

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno X - N. 3
Settembre 2012
TRIMESTRALE

3/2012

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



ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

I luoghi della cura



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

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

DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

COMITATO EDITORIALE

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo,
Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia,
Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi,
Daniele Villani



ABBONATEVI

Abbonamento annuo (4 numeri) € 10.00

Ritagliare e spedire in busta chiusa ed affrancata o via fax a CIC Edizioni Internazionali - C.so Trieste 42 - 00198 Roma
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruppcic.it

Nome

Cognome

Indirizzo

Città CAP

E-mail

Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura*

Allego assegno bancario non trasferibile di € 10,00
Intestato a: CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Allego ricevuta del versamento sul c.c. postale n° 77628006

Vi autorizzo ad addebitare l'importo di € 10,00
sulla mia Carta di Credito

VISA AMERICAN EXPRESS DINERS CLUB EUROCARD MASTER CARD

N° Carta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di scadenza | | | | |

Digs n. 196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art. 13); saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantire la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

Data e firma

SOMMARIO

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Antonella Onori - onori@gruppcic.it

Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppcic.it

Area marketing & sviluppo

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

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

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

Trimestrale

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

R.O.C.: 6905/128611

Stampa: LITOGRAFTODI srl - Todi (Perugia)

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di agosto 2012

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2012



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

“Demenza: una priorità di salute pubblica”

Antonio Guaita, 4

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Training cognitivo e demenza di Alzheimer:
il ruolo della riserva cognitiva

Claudia Tomasi, Andrea Zangrossi, Susanna Bergamaschi,
Valeria Foschi, Maria Clara Raimondi, Massimo Guarneri,
Federico Pedrabissi, Daniele Villani, Sara Mondini, 6

SPUNTI DI DIBATTITO

È possibile prevenire la demenza?

Gianbattista Guerrini, 10

ESPERIENZE

Gli operatori socio sanitari nel lavoro di cura
con disabili psichici e relazionali

Oliviero Tochich, Monica Pedrazza, 16

La Medicina LungoDegenza: realtà assistenziale
o reparto specialistico per le patologie del Paziente Fragile?

Gian Carlo Giuliani, Laura Palazzi, 21

REVISIONI DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

Il progetto MARA: Miglioramento dell'Assistenza
nelle Residenze per Anziani

Giuseppe Bellelli, Marco Trabucchi, 30

“Demenza: una priorità di salute pubblica”

Antonio Guaita

Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso (MI)

La Federazione Alzheimer Italia ha diffuso, attraverso il suo sito, il rapporto “Demenza: una priorità di salute pubblica” (già reso pubblico lo scorso 11 aprile dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall’Alzheimer’s Disease International (ADI)) in cui si invitano i governi, i politici e le altre parti interessate a considerare le demenze una priorità mondiale di salute pubblica, evidenziando che “questo è veramente un problema globale e non solo una malattia del mondo industriale”. Si sottolinea anche l’urgenza di intervenire: «Con il loro impatto devastante sulle persone affette da demenza, le loro famiglie, le loro comunità e i sistemi sanitari nazionali, le demenze rappresentano non solo un problema di salute pubblica, ma anche un incubo sociale, fiscale ed economico. In tutto il mondo ogni 4 secondi nasce un nuovo caso di demenza. Questo è un tasso di crescita impressionante, pari a 7,7 milioni di nuovi casi ogni anno - le stesse dimensioni delle popolazioni della Svizzera e Israele. I nostri attuali sistemi sanitari non possono far fronte all’esplosione della crisi delle demenze, in quanto tutti noi viviamo più a lungo. Questo imminente disastro economico e del debito pubblico rappresenta una sfida sociale e sanitaria di prim’ordine». Infatti l’invecchiamento della popolazione ha fatto aumentare i casi di demenze degenerative primarie, che sono caratterizzate da deterioramento progressivo delle funzioni cognitive e perdita dell’autonomia necessaria per la vita di relazione.

La forma più frequente e conosciuta è la malattia di Alzheimer, ma sappiamo come vi siano altre forme di demenza, non meno importanti ma meno frequenti, come la demenza di origine vascolare, la demenza a corpi di Lewy, la demenza fronto temporale, il complesso Parkinson-demenza, la degenerazione corticobasale, la paralisi soprannucleare progressiva, ecc.

In Italia il numero delle persone con demenza può essere stimato attorno al milione di persone, di cui 600.000 affette da malattia di Alzheimer. Oggi il rischio di ave-

re la demenza nelle persone con più di 65 anni è di 1 ogni 8 (12,5%), ma se consideriamo la classe di età che più sta crescendo in Italia, cioè gli over 85, il rischio riguarda 1 persona ogni 2,5 (40%)!

