstein M.Z. Issues affecting the lives of older persons with developmental disabilities. *Practical Geriatrics in Psychiatric Services*. March 1999 Vol. 50 N° 3.
- ISTAT. Le Condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo sulle famiglie. Anni 1999-2000, Roma 2002.
- ISTAT-CENSIS. Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali. Roma, 1999.
- Ruggerini C. et al. La sfida tra sviluppo e ritardo mentale. Milano Ed. Franco Angeli, 2004.

Tabella 4

Approccio psico-pedagogico al disabile	Approccio geriatrico all'anziano fragile
Forza	
Spiccata personalizzazione e progettualità	Utilizzo di metodologia scientifica
Utilizzo della relazione come strumento di intervento	Valutazione multidimensionale e approccio globale
Debolezza	
Debolezza scientifica della metodologia psico-pedagogica	Scarsa personalizzazione ed eccessiva standardizzazione dell'intervento
Ridotto utilizzo degli strumenti di valutazione e attenzione alla multidimensionalità	Rischio di governare la vita delle persone tramite le cure (sanitarizzazione dell'esistenza)
Carente approccio globale	Scarsa attenzione alla relazione

Difficoltà di alimentazione e demenza: proposta di un processo decisionale

Simona Gentile, Daniele Villani

Direzione Medica, Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro (CR)

INTRODUZIONE

La decisione di iniziare l'alimentazione e l'idratazione artificiale (AHN, *artificial hydration and nutrition*) in una persona affetta da demenza è uno dei nodi decisionali più problematici della cura. I pochi lavori clinici che hanno analizzato questo aspetto hanno messo in evidenza come il processo decisionale sia spesso influenzato da fattori che poco o nulla hanno a che fare con la clinica, il benessere del malato, la sua volontà e il parere dei familiari (Mitchell et al., 2003; Gessert et al., 2000; Finucane et al., 1999). Elementi che incidono nella decisione di alimentare artificialmente un malato con demenza severa possono essere le dimensioni dell'istituto (numero di posti letto), i sistemi di finanziamento, l'appartenenza etnica o lo stato civile del malato (Mitchell et al., 2003). Il percorso che conduce a una scelta così importante, capace di condizionare l'ultima fase della vita di una persona (a volte mesi o anche anni), raramente è il prodotto di un percorso decisionale costruito sulle conoscenze scientifiche e rispettoso del malato e della sua famiglia.

Quando si affronta questo argomento sono almeno tre, a nostro parere, le riflessioni preliminari:

- la prima concerne la scarsità di evidenze scientifiche cui fare riferimento e la difficoltà di ottenerne, in un ambito così complesso, dalle connotazioni etiche profondamente marcate e poco attraente per la ricerca (i dati di cui disponiamo concordano peraltro nel ritenere che l'alimentazione artificiale non sia utile nel prevenire lesioni da decubito, polmoniti ab ingestis e nell'allungare la vita, e che un'idratazione equilibrata - a volte erroneamente interpretata come disidratazione - incida positivamente sul dolore, sulla tosse e su altri sintomi) (Finucane et al., 1999; Mitchell et al., 1997; Gillick, 2000; Bennett, 2000; Ganzini et al., 2003);

- la seconda fa riferimento alla cultura palliativista maturata con i malati terminali di cancro o di altre malattie, che ci fornisce preziose indicazioni circa la sensazione di fame e di sete e altre percezioni di fine vita, probabilmente trasferibili per analogia ai dementi (difficile pensare che un malato terminale di demenza abbia esigenze diverse, almeno sul piano neurovegetativo, da quelle di un malato di cancro, e che il rifiuto del cibo che caratterizza questi malati sia estraneo ai dementi);
 - la terza riguarda l'incertezza nel definire la fase terminale della malattia, comune a tutte le malattie degenerative, ma particolarmente accentuata nel caso della demenza che, come si sa, ha un decorso lento, lungo, di durata media ancora controversa (Mölsa et al., 1986; Walsh et al., 1990; Wolfson et al., 2001) con fasi cliniche mal definite e un'aspettativa di vita molto incerta (Mitchell et al., 2004).
- Diventa dunque sempre più pressante, di fronte all'incremento demografico di questi malati e nella logica di un rapporto medico-paziente sempre più orientato all'autodeterminazione, cercare di individuare un pro-



Figura 1 - La prima fase del processo decisionale

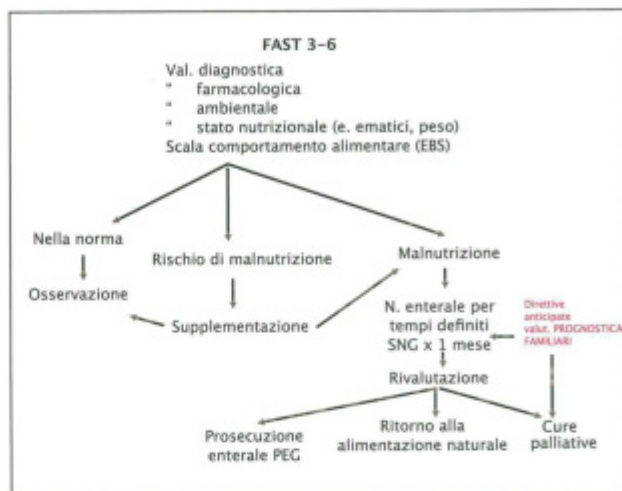


Figura 2 - Pazienti in fase FAST 3-6

cesso decisionale cui fare riferimento qualora, per difficoltà di alimentazione, i malati possano richiedere un intervento, senza essere in grado di esprimere, in quel momento e in quella sede, un'opinione motivata e comprensibile.

La letteratura più recente sul *decision-making* nell'alimentazione artificiale converge su un dato, che ci trova personalmente concordi (The et al., 2002; Monteleoni e Clark, 2004): la necessità che il processo decisionale veda coinvolto il malato (le cui volontà potranno essere espresse in un documento antecedente alla malattia, o desunte dalla sua storia, dalle sue opinioni, dalla sua fede e dai suoi valori di riferimento); i familiari, intesi in senso lato come persone capaci di interpretare i bisogni e la volontà del malato, grazie a una storia personale di consuetudine e legame affettivo; il medico e l'équipe curante, che mai come in questa situazione devono mostrare competenza, cultura, umanità e chiarezza di idee. La presenza contemporanea, armoniosa e non prevaricante di queste tre componenti (malato, familiari, medico) dovrebbe portare alla decisione migliore, rispettosa della volontà, del benessere del malato e coerente con la sua identità personale (Galletti, 2004).

IL PROCESSO DECISIONALE

In qualsiasi forma di demenza si arriva ad una fase in cui la compresenza di svariati problemi clinici e non-clinici rende impossibile un'adeguata alimentazione e idratazio-

ne per vie naturali. Questa fase può essere una conseguenza dell'evoluzione naturale della malattia, oppure può essere causata da malattie intercorrenti. In ogni caso la demenza conduce il malato ad una condizione tale per cui la difficoltà di masticazione, la disfagia, l'anoressia e altre componenti non valutabili (depressione?) non sono risolvibili né farmacologicamente né attraverso l'ausilio di tecniche specifiche di nursing.

Nella Figura 1 è riportata la prima fase del processo decisionale che normalmente prende avvio a partire dalla segnalazione da parte degli operatori o dei familiari, delle difficoltà di alimentazione.

Alla segnalazione deve seguire un'attenta osservazione supportata dalla compilazione, per ogni pasto, di un "diario alimentare" dove venga riportata dagli operatori addetti all'assistenza l'effettiva alimentazione del paziente. Può infatti accadere che l'impressione di un'alimentazione ridotta sia smentita da una più attenta osservazione. In questo caso è comunque necessario mantenere controllato il paziente, poiché proprio la maggior attenzione nei suoi confronti può aver ridotto o addirittura risolto il problema.

Se l'impressione di un apporto alimentare inadeguato si conferma, il percorso decisionale va diversamente orientato in base al livello funzionale del paziente, valutabile con la scala FAST (Reisberg, 1988). Il processo decisionale è infatti diverso per i pazienti in una fase iniziale/intermedia di malattia (FAST 3-6) e per quelli in fase più avanzata (FAST 7).

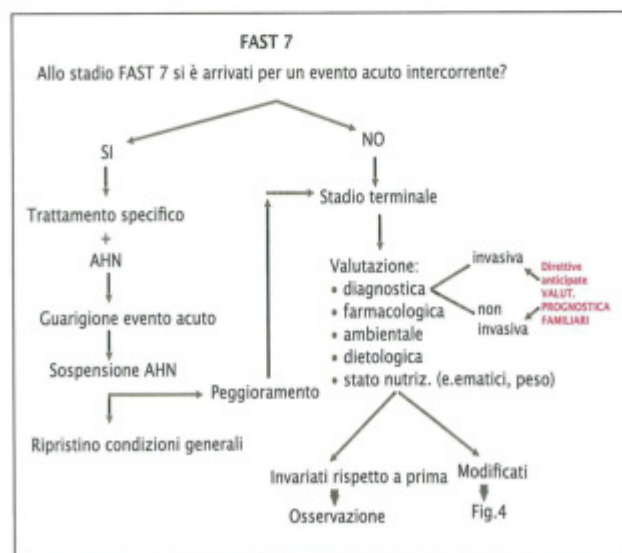


Figura 3 - Pazienti in fase FAST 7 (I)

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Nella Figura 2 vengono presi in considerazione i pazienti in fase FAST 3-6.

Per questa tipologia di pazienti, di fronte ad una ridotta alimentazione, è necessario attivare una valutazione diagnostica (mucositi, patologie dentali, patologie gastroenteriche, depressione, ipovisus, ecc.), ambientale (ambienti troppo o troppo poco stimolanti, scarsa o eccessiva attenzione del personale e dei familiari, tempi di somministrazione troppo veloci...), dietetica (gradevolezza, facilità di assunzione...) e farmacologica. Il controllo degli esami ematici (ematocrito, emoglobina, conta leucocitaria, albumina, transferrina, ecc.), del peso corporeo, del BMI porta ad individuare tre possibili situazioni: pazienti normonutriti; pazienti a rischio di malnutrizione (per i quali sono necessarie una supplementazione dietetica e una rivalutazione in tempi brevi) e infine pazienti malnutriti. Per questi ultimi bisognerà intervenire con l'alimentazione e l'idratazione artificiale (AHN): terapia parenterale o enterale (sondino naso gastrico - SNG), se tollerate, e dopo un periodo di tempo ben definito (massimo un mese) sarà necessario rivalutare lo stato nutrizionale. Se la difficoltà di alimentazione e la conseguente malnutrizione saranno state risolte, si tornerà all'alimentazione naturale, programmando controlli del peso corporeo e degli esami ematici in tempi ravvicinati; al contrario se la situazione non è cambiata, il processo decisionale prevede una valutazione prognostica e un confronto con i familiari (possibilmente orientato da disposizioni anticipatamente rilasciate dal paziente), con l'obiettivo di effettuare la scelta che, in quel momento, riflette la volontà dell'interessato. Due le vie decisionali da perseguire:

- 1) la prosecuzione di una AHN per più lunga durata (PEG o PEJ), che non dovrà precludere la possibilità di riprendere la nutrizione per via naturale dopo un'ulteriore valutazione;
- 2) l'interruzione dell'AHN. La degenerazione della condizione del paziente sino ad uno stato di terminalità, la presenza di direttive anticipate (DA) che esprimano l'intenzione di non mantenere una nutrizione artificiale e l'approvazione dei familiari per questo tipo di condotta portano all'interruzione dell'AHN e all'inizio di una terapia palliativa.

Per il paziente in fase FAST 7 è previsto un processo analogo ma più articolato (Figg. 3 e 4).

Il disturbo nutrizionale in questa fase può riflettere un improvviso peggioramento dello stato funzionale del paziente determinato da una patologia acuta intercor-

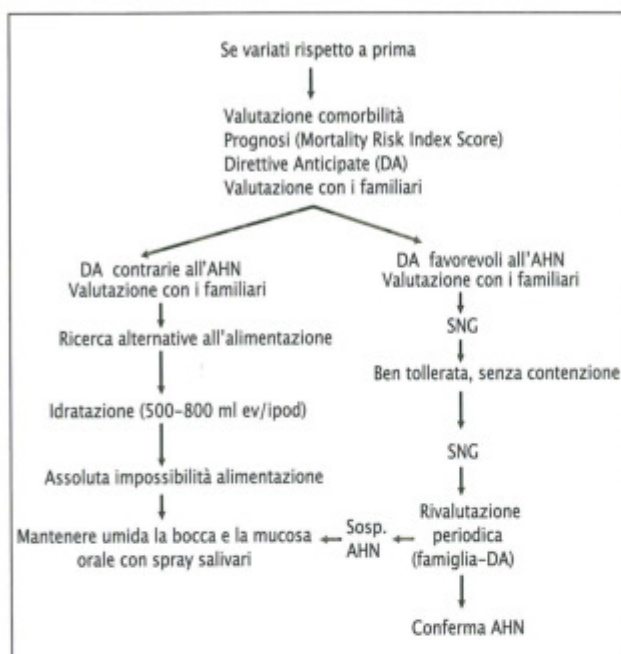


Figura 4 - Pazienti in fase FAST 7 (II)

rente. L'AHN (nutrizione parenterale o nutrizione enterale) va in questo caso effettuata in parallelo con la terapia specifica in corso. Il superamento della fase acuta può riportare il paziente alla condizione precedente all'evento; le condizioni generali possono invece peggiorare, decretando il passaggio alla fase terminale.

Se alla fase 7 si è approdati al termine di una malattia acuta o se si tratta invece della fase terminale, conclusione naturale della malattia di Alzheimer, il processo decisionale, per un paziente che non si alimenta a sufficienza, prevede le valutazioni già viste per la fase 3-6. In questo caso però è previsto, sin dal primo passaggio (la valutazione diagnostica), qualora si debbano effettuare interventi invasivi, l'inserimento di una serie di elementi di cui tener conto (possibilità terapeutiche, presenza di DA, condivisione con la famiglia). Anche il passaggio successivo, la valutazione dello stato nutrizionale, dovrà indagare non *cosa si discosta dalla normalità* ma *cosa è variato rispetto a quel paziente*. Quando la valutazione dello stato nutrizionale conferma la *malnutrizione*, nuovamente dovranno essere presi in considerazione le DA, il parere dei familiari, la comorbidità ed eventualmente, affinché il curante si possa sentire rassicurato da un indice oggettivo, la valutazione prognostica, attraverso strumenti come il *Mortality Risk Index Score* (Michell et al. 2004).

Le direttive anticipate e il confronto con i familiari ci indirizzeranno verso due percorsi alternativi.

1) Se il paziente (attraverso le DA) e i familiari non sono d'accordo con una AHN, dovremo cercare le possibili alternative alimentari naturali (alimenti altamente energetici una sola volta al giorno, piccoli pasti frazionati...); si potrà inoltre mantenere un'idratazione e.v. o ipodermico di 500-700 cc., avendo cura che tutto ciò non provochi inutili sofferenze (ad es., numerosi tentativi per posizionare una terapia e.v.). Se la condizione andrà costantemente peggiorando, sarà importante, così come per i pazienti neoplastici terminali (Volicer, 1998), eliminare il senso di arsura alla bocca con spray umettanti o altre metodiche.

2) Se invece il paziente e la famiglia optano per una AHN, questa dovrà essere iniziata, ma programmata per un tempo limitato. Al termine dovrà essere rivalutata la possibilità di riprendere una seppur parziale nutrizione naturale. Se questa risulta ancora impossibile e la decisione di mantenere una nutrizione artificiale è ancora salda, si manterrà l'AHN (SNG o PEG). Se invece le condizioni del paziente sono peggiorate e la famiglia non riesce più a supportare la decisione iniziale, perché si è arrivati alla sensazione di accanimento terapeutico, il paziente sarà trattato con la sola terapia palliativa con il supporto etico del principio della non maleficenza.

CONCLUSIONI

Il decorso della demenza è caratterizzato da decisioni che difficilmente - e solo nella fase iniziale della malattia - vengono assunte dal malato. Nella maggior parte dei casi la persona malata è l'oggetto di scelte fatte dal medico, dai familiari o da entrambi. In particolare, la scelta di alimentare artificialmente ha una portata etica, una valenza simbolica e una dimensione clinica raramente riscontrabili in altre situazioni. Purtroppo manca, nel nostro Paese, uno strumento efficace e legalmente riconosciuto che ci consenta di interpretare la volontà del malato, quando questi non è più in grado di esprimerla: le direttive anticipate, intese come una serie di indicazioni date anticipatamente dall'interessato, relative a scelte sanitarie, compresa la nomina di un referente (*health care proxy*) cui delegare le decisioni; una dichiarazione preventiva (*advance statement*) che in modo più generale espliciti i principi dell'interessato e i suoi valori di riferimento.

Pur in assenza di strumenti legislativi in grado di supportare efficacemente la decisione in tutti i suoi passaggi, ci sembra corretto sul piano etico, oltre che su quello

deontologico e clinico, seguire un algoritmo decisionale che bilanci costantemente la fase clinica della malattia e l'aspettativa di vita del malato, con quella che noi (curanti e familiari) riteniamo essere in quel momento la volontà dell'interessato. Uno strumento di *decision-making*, quello che proponiamo, a nostro giudizio sufficientemente garantista, tale da evitare i rischi dell'accanimento terapeutico e, all'opposto, dell'abbandono assistenziale.

BIBLIOGRAFIA

- Bennett JA. Dehydration: hazards and benefits. *Geriatr Nurs* 2000; 21 (2): 84-88.
- Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA*, 1999, 282: 1365-1370.
- Galletti M. Identità personale e testamento biologico: il caso della malattia di Alzheimer. *Bioetica*, 2004; 3: 400-12.
- Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delory MA. Nurses' experience with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *N Engl J Med*, 2003; 349: 359-65.
- Gessert CE, Mosier MC, Brown EF, Frey B. Tube feeding in nursing home residents with severe and irreversible cognitive impairment. *JAGS*, 2000; 48: 1593-1600.
- Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med*, 2000, 342: 206-10.
- Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. The risk factors and impact on survival of feeding tubes in nursing home residents with severely advanced dementia. *Arch Intern Med*, 1997; 157: 327-332.
- Mitchell SL, Teno JM, Roy J, Kabumoto G, Mor V. Clinical and organizational factors associated with feeding tube use among nursing home residents with advanced cognitive impairment. *JAMA*, 2003; 290 (1): 73-80.
- Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB, Pak PS, Morris JN, Fries BE. Estimating Prognosis for Nursing Home Residents With Advanced Dementia. *JAMA*, 2004; 291 (22): 2734-40.
- Mölsa PK, Martilla RJ, Rinne UK. Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Acta Neurol Scand* 1986; 74: 103-107.
- Monteleoni C, Clark E. Using rapid-cycle quality improvement methodology to reduce feeding tubes in patients with advanced dementia: before and after study. *BMJ*, 2004; 329: 491-94.
- Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*, 1988; 24: 653-59.
- The A-M, Pasman R, Bregje O-P, Ribbe M, van der Waal G. Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethnographic study. *BMJ*, 2002; 325: 1326-29.
- Volicer L. Tube feeding in Alzheimer's disease is avoidable. *J Nutr Health Aging*, 1998; 2 (2): 122-23.
- Walsh JS, Welch HG, Larson EB. Survival of outpatients with Alzheimer-type dementia. *Ann Intern Med* 1990; 113: 429-34.
- Wolfson C, Wolfson DB, Asgharian M, M'Land CE, Ostbye T, Rockwood K, Hogan DB; Clinical Progression of Dementia Study Group. A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *N Engl J Med* 2001; 344: 1111-1116.

Il maltrattamento dell'anziano, un problema misconosciuto

Giovanni Bigatello

Fondazione Ca' d'Industria, Istituto Geriatrico, Como

INTRODUZIONE

"La violenza contro gli anziani: un problema dimenticato". Così titolava un editoriale di *The Lancet* pochi anni orsono, rilevando la nostra arretratezza nei confronti di questo problema, paragonabile alla posizione assunta vent'anni fa rispetto alla violenza contro i bambini e contro le donne (Nelson, 2002). Non c'è da stupirsi perciò se una ricerca condotta su cinque anni di letteratura internazionale, alla voce *"child abuse"* riporti 268 articoli, mentre alla voce *"elder abuse"* ne riscontri solo 26, ossia quasi dieci volte meno (Lachs e Pillemer, 1995). C'è da dire peraltro, che in tutte le principali testate mediche di lingua inglese negli ultimi anni, l'interesse verso questo argomento è notevolmente cresciuto, come pure sono aumentati i siti internet, anche a grande diffusione (come il sito della BBC), che forniscono dati, denunce, articoli e perfino elenchi di avvocati "specializzati nelle cause legali contro le Nursing Homes" (www.elderabuse.org.uk/; <http://news.bbc.co.uk/>; <http://www.who.int>).

A questo interesse della letteratura medica e dell'informazione "laica" di lingua inglese, si contrappone il sostanziale silenzio della letteratura italiana, nella quale è riscontrabile un solo lavoro specificamente dedicato all'abuso contro l'anziano (Pasqualini e Mussi, 2001). Tuttavia, la frequenza dell'abuso - ancorché sottostimata - e le sue ripercussioni drammatiche sulla salute fisica e psichica dell'anziano impongono di considerare il problema con estrema attenzione anche nel nostro Paese, in particolare per quanto riguarda le forme più sfumate di maltrattamento, come certe forme di costrizione o di trascuratezza.

Il nostro scopo pertanto è quello di mettere in luce incidenza, modalità, fattori favorenti, circostanze nelle

quali più facilmente si verifica l'abuso, poiché solo conoscendo questi aspetti si potrà giungere ad una prevenzione e ad una riduzione del fenomeno. Compito sicuramente non facile, essendo l'autore dell'abuso quasi sempre il caregiver - familiare, oppure operatore delle istituzioni - ossia colui che per definizione dovrebbe garantire il benessere dell'anziano.