Di fronte a questi numeri vi è da considerare anche la natura della malattia, che implica una assistenza continua per un lungo periodo, circa 8 - 10 anni di media, se si esclude la mortalità precoce che riguarda un numero minimo di malati. Questo ne fa una malattia della famiglia, con un “malato nascosto” che è il familiare che si fa carico della assistenza e che corre il rischio di perdere a sua volta la salute, come molti studi dimostrano. Come fronteggiare questo “tsunami” che sta abbattendosi sul mondo intero (e l’Italia non fa eccezione)? Non esiste, oggi, una cura farmacologica o biologica della malattia, ma solo alcuni farmaci che alleviano i sintomi. La loro efficacia è limitata, anche nel tempo, e i farmaci “disease modifyng” non stanno per ora portando risultati. Ne discende la priorità, la necessità, della ricerca di nuove possibilità terapeutiche, accanto ad un diverso programma di intervento del sistema sanitario nazionale che per ora in Italia ignora di fatto il problema. In altri paesi si sono fatti importanti investimenti per la ricerca: in Francia i piani operativi contro l’Alzheimer hanno visto un investimento di un miliardo e 600 milioni di euro per cinque anni, mentre, nel 2009, nel Regno Unito sono stati stanziati, per gli stessi scopi, 150 milioni di sterline, oltre 181 milioni e 375 mila euro, per cinque anni.

Molti passi avanti sono stati compiuti e anche la ricerca italiana ha contribuito a questi progressi, nonostante la scarsità di mezzi.

Oggi sappiamo che esiste una “malattia di Alzheimer senza demenza” cioè una non breve fase “silente” della malattia in cui vi sono dei danni biologici che però non si traducono in danni delle funzioni mentali capaci di interferire con l’autonomia nelle attività quotidiane delle persone affette. Poiché le possibilità terapeutiche sono

EDITORIALE

indirizzate a poter fermare il processo più che a renderlo reversibile (cosa molto difficile nel sistema nervoso centrale), è importantissimo poter rilevare la malattia e fermarla prima che abbia prodotto danni irreparabili. Per questo la ricerca è oggi molto orientata a rilevare dei "marcatori biologici" nel liquor o nel sangue o attraverso le neuroimmagini (PET, RMN) che indichino chi è affetto in modo molto precoce, in modo da poter attuare terapie altrettanto precoci. Anche gli interventi non farmacologici, come l'attività motoria e ludica in campo preventivo, e la stimolazione cognitiva per le fasi iniziali della demenza, sono importantissimi. In questo numero gli articoli di Villani e

Guerrini ben illustrano su quale confortante base di dati oggi possiamo programmare tali interventi, con obiettivi che possono realmente modificare il presente e il futuro della epidemiologia della demenza. Non si tratta infatti di interventi di scarso peso che riguardano solo poche persone: al contrario, potrebbero essere applicati a intere popolazioni e raggiungere riduzioni importanti della incidenza e prevalenza della demenza, o anche della fase sindromica della malattia di Alzheimer. Ricerca farmacologica e interventi non farmacologici sono oggi il binomio necessario per affrontare un futuro ove, quello delle demenze, sarà il problema principale dei sistemi di cura, in Italia e nel mondo.

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

MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

I edizione italiana della III edizione inglese

Sotto l'egida dell'Associazione Italiana
di Psicogeriatría

Volume cartonato di 624 pagine
f.to cm 21x28
€ 120,00



CIC Edizioni Internazionali

Training cognitivo e demenza di Alzheimer: il ruolo della riserva cognitiva

*Claudia Tomasi**, *Andrea Zangrossi**, *Susanna Bergamaschi***,
*Valeria Foschi**, *Maria Clara Raimondi**, *Massimo Guarneri**,
*Federico Pedrabissi**, *Daniele Villani**, *Sara Mondini***

* Casa di Cura Figlie di San Camillo, Cremona;

** Dipartimento di Psicologia Generale, Padova

INTRODUZIONE

Il concetto di riserva cognitiva (CR) è stato proposto per spiegare l'estrema variabilità che si riscontra negli individui con deterioramento cognitivo fra l'espressione dei segni clinici della demenza di Alzheimer (AD) e la presenza di cambiamenti neurodegenerativi, metabolici o genetici alla base della patologia.