DEFINIZIONE ED EPIDEMIOLOGIA

Le più attuali definizioni di maltrattamento dell'anziano sono state riportate in un recente "Seminario" sull'argomento pubblicato su *Lancet* (Lachs e Pillemer, 2004). Secondo la *US National Academy of Sciences* (*National Center on Elder Abuse*, 2003) per *Elder Abuse* si intende "Ogni atto intenzionale che provoca danno o grave rischio di danno (voluto oppure no) a un anziano incapace di difendersi, da parte di un caregiver o di altra persona che intrattenga una relazione di fiducia con l'anziano stesso". Non molto differente la definizione della *WHO Toronto Declaration On Elder Abuse* del 2002, che parla di "Azione (o mancanza di azione appropriata) singola o ripetuta che si verifica nel corso di una relazione basata sulla fiducia, che causa danno o turbamento (distress) all'anziano". "Azioni, omissioni o direttive che possano provocare pericolo o rischio di pericolo per la salute o il benessere di un anziano" è infine la più stringata definizione dell'*American Medical Association* risalente al 1992. Tranne quest'ultima, tutte le definizioni concordano nel porre come presupposto la relazione di fiducia tra l'anziano e il potenziale autore dell'abuso, sicché non si può parlare di abuso in senso stretto allorché ci si riferisce alla violenza compiuta da un rapinatore, mentre rientrano nell'abuso molti comportamenti - ancorché obiettivamente meno gravi - messi in atto dai familiari o dal personale di una Casa

Tabella 1 - Incidenza e prevalenza del maltrattamento in alcuni Paesi occidentali

Negli USA tra 1 e 2 milioni degli ultrasessantacinquenni ha sperimentato forme di maltrattamento
Negli USA e Canada circa il 4% degli ultrasessantacinquenni ogni anno ha sperimentato forme di maltrattamento
Circa 450.000 nuovi casi di maltrattamento in USA ogni anno
In Gran Bretagna 500.000 degli ultrasessantacinquenni ha sperimentato forme di maltrattamento
In Olanda il 5,8% degli ultrasessantacinquenni ha sperimentato forme di maltrattamento
In Danimarca e Svezia l'8% degli ultrasessantacinquenni ha sperimentato forme di maltrattamento (nei maltrattamenti sono inclusi i furti)

di Riposo (dando per scontato che con costoro l'anziano intrattenga relazioni di fiducia). Com'è facilmente comprensibile, l'incidenza e la prevalenza del maltrattamento non sono immediatamen-

te stimabili, essendo impensabile che tutti gli autori di maltrattamenti si autodenuncino spontaneamente. Tuttavia, anche con questa limitazione di base, la maggioranza delle ricerche condotte nei Paesi occidentali

Tabella 2 - Modalità attraverso le quali può esercitarsi il maltrattamento

Tipo	Esempi	Note e aspetti particolari
Fisico	Atti deliberati di violenza; punizioni; eccessi di disciplina; uso inappropriato di contenzione fisica o farmacologica. Uso ingiustificato di procedure diagnostiche e terapeutiche (PEG, indagini cruente o dolorose, ecc.)	Possono verificarsi come reazione a comportamenti incongrui dell'anziano.
Sessuale	Tutte quelle attività sessuali messe in atto senza il consenso dell'anziano oppure alle quali l'anziano non è in grado di dare consenso. Parlare in modo allusivo. Esibizionismi.	Non rispettare il senso del pudore
Psicologico	Infliggere angoscia, sofferenza ed umiliazioni. Minacciare, insultare, intimidire. Mettere in ridicolo. Mancare di rispetto.	Atteggiamento aggressivo. Trattare il vecchio come un bambino. Non garantirgli un minimo di privacy.
Abbandono e negligenza (anche autonegligenza)	Non prendersi cura o non soddisfare i bisogni fisici e psicologici dell'anziano. Non provvedere all'igiene, al nutrimento, allo svago, all'abbigliamento. Non far fronte a tutte le inadeguatezze dell'anziano.	Lasciare solo l'anziano. Non garantirgli uno spazio personale. Non accompagnarlo alle visite mediche. Da parte del medico: negare la propria disponibilità a risolvere problemi. Rifiutare una visita a domicilio.
Sfruttamento economico	Uso illegale e improprio delle risorse economiche dell'anziano per profitti personali. Non fornire all'anziano i servizi materiali di cui ha diritto.	Indurre l'anziano a compiere operazioni economicamente per lui svantaggiose o superflue.

Tabella 3 - Dove si verifica l'abuso (secondo Healthcare Commission della Camera dei comuni della Gran Bretagna)

Domicilio dell'anziano	67%
Case di riposo o altre residenze assistenziali	21%
Ospedali per acuti	10%
Altro	2%

indica che tra il 4-6% degli ultrasessantacinquenni subisce più o meno incidentalmente una qualche forma di abuso (Lachs e Pillemer, 1995; 2004) (Tab. 1). Il fenomeno comunque non è limitato all'Occidente o ai Paesi più "sviluppati": lo *State of the World's Older People 2002* segnala ad esempio che in molti luoghi dell'Africa la violenza contro i vecchi sta diventando viepiù comune e che sono in aumento le violenze sessuali, in base alla credenza che i rapporti sessuali con gli anziani possano curare l'AIDS (Nelson, 2002). Un altro dato allarmante proviene dal Giappone, Paese nel quale vengono segnalati in costante aumento gli omicidi di vecchi disabili (soprattutto dementi) da parte di familiari sottoposti a carico assistenziale eccessivo (Ohru et al., 2005).

CLASSIFICAZIONE

Il maltrattamento dell'anziano può esercitarsi attraverso varie modalità, riconducibili fondamentalmente alle seguenti (Tab. 2):

- fisico
- sessuale
- psicologico
- abbandono o negligenza
- finanziario.

Tabella 4 - Principali fattori di rischio di abuso in ambito familiare

A carico del paziente	A carico del caregiver
Isolamento sociale Convivenza obbligata Incontinenza Alto grado di dipendenza dal caregiver Demenza e alterazioni comportamentali	Isolamento sociale Abuso di farmaci o alcol Problemi fisici o mentali Dipendenza economica dal malato Dipendenza psicologica dal malato Burn-out, stress (problemi familiari, di lavoro, legali o finanziari) Storia di violenza all'interno o all'esterno della famiglia Abitazione inadeguata Mancanza di una rete di assistenza

Dalla Tabella si desume che mentre alcune forme di maltrattamento rientrano francamente nell'ambito del codice penale, come gli atti deliberati di violenza o l'uso illegale delle risorse economiche dell'anziano, altre appaiono di collocazione più incerta, come ad esempio la mancanza di rispetto del senso del pudore, l'uso incongruo di procedure diagnostiche e terapeutiche, il ricorso ingiustificato alla contenzione, ecc. Si tratta di forme solo apparentemente meno gravi: in realtà possono dar luogo a patologie fisiche o psichiche di notevole portata, oltre che a una sofferenza psicologica assolutamente ingiustificabile. E purtroppo, scorrendo la casistica, non si può fare a meno di rilevare che il medico stesso non è affatto immune da comportamenti censurabili. Quanto al contesto in cui si verifica la violenza, la grande maggioranza dei maltrattamenti avviene nell'ambito familiare; seguono le case di riposo e gli ospedali per acuti (Tab. 3).

IL MALTRATTAMENTO IN AMBITO FAMILIARE

Numerosi fattori ambientali, sociali e personali - dell'anziano o del caregiver - concorrono a favorire la violenza. Secondo il già citato studio di Lachs e Pillemer cinque sono i principali fattori di rischio in questo senso:

- convivenza obbligata
- demenza con alterazioni comportamentali
- isolamento sociale
- malattia mentale e/o abuso di alcol da parte del caregiver
- marcata dipendenza (economica, ma non solo) del caregiver nei confronti dell'assistito.

Tabella 5 - Circostanze che fanno sospettare il maltrattamento

- I parenti non vengono avvertiti quando il congiunto viene ricoverato in ospedale
- Frequenti ricoveri senza spiegazioni
- Frequenza di incidenti (soprattutto cadute, fratture)
- Il personale non sa spiegare l'origine di lividi o altri segni sul corpo
- Il personale non avvisa i parenti quando si verifica un "incidente"

Altri fattori, come l'abitazione inadeguata o la pregressa violenza al caregiver (magari da parte dello stesso assistito), hanno una frequenza meno elevata o un'importanza meno determinante. Da notare che fondamentale invece risulta spesso l'assenza di un'adeguata rete assistenziale, condizione che tende ad esasperare situazioni altrimenti controllabili (Tab. 4). La demenza dunque gioca un ruolo fondamentale

tori di rischio già citati (Coyne et al., 1993). Ma se è vero che l'anziano oggetto di violenza è generalmente un demente con gravi alterazioni del comportamento che necessita di assistenza e sorveglianza continuative, non sono rari gli episodi di violenza negli stadi pressoché iniziali della malattia: il caregiver non riesce a farsi una ragione del comportamento anormale del familiare e lo vede come un "dispetto" nei suoi

Tabella 6 - Indicatori di maltrattamento in CdR

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Piaghe da decubito • Rapide variazioni di peso • Malnutrizione o disidratazione • Segni sui polsi • Iperprescrizione medica • Mancanza di attività • Isolamento in camera • Lividi, ammaccature, escoriazioni • Scarsa igiene | <ul style="list-style-type: none"> • Ricorso frequente alla contenzione • Alterazioni comportamentali stereotipate, inusuali o di improvvisa comparsa, genericamente attribuite a "demenza" • Eccessiva sedazione • Tutti i ricoverati appaiono MOLTO TRANQUILLI • Mancanza di privacy |
|---|---|

nell'indurre la violenza. Da uno studio condotto mediante questionario anonimo a 1000 caregiver che avevano interpellato un sito telefonico specializzato sulla demenza, dei 343 che hanno risposto, l'11,9% ha ammesso episodi di violenza fisica contro il proprio congiunto. In un terzo dei casi la violenza era stata commessa durante le attività di cura ed assistenza. L'abuso era direttamente correlato ai fat-

confronti (il malato si sporca appena dopo essere stato cambiato, lascia aperti i rubinetti dopo che gli era stato raccomandato di chiuderli, ecc.). In queste prime fasi anche l'apatia del malato può provocare la reazione esasperata del caregiver. Per quanto riguarda quest'ultimo, non bisogna dimenticare che il caregiver, negli anni precedenti, può esser stato egli stesso vittima del comportamento dispotico - quando non fisicamente

Tabella 7 - Condizioni del personale che favoriscono il maltrattamento dell'anziano in CdR

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Burn-out degli operatori • Scarsa preparazione del personale • Il personale ha fretta di terminare la lunga giornata • Personale poco pagato | <ul style="list-style-type: none"> • Turni troppo lunghi o doppi turni • Personale incapace di far fronte alle alterazioni comportamentali dei ricoverati |
|---|---|

violento - del vecchio, contro il quale ora, più o meno consciamente, trova il modo di rivalersi.

IL MALTRATTAMENTO NELLE ISTITUZIONI

Sul maltrattamento negli ospedali per acuti la letteratura è del tutto carente di riscontri. Ciò non significa naturalmente che il problema non esista; significa piuttosto che vi è un'assoluta reticenza ad affrontarlo. Abuso dei sistemi di contenzione, minacce, furti, trascuratezze, procedure terapeutiche e diagnostiche dolorose ed ingiustificate vengono puntualmente (e spesso con maligno compiacimento) riportati dalla cronaca, ma non sono mai stati oggetto di rigorosi studi su riviste scientifiche.

Un po' meno reticenza all'autoesame e all'autocritica si riscontra nelle *Case di Riposo* (CdR) e benché anche in questo ambito i dati siano tutt'altro che numerosi, anche al loro interno o nelle altre residenze per anziani possono verificarsi tutte le forme di maltrattamento elencate a proposito del maltrattamento a domicilio. In un'inchiesta americana condotta in 577 CdR, il 10% degli operatori ammetteva almeno un episodio di violenza fisica nell'ultimo anno e il 40% un episodio di violenza psicologica (Pillemer e Moore, 1989). Peculiarità peraltro delle CdR (ma sicuramente anche degli ospedali per acuti) è l'abuso di trattamenti sedativi. Sarcastico il commento su una pagina delle BBC News: "Ai pazienti vengono somministrati sedativi per fare in modo che trascorrono una notte tranquilla e che perciò anche il personale trascorra una notte tranquilla" (<http://news.bbc.co.uk>).

Più numerosi sono i lavori che prendono in esame gli "indicatori di maltrattamento" oppure "le condizioni del personale che favoriscono il maltrattamento in CdR" (Tabb. 5-7).

Le condizioni riportate nella Tabella 7 dovrebbero suonare come campanello d'allarme rispetto all'impiego sempre più diffuso nel nostro Paese di Cooperative (non raramente improvvisate) quali erogatori d'assistenza. Senza voler demonizzare l'intero sistema, è indubbio che insufficiente preparazione del personale, turni massacranti, scarsa retribuzione economica si ritrovino più frequentemente tra il personale delle cooperative che non tra il personale direttamente dipendente (e direttamente formato) della CdR. Ma per ora nessun amministratore pare darsene pena.

FORME SUBDOLE DI MALTRATTAMENTO

Esistono infine delle forme meno clamorose di maltrattamento, ma non per questo meno deleterie. La prescrizione ingiustificata del riposo a letto; il confinamento dell'anziano in spazi ristretti, poco o per niente personalizzati, con l'obbligo di dividerli con numerosi altri ospiti, magari poco graditi; la mancanza di privacy; la mancanza di rispetto; la mancata risposta alle richieste d'aiuto e alla soddisfazione dei suoi bisogni; la sua totale impossibilità di intervenire sulla decisione del ricovero, come pure sulle scelte sanitarie e assistenziali; l'impedimento di lasciare la struttura, fanno tutte parte di un clima di reclusione, in cui il ricoverato può giungere a credere che l'abuso sia la norma. In questo senso è giustificato parlare di imprigionamento "de facto" (Macdonald et al., 2004).

DISCUSSIONE

Di fronte a queste evidenze ci si chiede se non sia paradossale il fatto che una condizione tanto frequente e almeno in una certa misura prevenibile, non sia sottoposta a un regolare screening, al contrario di quanto avviene per i fattori di rischio di patologie anche meno comuni o meno invalidanti (Eisenstat e Bancroft, 1999). Ad esempio, identificare al momento del ricovero in CdR i soggetti che hanno sofferto di violenza domestica, sarebbe essenziale per stabilire con costoro dei rapporti corretti. È vero che non sono stati ancora messi a punto dei metodi sicuri e pratici per un valido screening del maltrattamento dell'anziano, tuttavia sembra assodato che i medici che hanno ben presenti i cinque principali fattori di rischio siano in grado di riconoscerlo.

A tutt'oggi comunque il maltrattamento dell'anziano rimane in larga misura misconosciuto. Lo dimostra il fatto che in una recente inchiesta inglese meno della metà dei medici generici ha diagnosticato almeno un caso di maltrattamento in un anno (Mc Creadie al., 2000). Per far fronte a questa carenza è stato proposto di inserire programmi di formazione sulla violenza domestica in tutte le scuole mediche americane. Ma mentre l'insegnamento sul *child abuse* si sta estendendo, quello sull'*elder abuse* è rimasto praticamente al palo (Lachs e Pillemer, 2004). E in Italia

non risulta essere neppure preso in considerazione. Per ora quindi, onde contrastare il fenomeno, pare non si trovi di meglio che fare appello alla "sensibilità", al "senso di responsabilità", alla "solidarietà intergenerazionale". Poco ci manca che non ci si affidi al "buon cuore" dell'operatore.

Di certo il maltrattamento dell'anziano non è ancora vissuto come problema medico, e non solo in Italia. Appare pertanto opportuno, per concludere, richiamare un Editoriale del *British Medical Journal* sull'elder abuse che sottotitola: "I medici devono (*must*, nel testo originale) riconoscerlo, cercarlo e apprendere come prevenirlo" (Tonks e Bennet, 1999).

BIBLIOGRAFIA

Action on elder abuse. <http://www.elderabuse.org.uk/>

Coyne AC, Reichman WE, Berbig LJ. The relationship between dementia and elder abuse. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 643-46.

Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med* 1999; 341: 886-92.

'Half a million' elderly abused.
<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/3639421.stm>

Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995; 332: 437-43.

Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet* 2004; 364: 1263-72.

Macdonald AJ, Roberts A, Carpenter L. De facto imprisonment and covert medication use in general nursing homes for older people in South East England. *Aging Clin Exp Res* 2004; 16 (4): 326-30.

McCreadie C, Bennett G, Gilthorpe MS, Houghton G, Tinker A. Elder abuse: do general practitioner know or care? *J R Soc Med* 2000; 93: 67-71.

National Center on Elder Abuse.
<http://www.elderabusecenter.org/default.cfm>

Nelson D. Violence against elderly people: a neglected problem. *Lancet* 2002; 360: 1094.

Ohrui T, He M, Tomita N, Sasaki H. Homicides of disabled older persons by their caregivers in Japan. *JAGS* 2005; 53: letter 553-54.

Pasqualini R, Mussi C. Come riconoscere e prevenire l'abuso nell'anziano. *Giorn Geront* 2001; 49: 42-47.

Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *Gerontologist* 1989; 29: 314-20.

Tonks A, Bennet G. Elder abuse. *BMJ* 1999; 318: 278.

World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

Stranieri e anziani: un profilo sintetico della popolazione che si prende cura degli anziani in Lombardia

Patrizia Farina

Docente di Demografia - Facoltà di Scienze Statistiche, Università degli studi Milano Bicocca

L'assistenza domiciliare e l'aiuto domestico agli anziani da parte dei privati sta assumendo una dimensione sempre più rilevante e sono soprattutto gli stranieri ad alimentare l'offerta di questi servizi. Le ragioni di questo aumento sono da ricercare principalmente in alcuni caratteri specifici della società italiana e, fra questi, ha assunto un ruolo di rilievo l'invecchiamento della popolazione, inteso sia in senso biologico-individuale, sia in quello demografico-collettivo determinato perlopiù dalla drastica riduzione delle nascite. La speranza di vita alla nascita in Italia è raddoppiata all'inizio del secolo scorso ad oggi raggiungendo i 77 anni per gli uomini e gli 83 per le donne. Il rilevante spostamento dell'età alla morte è accompagnato da un aumento dell'incidenza della disabilità determinata soprattutto dalle malattie croniche e degenerative tipiche delle età anziane. Basti osservare che nel 1999 una sessantacinquenne poteva sperare ancora in 20 anni di vita, 4 in più dei coetanei, ma gli anni privi di disabilità erano 15 contro i quasi 14 degli uomini. Fra il 1990 e il 2000 si è registrato un guadagno di un anno e mezzo di vita a 65 anni per uomini e donne, ma considerando la vita in buona salute tale guadagno si riduce a un anno per le donne e a due per gli uomini (Blangiardo, 2002).

Questo processo ha determinato un'elevata domanda di cura cui il sistema dei servizi provvede marginal-

mente e la cui risposta non è più assicurata – nel contesto familiare – dallo scambio generazionale per la scarsa conciliabilità di ruoli lavorativi e di cura tradizionalmente ad appannaggio femminile. Tutto ciò peraltro è avvenuto mentre si stavano realizzando in altri paesi condizioni politiche e sociali che hanno favorito l'immigrazione straniera. Il crollo del regime sovietico, e più in generale la polarizzazione della ricchezza a favore del mondo economicamente sviluppato, ha favorito l'emigrazione di un crescente numero di individui attratti dalle opportunità di lavoro e dalla convenienza derivante dai differenziali salariali. Fra queste popolazioni si annoverano anche quelle "specializzate" nella cura degli italiani anziani, capaci cioè di soddisfare una domanda crescente di assistenza dentro le mura domestiche e quindi di risolvere la tensione generata dalla mancanza di soluzioni accettabili oltre il ricovero.

Nello specifico caso italiano queste mansioni sono svolte principalmente dalle donne dell'Est europeo, dalle latino-americane e dalle asiatiche. Sfruttando l'indagine 2004 dell'Osservatorio regionale sulla presenza straniera e l'archivio dei dati individuali dei regolarizzati in Lombardia dalla legge Bossi-Fini è possibile fornire qualche informazione sui profili insediativi in Lombardia della popolazione che si prende cura degli anziani oltre ad alcune caratteristiche delle relazioni fra questa e la popolazione lombarda anziana¹.

¹ L'indagine campionaria è svolta nell'ambito dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità promosso dalla Regione Lombardia e dalla Fondazione Ismu. Fin dal 2001 essa è condotta annualmente su un campione di 8000 stranieri ultraquattordicenni e provenienti dai paesi poveri ed è rappresentativa a livello regionale e provinciale. La metodologia di campionamento e gli esiti della quarta indagine sono pubblicati in un volume a cura di G. Blangiardo, 2005. L'archivio dei regolarizzati, invece, proviene dal Ministero del Lavoro e le informazioni ivi contenute sono individuali, anonime e riferite solo agli stranieri che hanno inoltrato domanda di regolarizzazione per lavoro di assistenza o aiuto domestico. Confrontati con i dati aggregati periodicamente pubblicati da diverse Agenzie e relativi agli stranieri già in regola è plausibile supporre che non vi siano rilevanti differenze nelle caratteristiche strutturali fra questo sub-universo e quello totale ben più numeroso. L'archivio offre anche una serie di informazioni relative al contratto di lavoro che tuttavia non sono utilizzate perché soggette a dichiarazioni non realmente verificabili come i dati anagrafici e quindi scarsamente affidabili.

Tabella 1 - Il profilo della popolazione che si prende cura degli anziani

CARATTERISTICHE STRUTTURALI	
Genere (femminile)	95,0%
Cittadinanze prevalenti:	(%)
Ucraina	28,1
Filippine	12,1
Romania	9,5
Perù	9,3
Ecuador	9
Moldavia	7,8
Altre Est Europa	17,3
Età media:	anni
Donne	39
Uomini	32
Stato civile:	(%)
Celibe/nubile	24,1
Coniugata/o	48,6
Separata/divorziata	27,2
Genitore di almeno un figlio	80,0%
Istruzione superiore o laurea	67,1%
STATUS GIURIDICO	
Permesso o carta di soggiorno	80,0%
Utilizzo sanatoria	44,2%
DIMENSIONE LAVORATIVA	
Permesso per lavoro dipendente	91,9%
Occupato regolare	69,4%
Abitazione sul luogo di lavoro	68,0%
Reddito medio (euro)	800,00
Esperienze di lavoro internazionale	8,7%

LA POPOLAZIONE CHE SI PRENDE CURA DEGLI ANZIANI

L'assistenza domiciliare è al secondo posto nella graduatoria dei lavori svolti dalla popolazione straniera presente in Lombardia (6,6%) preceduta solo dal lavo-

ro operaio non specializzato (12,6%)². Tale attività è esercitata soprattutto da stranieri provenienti dall'Europa dell'Est e in misura minore dall'Asia e dall'America Latina. Questo collettivo ha un'età media relativamente elevata (Tab. 1) se si considera che l'insieme degli immigrati presenti non supera i 31-32 anni. Esso, inoltre è composto soprattutto da donne (95%) inserite in una rete comunitaria di aiuto circoscritto soprattutto all'ambito lavorativo. Il 27% di questi soggetti appartiene a famiglie spezzate da divorzio o da separazione e l'80% ha avuto esperienze di maternità o paternità, ma il modello insediativo prevalente non prevede il ricongiungimento dei figli in emigrazione anche per l'incompatibilità di questo con il tipo di lavoro esercitato.