L'ipotesi della CR afferma che le persone con un'alta riserva cognitiva sarebbero in grado di fronteggiare meglio l'AD, ritardando la comparsa dei sintomi clinici grazie al reclutamento di reti neurali compensative. Una maggior disponibilità di circuiti neurali "di riserva" sarebbe propria di individui ad alta riserva cognitiva, cioè persone che hanno condotto una vita ricca di esperienze e acquisizione di conoscenze. Tale riserva consentirà ad una persona con alta CR, rispetto a una con bassa CR, di manifestare i sintomi clinici in una fase più tardiva della malattia, cioè quando la patologia sarà più avanzata. Il successivo peggioramento clinico sarà poi molto rapido (Stern, 2009).

Se esistono molti studi che indagano la relazione tra CR, manifestazione dei sintomi e progressione della malattia, al giorno d'oggi poche ricerche hanno analizzato la relazione tra CR e riabilitazione. Lo studio di Olazaràn e collaboratori (2004) è uno dei pochi che affronta tale relazione. Gli autori hanno valutato gli esiti di un trattamento cognitivo-motorio in un gruppo di 84 pazienti con MCI (Mild Cognitive Impairment, che corrisponde alla comparsa dei primi deficit cognitivi) e AD. I risultati han-

no mostrato che il beneficio dell'intervento è maggiore nei pazienti con un basso livello di istruzione rispetto ai pazienti con alta scolarizzazione. Gli autori hanno interpretato questo risultato, apparentemente controintuitivo nel quadro della CR, asserendo che, a partire da un livello simile di gravità clinica, la patologia dovrebbe essere più avanzata nei pazienti con maggior scolarizzazione. Questi pazienti, infatti, trarrebbero meno vantaggio dall'intervento di stimolazione.

Assumendo che ad uno stesso livello di sintomatologia clinica è probabile che un individuo ad alta RC possa avere un grado più avanzato di patologia rispetto ad un paziente con bassa CR, è possibile ipotizzare che il beneficio tratto da un trattamento cognitivo sia maggiore in pazienti a bassa CR.

Lo scopo del presente lavoro è stato pertanto quello di valutare l'influenza della CR sull'esito di un training cognitivo in pazienti con AD. Per far questo è stato utilizzato un indice di riferimento (Cognitive Reserve Index) che comprende non solo il livello di istruzione ma anche l'occupazione e le attività del tempo libero (Cognitive Reserve Index, CRI; Nucci et al., 2012).

PARTECIPANTI

Quindici pazienti (12 donne e 3 uomini) con diagnosi di AD di grado lieve-moderato (punteggio MMSE grezzo medio=20, DS=3.05), con un'età superiore ai 65 anni, sono stati selezionati presso l'Unità di Valutazione

Alzheimer (U.V.A.) della Casa di Cura *Figlie di San Camillo* di Cremona.

METODO

Per quantificare la riserva cognitiva dei pazienti è stato somministrato ai familiari (caregiver dei pazienti) il questionario CRIq (Nucci et al., 2012). Questo strumento consente il calcolo standardizzato della CR attraverso tre indici: la scolarità (CRI-Scuola), il lavoro (CRI-Lavoro) e le attività svolte nel tempo libero (CRI-Tempo Libero). Il CRI-Scuola conteggia il numero di anni di scuola frequentati, il CRI-Lavoro considera il tipo di lavoro (sulla base dell'impegno cognitivo richiesto) e il numero di anni di impiego, infine il CRI-Tempo Libero misura la frequenza di tutte le attività cognitivamente stimolanti esercitate al di fuori della scuola e del lavoro (ad esempio, lettura di libri, attività di volontariato, frequentazione di mostre e concerti, ecc.). In Tabella 1 sono riportati i dati anagrafici e psicometrici dei pazienti.

I pazienti sono stati suddivisi sulla base del punteggio medio CRI della popolazione italiana secondo lo studio di Nucci e collaboratori (2012). Sono stati così ottenuti due gruppi per ciascuno degli indici CRI: il gruppo con alto CRI-totale (≥ 95 ; 9 pazienti con MMSE = 21/30) è stato confrontato con quello con basso CRI-totale (<95 ; 6 pazienti con MMSE = 20.34/30), il gruppo con alto CRI-istruzione (≥ 98) è stato confrontato con quello con bas-

so CRI-istruzione (<98), il gruppo con alto CRI-lavoro (≥ 94) è stato confrontato con quello con basso CRI-lavoro (<94) e infine il gruppo con alto CRI-tempo libero (≥ 95) è stato confrontato con quello con basso CRI-tempo libero (<95). Tutti i pazienti hanno partecipato a un ciclo di training cognitivo (20 incontri di due ore ciascuno) in cui venivano svolti esercizi per stimolare le principali funzioni cognitive quali, ad esempio, la memoria, l'attenzione il ragionamento logico.