Le motivazioni a emigrare di questo gruppo sono essenzialmente da ricondurre ad un investimento che si realizza al paese di origine: l'acquisto o l'ampliamento della casa, il matrimonio dei figli, il sostegno economico agli studi. Si tratta pertanto di progetti migratori che non prevedono il radicamento sul territorio lombardo.

La temporaneità della loro presenza e la missione che si prefiggono – ottenere il massimo vantaggio economico nel minor tempo possibile – le rende i soggetti ideali per la cura degli anziani non autosufficienti. Esse non sostengono spese per il vitto e l'alloggio massimizzando il guadagno. Per contro vivono in condizioni di disagio sia per la scarsa possibilità di avere relazioni con i connazionali che per il contatto quasi esclusivo con la persona che curano, generalmente anziana e malata. Esse inoltre, per le stesse ragioni si adattano ad esercitare questo lavoro pur avendo titoli di studio elevati – la proporzione di laureate è del 16% – cosicché il tasso di disoccupazione fra questo collettivo è solo del 6,7%, la metà di quello medio straniero regionale.

L'accesso al mondo del lavoro è favorito dalle conoscenze e ciò si spiega anche con il fatto che almeno fino alla sanatoria Bossi-Fini una quota consistente di queste donne era irregolarmente presente e quindi impossibilitata ad accedere al lavoro attraverso canali formali. Al proposito si osserva che il 44% di queste donne ha utilizzato la sanatoria cosicché il permesso di soggiorno è un titolo attualmente in possesso dell'80% di queste³. L'appartenenza al gruppo irregolare oltre a

² D'altronde il 47% delle domande di regolarizzazione – pari a 329.604 pratiche – riguardava lavoratrici e lavoratori nel sostegno familiare.

³ Va detto che i dati del 2004 segnalano una ripresa consistente dell'irregolarità che fra le nazionalità più coinvolte nella cura degli anziani nel 2004 è cresciuta raggiungendo valori fra il 20-27% contro il 12-17% dell'anno precedente.

Tabella 2 - Assistenza e aiuto domestico per età del datore di lavoro

Età del datore di lavoro	Assistenza alla persona		Aiuto domestico		Totale	ISA*
	N.	%	N.	%		
65-69	1.162	10,9	1.771	19,1	2.933	66
70-74	1.153	10,9	1.508	16,3	2.661	76
75-79	1.817	17,1	1.669	18,0	3.486	109
80-84	2.278	21,4	1.734	18,7	4.012	131
85-89	2.400	22,6	1.487	16,1	3.887	161
90-94	1.480	13,9	899	9,7	2.379	165
95+	335	3,2	190	2,1	525	176
Totale	10.625	100,0	9.258	100,0	19.883	115

*ISA = Indice di specializzazione assistenziale: (N. assistenti alla persona/N. occupati nell'aiuto domestico) x 100.

condizionare i legami con il proprio paese – è impossibile tornare a casa – modifica anche le credenziali lavorative. Ad esempio, le donne di origine polacca usano la regolarità della presenza come credenziale competitiva rispetto ad altre nazionalità, prime fra tutte quella ucraina e moldava⁴.

A completamento del profilo di questa popolazione va sottolineato il fatto che per molte donne l'Italia è il primo paese di emigrazione per lavoro. Solo l'8,7% infatti, è stato per almeno sei mesi in un altro paese e quando questo è successo le destinazioni sono state europee per le donne dell'Est europeo (Austria, Ger-

mania, Russia), mediorientali per le poche filippine, spagnole e portoghesi per le latino-americane.

I LEGAMI CON LA POPOLAZIONE ACCUDITA

Il sostegno agli anziani può essere distinto nella cura della persona e della casa, due tipologie che si differenziano per competenza e tempo richiesto, ma difficilmente separabili perché la prima spesso implica anche la seconda, tuttavia, l'archivio dei dati della sanatoria compie questa distinzione⁵.

Tabella 3 - Assistenza e aiuto domestico per età e genere del datore di lavoro

	Assistenza		Aiuto domestico		ISA	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
65-69	639	523	973	798	66	66
70-74	485	668	750	758	65	88
75-79	682	1.135	684	985	100	115
80-84	672	1.606	631	1.103	106	146
85-89	674	1.726	457	1.030	147	168
90-94	353	1.127	241	658	146	171
95+	69	266	43	147	160	181
Totale	3.574	7.051	3.779	5.479	95	129

⁴ Le donne di origine polacca godono oggi del privilegio di entrare nel nostro Paese senza visto, ma anche in passato esse erano perlopiù regolari organizzando turn-over con altre connazionali.

⁵ Questo non era possibile con i dati dell'Osservatorio che indicano il tipo di lavoro, ma non per chi è svolto.

Tabella 4 - Settore lavorativo per cittadinanza del lavoratore con datore di lavoro anziano

Cittadinanza		Assistenza	Aiuto domestico	Totale	ISA	Età media	Rapporto di mascolinità*
Europa	di cui	6.336	4.397	10.733	144	40,9	5
	Ucraina	4.068	2.341	6.409	174	42,3	3
	Romania	810	843	1.653	96	33,7	10
	Moldavia	813	582	1.395	140	38,8	6
Africa		277	457	734	61	30,6	39
Asia	di cui	380	1.227	1.607	31	32,9	86
	Filippine	232	883	1.115	26	33,0	72
America	di cui	3.631	3.176	6.807	114	33,9	15
	Ecuador	2.022	1.613	3.635	125	34,1	14
	Perù	1.019	878	1.897	116	33,4	21
Totale		10.624	9.257	19.881	115	37,0	14

*Numero di uomini per 100 donne

Un primo carattere rilevante dei legami fra domanda e offerta di servizi si osserva nella correlazione che esiste tra l'età del datore di lavoro e il numero di assistenti alla persona e i domestici, con i primi che si concentrano nell'età 80-90 anni (44%), mentre i secondi sono più equamente distribuiti in tutte le età del datore di lavoro (Tab. 2).

La più debole correlazione fra età e lavoro domestico si riconferma guardando all'indice di specializzazione assistenziale (ISA) che indica la prevalenza

del lavoro domestico solo nelle prime due classi di età, tale correlazione si inverte invece nelle classi di età più avanzate, in particolare nella classe degli ultranovantacinquenni dove si ha un rapporto ISA pari a 176 (Tab. 2). Come si può ben comprendere questo risultato è determinato dal fatto che con il raggiungimento delle età più anziane insorgono difficoltà che rendono auspicabile un aiuto globale, non circoscritto alle cure domestiche.

Le donne assistite gravate da maggiore disabilità,

Tabella 5 - Genere dei lavoratori e dei datori di lavoro nel sostegno alla famiglia (%)

Genere	Datore di lavoro	
	Uomini	Donne
Lavoratori addetti all'assistenza		
Uomini	14,1	5,7
Donne	85,9	94,3
Totale	100,0	100,0
Lavoratori addetti aiuto domestico		
Uomini	20,2	13,1
Donne	79,8	86,9
Totale	100,0	100,0

sono più numerose degli uomini soprattutto nelle fasce di popolazione più anziane e quindi per loro il ricorso alle cure è più intenso. Non è escluso tuttavia che la minore eterogeneità fra cura e assistenza domestica rivolta agli uomini sia anche il frutto del fatto che essi frequentemente sono accuditi dalle mogli più longeve e che, laddove in coppia, siano i firmatari del contratto di lavoro (Tab. 3).

L'indice di specializzazione assistenziale per genere mostra lo stesso andamento crescente a favore dell'assistenza alla persona rispetto all'aiuto domestico, ma si accentua in relazione all'età e al sesso femminile (Tab. 3).

Un altro aspetto interessante si rileva guardando le singole nazionalità di provenienza delle lavoratrici straniere. Considerando solo le provenienze principali si osservano età molto differenziate: sono più giovani le donne africane ed asiatiche rispetto alle moldave ed ucraine (Tab. 4).

La maggior parte di queste ultime sono occupate nell'assistenza alla persona, le americane sono distribuite in modo equilibrato tra la cura della persona e l'aiuto domestico mentre le asiatiche e le africane sono prevalentemente dedite all'aiuto domestico (Tab. 4).

La prevalenza di uomini tra i lavoratori stranieri addetti all'assistenza e aiuto domestico è mediamente pari al 14%, con una maggiore presenza di uomini tra coloro che provengono dall'Asia (86%) e che sono principalmente dedicati all'aiuto domestico, mentre solo il 5% di uomini nella coorte proveniente dall'Europa è maggiormente impiegato nell'assistenza diretta alla persona.

La specializzazione di genere all'interno del collettivo che si offre per questi lavori sembra essere accompagnata anche da una specializzazione di genere fra i datori di lavoro (Tab. 5). L'incrocio di questo carattere, infatti sembrerebbe indicare che gli uomini si fanno curare prevalentemente dalle donne, ma non si sottraggono alla cura da parte degli uomini. Le donne italiane, invece, sembrano opporsi all'assistenza prestata dagli uomini stranieri (solo il 5,7% delle donne si fa assistere da lavoratori di sesso maschile) e ciò è dovuto probabilmente al fatto che le mansioni di cura prevedono anche azioni che le donne non gradiscono siano fatte dagli uomini, come ad esempio la cura del corpo. A conferma della sensibilità di questo carattere basta valutare che per l'aiuto domestico la proporzione di uomini tri-

plica (13,1%) rispetto all'assistenza (5,7%) mentre fra gli uomini aumenta solo di circa un terzo (20,2% per aiuto domestico contro il 14,1% per assistenza). In definitiva, il profilo emergente dall'archivio delle regolarizzazioni e dall'indagine lombarda conferma, e allo stesso tempo rivela, alcuni caratteri delle popolazioni che appartengono a questo mondo poco conosciuto perché sommerso e isolato nelle case. In particolare si confermano alcune specificità di chi fa assistenza, anche in senso alle relazioni che intercorrono fra "datori di lavoro" anomali e lavoratrici e lavoratori che soddisfano una domanda intensa di cura mentre perseguono silenziosamente, ma in modo determinato, i loro progetti migratori.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Blangiardo G. Rapporto biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, 2000-2001.

Blangiardo G., 2002. Sulle determinanti delle differenze fra uomini e donne si veda A. Nobile, 2003.

Blangiardo G. (a cura di) La presenza straniera in Lombardia. La quarta indagine regionale, Regione Lombardia - Fondazione Ismu, 2005. Il volume è reperibile anche sul sito della Fondazione Ismu (www.ismu.org).

Costa G. Anziani non autosufficienti in famiglia in G.A. Micheli, C. Ranci (a cura di) Equilibri fragili, Guerini e Associati, Milano, 2003, pp. 275-308.

Filaferro G. Anziani: che mondo sarebbe senza stranieri? La domanda e l'offerta di cura in Lombardia, Tesi di laurea, Facoltà di Scienze Statistiche Università Milano - Bicocca, Relatrice P. Farina, A.A. 2003-2004.

Nobile A. Supermortalità maschile fra biologia e cultura: l'esperienza dei paesi sviluppati in A. Pinnelli, F. Racioppi, R. Rettaroli (a cura di) Genere e demografia, il Mulino, Bologna, 2003, pp. 485-518.

Rizzi E. Anziani soli in G.A. Micheli, C. Ranci (a cura di) Equilibri fragili, Guerini e Associati, Milano, 2003, pp. 249-274.

Zucchetti E. (a cura di) La regolarizzazione degli stranieri. Nuovi attori del mercato del lavoro italiano, F. Angeli, Milano, 2004.

Il verbale infermieristico: riflessioni

Cristina Coppi, Roberta Buzzi Donato

Servizio Vigilanza Strutture Socio-Sanitarie – Dipartimento ASSI, ASL di Cremona

INTRODUZIONE

Le RSA sono state istituite per legge a livello nazionale (Legge 67,1988) e sono definite come "strutture extraospedaliere, finalizzate a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone prevalentemente non autosufficienti" (Sirchia et al., 2002). Queste sono soggette a vigilanza dell'ASL secondo mandato regionale. Il verbale infermieristico, ispirato ai requisiti richiesti dalla DGR lombarda 7435/01, è uno degli strumenti con i quali si eseguono controlli sulle strutture.

MATERIALI E METODI

Il verbale infermieristico delle 29 RSA cremonesi, relativo al primo semestre 2004, è stato suddiviso in sette aree, le informazioni raccolte inserite in tabelle, in modo da semplificarne la lettura.

OBIETTIVO

Scopo del lavoro è stato quello di confrontare tra loro i dati dei verbali al fine di ottenere una visione d'insieme.

RISULTATI

È stato possibile rilevare criticità comuni a diverse RSA e valutare priorità d'intervento nell'ambito della vigilanza.

AREA DOCUMENTAZIONE ASSISTENZIALE

Il DGR 7435/01, nel capitolo protocolli valutazione dell'ospite, richiedeva: valutazione e condizione clinica, stato funzionale, funzioni cognitive, sindromi depressive, rischio di cadute, rischio di lesioni da decubito, rischio di malnu-

trizione, valutazione sociale, valutazione dei disturbi comportamentali, strumenti globali, piano assistenziale scritto. In questo contesto, il termine protocollo può essere inteso come modello formalizzato, comprensivo di scale/strumenti finalizzati ad una valutazione multidimensionale dell'ospite. A conferma di ciò vediamo richiesta nel fascicolo socio-sanitario (riportato nell'allegato A della delibera regionale), la "compilazione di una scala di valutazione funzionale dell'ospite all'ingresso, semestralmente, ed ogni volta che vi sia un cambiamento dei livelli di dipendenza". Analogamente, la regione Lombardia nelle schede struttura, relative al debito informativo delle RSA, parla di "strumenti di valutazione dell'ospite". Poiché anche in letteratura le scale di valutazione vengono definite "strumenti" abbiamo considerato i termini sinonimi (Trabucchi, 2003). Le scale di valutazione (strumenti) sono in grado di valutare quantitativamente l'entità del deterioramento dei diversi "domini" considerati, ovvero di quantificare l'entità delle funzioni residue, permettono la schematizzazione di dati clinici e la misurazione delle eventuali modificazioni nel tempo. Tali modalità di rilievo sono indicate con il nome di "assessment geriatrico" (Trabucchi, 2003). Nella scheda struttura, la Regione Lombardia non individua un numero minimo di scale di valutazione, tale da fornire dei parametri di appropriatezza dell'assessment, individua solo i "domini" da considerare. In base a queste indicazioni abbiamo ritenuto appropriato un assessment geriatrico che fosse comprensivo di scale valutative rivolte agli aspetti indicati dalla legge. L'applicazione delle scale di valutazione riveste grande importanza in ambito geriatrico. In un articolo apparso sul New England Journal of Medicine, Rubenstein dimostra che le scale di valutazione riducono la mortalità, l'ingresso e la permanenza in Nursing Homes, migliorano lo stato funzionale ed il tono dell'umore (Girardello, 2004). Nella Figura 1 abbiamo quindi inserito i risultati delle nostre verifiche di controllo. Nel corso di questo lavoro abbiamo notato che la scala di valutazione del dolore è dimenticata dalla maggior par-

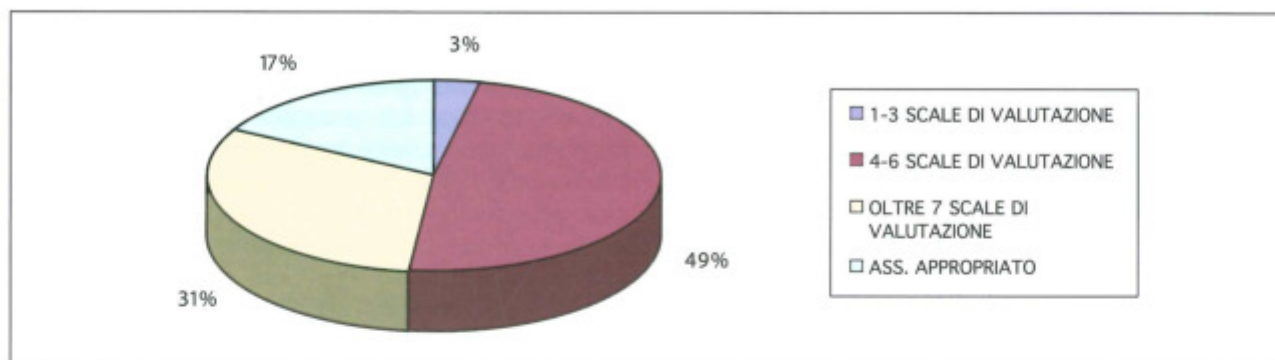


Figura 1 - Schema area documentazione assistenziale nelle 29 RSA

te delle RSA, luogo che dovrebbe risultare privilegiato per l'esecuzione di tale valutazione (Zanetti, 2003).

AREA ALIMENTAZIONE

L'istituzionalizzazione rappresenta un fattore di rischio per la compromissione dello stato nutrizionale. In uno studio condotto negli USA è emerso che sono malnutriti il 20% degli anziani che vivono a domicilio, il 40% di coloro che sono ricoverati nelle Nursing Homes e il 50 % dei pazienti ospedalizzati (Carraro, 1998). Il DGR 7435/01 richiede "un menù settimanale e giornaliero anche con diete speciali", e tra i protocolli di valutazione dell'ospite, viene richiesta la "valutazione del rischio nutrizionale e dello stato nutrizionale". All'allegato B, nel capitolo relativo alla nutrizione, viene richiesta la tipologia ed il peso corporeo. Le linee guida per la valutazione della malnutrizione nell'anziano indicano la mancata registrazione del peso tra le più frequenti cause estrinseche di malnutrizione in soggetti anziani istituzionalizzati (Bissoli et al., 2001). Appare evidente che la rilevazione del peso debba essere rivolta anche agli ospiti allettati, al fine di evitare che proprio i pazienti più fragili siano quelli che sfuggono a diagnosi di malnutrizione. La valutazione nutrizionale, mediante la somministrazione di specifiche scale, ha lo scopo di individuare il rischio di malnutrizione, in quanto pone l'accento sull'aspetto preventivo; porre la diagnosi di malnutrizione quando questa è conclamata può essere infatti troppo tardivo, perché le condizioni già in atto rendono difficile il ripristino di condizioni sufficienti. A questi indicatori è stato aggiunto, nel verbale infermieristico, la presenza o la consulenza di un

dietista dietologo. La presenza di un dietista assicura la somministrazione di diete adeguate alle eventuali patologie dell'ospite, aspetto che non risulta, a nostro avviso, sufficientemente garantito dalla sola presenza di generiche diete "speciali".

AREA RIABILITAZIONE

La riabilitazione può essere definita come "un processo di soluzione dei problemi nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il miglior livello della vita sul piano fisico, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell'ambito della sua menomazione e delle risorse disponibili". La Regione non fornisce precise indicazioni sulle attività riabilitative che devono essere svolte in RSA, tuttavia ne richiede l'elenco nel debito informativo alla voce "attività di riabilitazione, animazione, socializzazione". Abbiamo verificato l'esistenza di interventi riabilitativi di tipo sanitario, rilevando la presenza di attività mirate al recupero fisico, cognitivo e sensoriale, in modo da ottenere un panorama del processo di riabilitazione che ogni struttura è in grado di offrire all'ospite. Anche se il "lavoro riabilitativo" rappresenta il cardine fondamentale per l'assistenza al paziente ricoverato in IDR, riteniamo che questa tipologia di intervento debba essere garantita anche all'ospite ricoverato in RSA. L'obiettivo da raggiungere potrà essere differente, la tipologia stessa dell'ospite è diversa, ma la riabilitazione, anche se talvolta mirata solo al mantenimento delle funzioni residue e/o di prevenzione del degrado psichico, motorio e funzionale, deve

costituire parte integrante del progetto assistenziale. Abbiamo considerato nel verbale infermieristico i seguenti aspetti: fisioterapia individuale, fisioterapia di gruppo, terapia fisica, massoterapia, logopedia, riabilitazione cognitiva individuale, riabilitazione cognitiva di gruppo, musicoterapia (Frustaglia, 1994). La riabilitazione deve quindi comprendere tutti gli aspetti potenzialmente riabilitabili, configurandosi come un insieme di proposizioni elaborate da un team riabilitativo che tenga conto in maniera globale dei bisogni dell'ospite, delle sue menomazioni, disabilità ed abilità residue. La mancanza di alcune professionalità all'interno del team, riduce le possibilità di recupero del paziente in quanto non considera la globalità dei suoi bisogni, limitandosi ad intervenire su singoli aspetti non integrati in un progetto riabilitativo omnicomprensivo.

AREA URGENZA

Il livello di gravità clinico-assistenziale degli ospiti ricoverati in RSA è divenuto progressivamente più pesante. Le RSA stanno, infatti, assumendo una connotazione fortemente sanitaria, tanto che la normativa regionale ha inteso sottolineare questo aspetto con specifiche richieste strumentali e formative. Il DGR 7435/01 all'allegato B menziona nel capitolo *Ospedalizzazione: protocolli per il trattamento di eventi acuti e monitoraggio: numero di elettrocardiografi presente nella struttura, numero di palloni di Ambu, numero di aspiratori, disponibilità di ossigenoterapia, bombole di ossigeno, impianto centralizzato*. È richiesto, in sostanza, che le strutture garantiscano un livello di professionalità e di attrezzature tali da permettere pratiche rianimatorie di base e la gestione di eventi acuti. Nel verbale infermieristico c'è sembrato utile rilevare la presenza e la quantità di carrelli per l'urgenza, mettendo i dati in relazione con il numero di nuclei per struttura. In alcune strutture appare troppo basso il rapporto nuclei/carrelli per l'urgenza, anche se va considerata la distanza reale tra i nuclei.

AREA IGIENE DELL'OSPITE

Aspetti relativi all'igiene vengono richiesti con apposita procedura inerente *"l'igiene dell'ospite nel rispetto della privacy"*. Si menziona, al capitolo cura dell'ospite, la necessità che ad essi *"vengano garantite direttamen-*

te o indirettamente le prestazioni del barbiere e parrucchiere". Indagare su questo aspetto dell'assistenza può sembrare inutile, quasi ozioso; non bisogna tuttavia ritenere scontata tale pratica e considerare che un bagno assistito richiede tempo, osservazione e sensibilità poiché l'igiene personale è influenzata da fattori biologici, psicologici e sociali (Agnelli et al., 1996). Nelle demenze tale prestazione riveste poi un ruolo particolare poiché spesso tali pazienti sono trascurati, tendono a lavarsi sempre meno, fino ad arrivare talvolta al netto rifiuto (Pettinati et al., 1996). Sovente solo in occasione del bagno assistito si ha la possibilità di ispezionare totalmente la cute e verificarne i primi segni di anomalie, anticipatori di lesioni da decubito o di patologie a carico della pelle (micosi, parassitosi, eczemi, etc.) Dall'elaborazione dei dati dei verbali risulta che le cure igieniche complete vengono assicurate, nella maggioranza delle RSA, una volta alla settimana.

AREA STERILIZZAZIONE

Il problema delle infezioni ospedaliere non riguarda solo i nosocomi, ma anche le Residenze Sanitarie Assistenziali; infatti la frequenza delle infezioni è praticamente sovrapponibile in strutture ospedaliere per pazienti acuti e in strutture di assistenza territoriale per lungodegenti (Nicolle, 2001; Smith, 1984). Nel corso delle visite ispettive abbiamo verificato le modalità di sterilizzazione utilizzate, i controlli effettuati, l'eventuale impiego di materiale monouso. Abbiamo rilevato che spesso la sterilizzazione viene effettuata in struttura, ma con modalità ed attrezzature non sempre adeguate e che non garantiscono, a nostro avviso, una corretta esecuzione del processo. Sterilizzare è sinonimo di professionalità, capacità tecniche e continuo aggiornamento (Bozzi et al., 1996). La struttura sanitaria deve disporre di personale adeguatamente preparato ed aggiornato circa lo svolgimento dei compiti assegnati. Sterilizzare non significa *"usare una sterilizzatrice"* ma, come riconosce anche la statunitense Food and Drug Administration, *"l'operatore di sterilizzazione deve essere in grado di rendersi costantemente conto di quello che avviene dietro la porta chiusa della sterilizzatrice"* (Baggio, 2000). Se tutto il materiale utilizzato fosse monouso, o se la sterilizzazione fosse affidata a Centrali di Sterilizzazione accreditate, la struttura sarebbe responsabile solo della corretta conservazione dello stesso. Le RSA che sterilizzano il materiale al loro interno devono invece garantire la corretta esecuzione del-

l'intero processo. La procedura da eseguire richiede, infatti, competenza nell'esecuzione di passaggi diversi e ben definiti (decontaminazione, lavaggio, confezionamento, sterilizzazione, conservazione), l'utilizzo di prodotti specifici, attrezzature certificate, locali idonei e diversificati a seconda della tipologia di materiale trattato.

AREA DECUBITI

Rispetto al passato nelle RSA è notevolmente aumentata la presenza di persone anziane in condizioni di grave dipendenza, mentre si è andato progressivamente riducendo il numero di persone autosufficienti. Particolare importanza rivestono le lesioni da decubito, universalmente riconosciute come indicatori di qualità dell'assistenza (Apostoli, Zanetti, 2004). Il DGR 7435/01 menziona tra i requisiti "arredi e attrezzature che devono essere adatti ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti", e l'esistenza di "letti a tre snodi e materassi e cuscini antidecubito". Nell'allegato B della Delibera Regionale, nel capitolo relativo alle lesioni da decubito, vengono inseriti: *cuscini antidecubito per sedia o carrozzina a disposizione per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito, materassi e/o sovramaterassi antidecubito a disposizione per la prevenzione e la cura delle lesioni da decubito*. Nel verbale infermieristico abbiamo quindi indagato l'esistenza e la quantità dei suddetti presidi disponibili in struttura, preferendo non soffermarci sulla tipologia e sul grado di efficacia del presidio stesso. La più importante revisione scientifica sull'argomento (revisione Cochrane) dichiara che, in fase preventiva, sono da preferirsi i materassi in "gommapiuma altamente specifici", in fase di trattamento i letti ad aria fluidizzata e quelli a bassa cessione d'aria poiché migliorano i tassi di guarigione (Cullum et al., 2002). Ogni paziente a rischio di sviluppare lesioni o con

lesioni, deve avere idonea superficie antidecubito sia durante l'allettamento che durante la seduta. I dati ottenuti sono stati rapportati con il numero dei posti accreditati, in modo da avere un'immediata lettura della percentuale d'utilizzo, ritenendola in questa prima fase un valido indicatore indipendentemente dalla tipologia del presidio. La media dei presidi antidecubito delle RSA cremonesi si colloca attorno ad 1 ogni 5 pazienti ricoverati. Abbiamo inoltre indagato sui materassi standard poiché riteniamo che la buona qualità dello stesso sia determinante nell'assicurare comfort ed igiene, e costituisca una prima prevenzione delle lesioni da decubito (Fig. 2), anche se per il poliuretano si è notato un investimento differente da struttura a struttura.

CONCLUSIONI

Siamo consapevoli che le informazioni contenute in questi verbali non possano essere esaustive nel fornire un quadro completo dell'assistenza, tuttavia il lavoro ha avuto il pregio di iniziare un primo riscontro di dati con le RSA. Poiché tra gli obiettivi del nostro lavoro rientra il rilevare/favorire l'appropriatezza delle cure e la crescita della qualità dell'assistenza all'interno delle RSA, vorremmo portare le strutture ad abbandonare un atteggiamento autoreferenziale, tanto dannoso quanto superato, e ad intraprendere un percorso che le conduca verso un sistema di qualità. È proprio entro quest'ottica che vorremmo si articolasse in futuro il verbale infermieristico, non più inteso unicamente come rilevazione di singoli elementi, ma come rilevazione di particolari indicatori (indici di prevalenza delle lesioni da decubito, dei pazienti incontinenti e con infezioni urinarie, degli ospiti contenuti, di quelli caduti...), ritenuti diretta conseguenza della messa in atto dei nuovi protocolli che molte

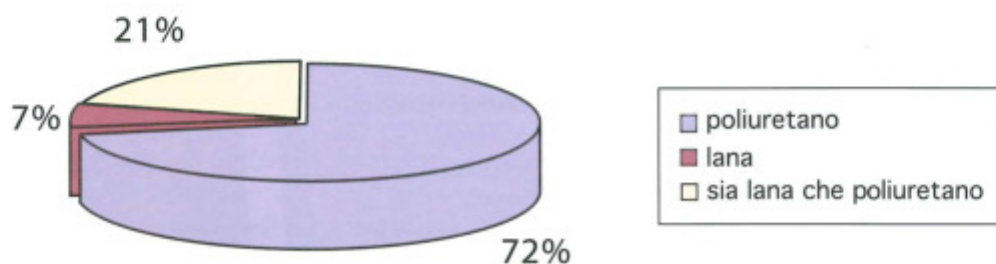


Figura 2 - Tipologia di materassi standard nelle 29 RSA

RSA stanno elaborando. Kane nel 2000 scriveva: "Le case di riposo sono figlie bastarde delle case di carità e degli ospedali, ed esprimono le peggiori caratteristiche dei due genitori. Sono viste come l'ultima spiaggia, allo stesso modo degli ospedali del IX secolo" (Kane, 1995). Il fine ultimo del nostro lavoro consiste nell'accompagnare le RSA in un percorso volto ad innalzare la qualità dell'assistenza. Vorremmo che le RSA, che ancora nell'immaginario collettivo rappresentano il luogo in cui finisce la speranza, potessero essere vissute come luoghi in cui, come sostiene il prof. Trabucchi, si forniscono le cure, si sedano le paure, si accompagnano le solitudini, si lenisce il dolore, si garantisce la libertà.

BIBLIOGRAFIA

- Agnelli I. et al. Attività di vita igiene personale. Quaderno del nursing di base, 1996 Edizioni Nettuno.
- Apostoli A., Zanetti E. Qualità dell'assistenza in casa di riposo: la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito. *Geriatric Nursing Notizie*, 2/2004; 2-3.
- Baggio M. Analisi e confronto dei processi di sterilizzazione in campo ospedaliero, con riferimento alle norme vigenti. *Nursing Oggi*, n°4, 2000; 68-72.
- Bissoli L., Zamboni M., Sergi G., Ferrari E., Bosello O. Linee guida per la valutazione della malnutrizione nell'anziano. *Giornale di Geriatria e Gerontologia*, 2001; 49:4-12.
- Bozzi M. et al. Processo infermieristico. Guida all'esercizio professionale. CESPI. Edizioni Medico scientifiche 1996; 170-186.
- Carraro R., Staffieri R. Gli strumenti di valutazione del rischio di malnutrizione. Gli strumenti di valutazione in geriatria. E. Zanetti (a cura di) Lauri, 1998; 101-115.
- Cullum N., Deeks J., Sheldon TA., Song F., Fletcher AW. Bed, Mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. *Cochrane* 2002.
- Frustaglia A. Gerontologia e Geriatria. McGraw-Hill, Milano, 1994.
- Girardello R. I risultati della valutazione multidimensionale dell'anziano: la nuova tecnologia della geriatria. *G. Gerontologia*, 2004; 52 (supp): 20-23.
- Kane RL. Changing the image of long-term care. *Age and Ageing* 2000; 29: 481-483.
- Nicoll LE. SHEA Long-Term-Care-Committee. Urinary tract infections in long-term-care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2001; Mar22(3):167-75.
- Pettinati C., Spadin P., Villani D. Vademecum Alzheimer. 1996 AIMA.
- Sirchia G., Trabucchi M., Zanetti E., Campari M., Bertolini A. La qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, in: Trabucchi M., Brizioli E., Pesaresi F., (a cura di) Residenze sanitarie per anziani. Bologna: Il Mulino 2002; 261-297.
- Smith SM. Family selection of long-term care services: it's not just the facility that's important. *Health Mark Q*. 1984 Summer; 1(4):101-13.
- Trabucchi M. La valutazione multidimensionale: per misurare e comprendere. E. Zanetti (a cura di) La valutazione in geriatria. Carroci Faber 2003; 11-18.
- Zanetti E. La valutazione della malnutrizione. E. Zanetti (a cura di) La valutazione in geriatria. Carroci Faber 2003; 143-153.

Le raccomandazioni per la prevenzione e la gestione della stipsi nel paziente anziano

Anna Castaldo

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

La stipsi rappresenta un problema clinico-assistenziale molto rilevante e frequente nella popolazione anziana, soprattutto istituzionalizzata. I dati epidemiologici suggeriscono che il problema soggettivo di stipsi e l'uso abituale di lassativi aumenta con l'età. Si è valutato che dal 30% al 50% delle persone anziane a domicilio o in comunità-alloggio usano lassativi regolarmente e questo uso aumenta con l'istituzionalizzazione. Una regolare evacuazione rappresenta un importante indicatore di qualità di vita per gli anziani; al contrario, la stipsi può determinare irritabilità, disagio e ansia. La prevalenza e la criticità della stipsi nell'anziano impone un'attenta valutazione del problema per la prevenzione e la gestione della stessa, in particolare negli anziani istituzionalizzati. La letteratura scientifica presenta un discreto numero di pubblicazioni, strumenti validati e modalità d'intervento per la prevenzione e la gestione efficace della stipsi nella pratica clinico-assistenziale. L'implementazione delle raccomandazioni, suggerite dalle evidenze scientifiche, richiede necessaria-

mente un adattamento locale e la sinergia dei vari operatori coinvolti nell'amministrazione, nella cura e nell'assistenza degli anziani.

Le raccomandazioni, di seguito descritte, sono tratte da due linee guida:

1. "Prevenzione della stipsi nella popolazione anziana", RNAO, 2002;
2. "Gestione della stipsi negli adulti", RNF, 2002.

Per ciascuna raccomandazione è indicata tra parentesi la forza dell'evidenza (A, B, C).

La linea guida relativa alla prevenzione non è applicabile alle persone che presentano condizioni mediche per le quali è prescritta un'assunzione di liquidi limitata, né a persone che assumono analgesici, narcotici o cure palliative.

Le raccomandazioni proposte, non sono da utilizzare alla stregua di "ricette da cucina", ma come un utile strumento di orientamento decisionale nella pratica quotidiana per gli operatori sanitari. Esse dovrebbero essere adattate possibilmente alle preferenze personali e alle specifiche necessità dei pazienti.

RACCOMANDAZIONI

1. *L'accertamento della stipsi include la storia del paziente, un esame fisico ed una registrazione delle evacuazioni (C).*

La storia dell'intestino comprende:

- una descrizione del modello intestinale abituale (frequenza, caratteristiche delle feci, tempo abituale di defecazione).
- Misure adottate per avere una defecazione, incluso l'utilizzo di lassativi (tipo, quantità usata), e l'efficacia delle misure adottate.
- Impressioni del paziente sui movimenti intestinali.
- Storia del problema della stipsi (inizio e quadro generale).
- Abilità nel sentire lo stimolo alla defecazione.

2. *Ottenere informazioni riguardo a (C):*

- la quantità e la tipologia di liquidi assunti giornalmente, compresi caffè e alcool.
- La fibra dietetica assunta abitualmente.
- Gli eventi clinici pregressi che possono essere riferiti a stipsi come disturbi neurologici, diabete, ipotiroidismo, insufficienza

Tabella I - Interpretazione dei livelli di Evidenza

Prevenzione della stipsi nella popolazione anziana (RNAO, 2002)	Gestione della stipsi negli adulti (RNF, 2002)
Raccomandazioni basate su:	Raccomandazioni basate su:
A) almeno uno studio controllato e randomizzato (RCT)	studi sperimentali (con o senza gruppo di controllo)
B) studi clinici ben condotti (no RCT)	studi quasi sperimentali
C) report o opinioni di un comitato competente e/o l'esperienza clinica di un'autorità di rispetto. Indica l'assenza di studi direttamente applicabili di buona qualità.	studi non sperimentali (studi qualitativi o di casi) o descrittivi
	opinione degli esperti e consenso

renale cronica, emorroidi, ragadi, malattie diverticolari, sindrome da intestino irritabile, precedenti interventi chirurgici all'intestino, depressione, demenza, confusione acuta.

3. Eseguire un'analisi dei farmaci del paziente per identificare quelli associati ad un aumento del rischio dello sviluppo di stipsi (B).

- Tra i farmaci che contribuiscono alla stipsi attraverso i loro effetti anticolinergici, sono inclusi: anticolinergici, betabloccanti, istaminici, antistaminici, antiemetici, antipsicotici, antidepressivi, integratori di ferro, analgesici, antiacidi con alluminio, antiipertensivi, oppiacei/narcotici, agenti anti-Parkinson, diuretici, sedativi.

4. Identificare le capacità funzionali del paziente riferite alla mobilità, al mangiare ed al bere, e lo stato cognitivo riferito alle capacità di comunicazione e di esecuzione di semplici istruzioni (C).

5. Condurre un accertamento fisico dell'addome e del retto, compresa una stima della forza del muscolo addomi-

nale, dei rumori dell'intestino, della massa addominale, della presenza di fecaloma, di emorroidi e della integrità del riflesso anale (C).

6. Prima di iniziare il protocollo per la stipsi, si identifichino il modello di intestino (frequenza e carattere di feci, tempo abituale del movimento dell'intestino), episodi di stipsi e/o incontinenza fecale, introito quotidiano di liquidi e alimenti e metodo di evacuazione attraverso l'uso di un diario di registrazione intestinale settimanale (C).

7. L'assunzione di liquidi dovrebbe essere tra 1500-2000 ml/die. Incoraggiare il paziente a prendere sorsi di liquidi durante tutto il giorno ed, ogni qualvolta possibile, eliminare bevande alcoliche e con caffeina (B).

- Non è stato eseguito nessuno studio controllato e randomizzato che misura l'effetto di vari livelli di assunzione di liquidi su un intestino regolarmente funzionante. Comunque, una bassa assunzione di liquidi (minore di 1000 ml/24 ore) è stata associata ad un lento transito nel colon e ad una bassa produzione di feci. L'assunzione

giornaliera di 1500 ml di liquidi viene normalmente citata come la quantità di liquidi richiesta da immettere per avere un normale funzionamento fisiologico del corpo (Harari et al., 1993; Hogstel e Nelson, 1992). Caffè, tè ed alcool dovrebbero essere evitati in base alle loro proprietà diuretiche.

8. L'assunzione di fibra dietetica dovrebbe essere da 25-30 gr/die e gradualmente aumentata una volta che il paziente ha un'assunzione di liquidi costante di 1500 ml/die. È molto raccomandata la consulenza di un dietologo (B).

- Numerosi studi hanno mostrato che la fibra dietetica influenza il tempo di transito nell'intestino, il peso delle feci e la frequenza dei movimenti intestinali. La fibra dietetica aggiunge massa alle feci, assorbe l'acqua come una spugna dando luogo a feci più grosse e più molli, che si muovono più rapidamente attraverso l'intestino. Una intensa dieta di fibre è controindicata per persone immobili (obbligate a letto) o per persone che non consuma-

no almeno 1,5 l di liquidi/giorno (Evans, 1998).

9. L'assunzione di fibra dietetica dovrebbe essere da 10-15 g/1000 calorie nelle persone alimentate con una nutrizione enterale artificiale (opinione di esperti, studi non sperimentali - RNF).

10. Promuovere l'uso della toilet regolare basato sugli intervalli di pasto del paziente (A).

- La soppressione della spinta defecatoria contribuisce alla stipsi, e l'inibizione prolungata può dare luogo alla progressiva inefficacia del riflesso defecativo. Il riflesso gastrocolico, che dà luogo ad una massiccia peristalsi dell'intestino, è più forte quando lo stomaco è vuoto. Per questa ragione, la colazione viene vista come il "pasto per andare di corpo", e la toileting è consigliata da 5 a 15 minuti dopo l'assunzione del pasto (Karam e Nies, 1994). Altri studi, tuttavia, suggeriscono che la toileting dovrebbe aver luogo da 30 a 40 minuti dopo il pasto.

11. Per facilitare l'evacuazione dovrebbe essere usata una posizione accovacciata (B).

- Una posizione seduta e con busto eretto facilita l'evacuazione dall'intestino (Karam e Nies, 1994). Mettendo le ginocchia più in alto delle anche in una posizione accovacciata si crea un aumento della pressione addominale ed aiuta il movimento della massa fecale nel retto.

12. Favorire l'utilizzo della toilet o della comoda per la defecazione; evitare, per quanto possibile, l'utilizzo della padella a letto (opinione degli esperti - RNF).

- La posizione su una padella è "innaturale" e scomoda e può inibire lo stimolo della defecazione.

13. Favorire la posizione laterale sinistra nelle persone che hanno difficoltà a mantenere la posizione seduta; può essere utilizzato un presidio assorbente per incontinenti (opinioni degli esperti - RNF).

- La posizione laterale sinistra facilita il passaggio delle feci dal colon traverso al colon discendente.

14. L'attività fisica dovrebbe essere adattata in base alle abilità fisiche e alla condizione di salute del paziente. Sono raccomandate passeggiate di 15-20 minuti, una o due volte al giorno, per le persone con una buona mobilità. Sono raccomandate deambulazioni di almeno 15 metri due volte al giorno per individui con mobilità limitata (B).

- Per persone incapaci di camminare o costrette a letto, sono raccomandati esercizi come l'inclinazione pelvica, la rotazione della base del tronco e sollevamenti di una gamba alla volta, per una durata di 15-20 minuti almeno due volte al giorno (Karam e Nies, 1994). L'esercizio migliora la peristalsi del colon (Wald, 1990).

15. Valutare la risposta del paziente e la necessità di interventi, attraverso l'uso di un diario dell'intestino che mostri frequenza, carattere ed entità delle evacuazioni, episodi di emissioni di feci negli indumenti e uso di lassativi (orale e rettale) (C).

16. Il trattamento farmacologico è appropriato in un breve periodo se la stipsi non è dovuta ad una malattia organica; esso dovrebbe essere considerato solo dopo l'esito negativo dei trattamenti non far-

macologici (consenso del panel - RNF).

17. Il trattamento farmacologico dovrebbe essere breve e limitato fino al raggiungimento della completa e regolare evacuazione (dati retrospettivi delle complicazioni associate all'uso dei lassativi per lunghi periodi di tempo - RNF).

- Nelle persone che assumono molti farmaci aumenta l'incidenza degli effetti da interazione farmacologica. Molti studi riportano un aumento di rischio di effetti avversi nelle persone che assumono lassativi per lungo tempo. Inoltre un uso eccessivo di lassativi può causare delle lesioni intestinali e l'esacerbazione della stipsi.

18. Prima di implementare il trattamento, le prescrizioni relative ad un trattamento farmacologico della stipsi per le persone assistite negli istituti socio-sanitari dovrebbero essere scritte in un piano assistenziale e dovrebbe essere fatta una valutazione per stabilire la necessità del trattamento e per indirizzare ad un uso appropriato delle differenti classi di lassativi (consenso, RNF).

BIBLIOGRAFIA

Evans WJ. Exercise and nutritional needs of elderly people: effects on muscle and bone. *Gerontology*. 1998; 15(1):15-24.

Harari D., Gurwitz JH, Minaker KL. Constipation in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1993; 41(10):1130-40.

Hogstel M.O., Nelson M. Anticipation and early detection can reduce bowel elimination complications. *Geriatr Nurs*. 1992; 13(1):28-33.

Karam S.E., Nies DM. Student/staff collaboration: a pilot bowel management program. *J Gerontol Nurs*. 1994; 20(3):32-40.

Wald A. Constipation and fecal incontinence in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am*. 1990; 19(2):405-18.