Prima e dopo il trattamento è stata somministrata la batteria MODA (Milan Overall Dementia Assessment; Brazzelli et al., 1994) per valutare il quadro cognitivo generale e stabilire l'eventuale differenza tra i punteggi prima e dopo la stimolazione cognitiva. Il MODA è una batteria neuropsicologica costituita da test che indagano diverse abilità cognitive. Si tratta pertanto di un indice psicometrico abbastanza affidabile.

RISULTATI

I risultati indicano una differenza statisticamente significativa tra il gruppo con alto CRI-totale e quello con basso CRI-totale e tra quello con alto CRI-lavoro e quello con basso CRI-lavoro nei punteggi ottenuti all'indice psicometrico di funzionamento cognitivo (MODA): nel gruppo con basso CRI-totale la media delle differenze tra i punteggi a T0 (prima del training) e T1 (dopo il training) è significativamente maggiore di quella del gruppo con alto CRI-totale ($W=44$, $p\text{-value}=0.049$). Questo risul-

Tabella 1 - Età, scolarità, MMSE, MODA e punteggi al CRIq di ogni paziente dello studio.

	PUNTEGGI CRI q						MMSE		MODA	
	età	scolarità	CRI totale	CRI scuola	CRI lavoro	CRI t. libero	T0	T1	T0	T1
Paziente L.Z.	73	13	106	113	95	106	20,7	23,7	73,6	76,4
Paziente G.P.	87	5	105	94	120	96	22,4	24,4	76,7	82,6
Paziente L.R.	89	24	131	127	123	121	24,3	25,3	84,9	81,7
Paziente F.G.	83	16	147	128	132	147	24	24,1	79,1	79,4
Paziente G.S.	70	13	126	112	124	123	19,7	19,7	73,2	80,3
Paziente E.R.	71	5	111	86	118	121	13,3	11,3	54,4	54,2
Paziente R.B.	65	13	106	108	108	99	19,2	22,2	50,8	84,3
Paziente M.N.	71	13	127	124	123	113	21,7	23,7	83,3	80,5
Paziente E.B.	75	8	79	100	71	82	15	20	63,8	60,3
Paziente E.M.	74	5	90	90	71	116	20,3	25,3	74,3	86,8
Paziente L.P.	72	3	87	80	71	119	20,7	22,7	79,5	96,5
Paziente N.G.	87	8	95	104	83	101	17,8	17,8	65,1	75,3
Paziente L.A.	86	5	86	94	89	87	20,4	24,4	63,8	64,7
Paziente C.S.	81	8	93	100	71	113	21,7	23,7	76,3	89,2
Paziente F.D.	69	5	89	85	83	108	22,9	27	88,7	92,1

tato indica che i soggetti con bassa CR hanno ottenuto un maggior miglioramento ai test neuropsicologici in seguito al training.

Inoltre, anche analizzando il sottoindice CRI-lavoro, la differenza media al MODA tra T0 e T1 dei soggetti con basso CRI-lavoro è significativamente maggiore di quella dei soggetti con alto CRI-lavoro ($W=49$ $p=0.013$). Anche in questo caso, dunque, i soggetti con bassa riserva relativamente alla componente lavoro ottengono, in media, un miglioramento maggiore dei soggetti con alta riserva. Rispetto al solo indice CRI-scolarità i due gruppi non evidenziano differenze statisticamente significative a conferma del fatto che il solo livello di scolarizzazione è poco rilevante per ipotizzare una differenziale ($W=19$ $p=0.388$) sensibilità al trattamento cognitivo.

DISCUSSIONE

L'obiettivo del lavoro è stato quello di valutare se il mi-

glioramento dello stato cognitivo generale di un individuo con demenza, a seguito di un training, è influenzato dalla sua riserva cognitiva. I risultati hanno rilevato che il gruppo formato dai soggetti con CRI-totale alto non migliora la sua prestazione al MODA tanto quanto il gruppo di soggetti con CRI-totale basso. Questo dato porta a concludere che i pazienti ad alta riserva cognitiva traggono minor beneficio dal training rispetto ai soggetti con bassa riserva cognitiva.

Tale risultato è in linea con la letteratura (Stern, 2009; Meng e D'Arcy, 2012): un individuo con alta CR inizierebbe a dimostrare i sintomi clinici più tardi di un individuo con bassa CR. Poiché nel nostro campione alla baseline lo stato cognitivo è simile nei due gruppi (punteggio al MMSE), è verosimile pensare che gli individui con alta CR si trovino in uno stadio più avanzato della patologia. Infatti l'alta riserva cognitiva consente ai pazienti di far fronte alla patologia fino ad un certo punto, ma nel momento in cui i sintomi cominciano a manifestarsi, probabilmente la patologia sottostante sarà più avanzata rispetto a quella di pazienti a bassa riserva cognitiva che

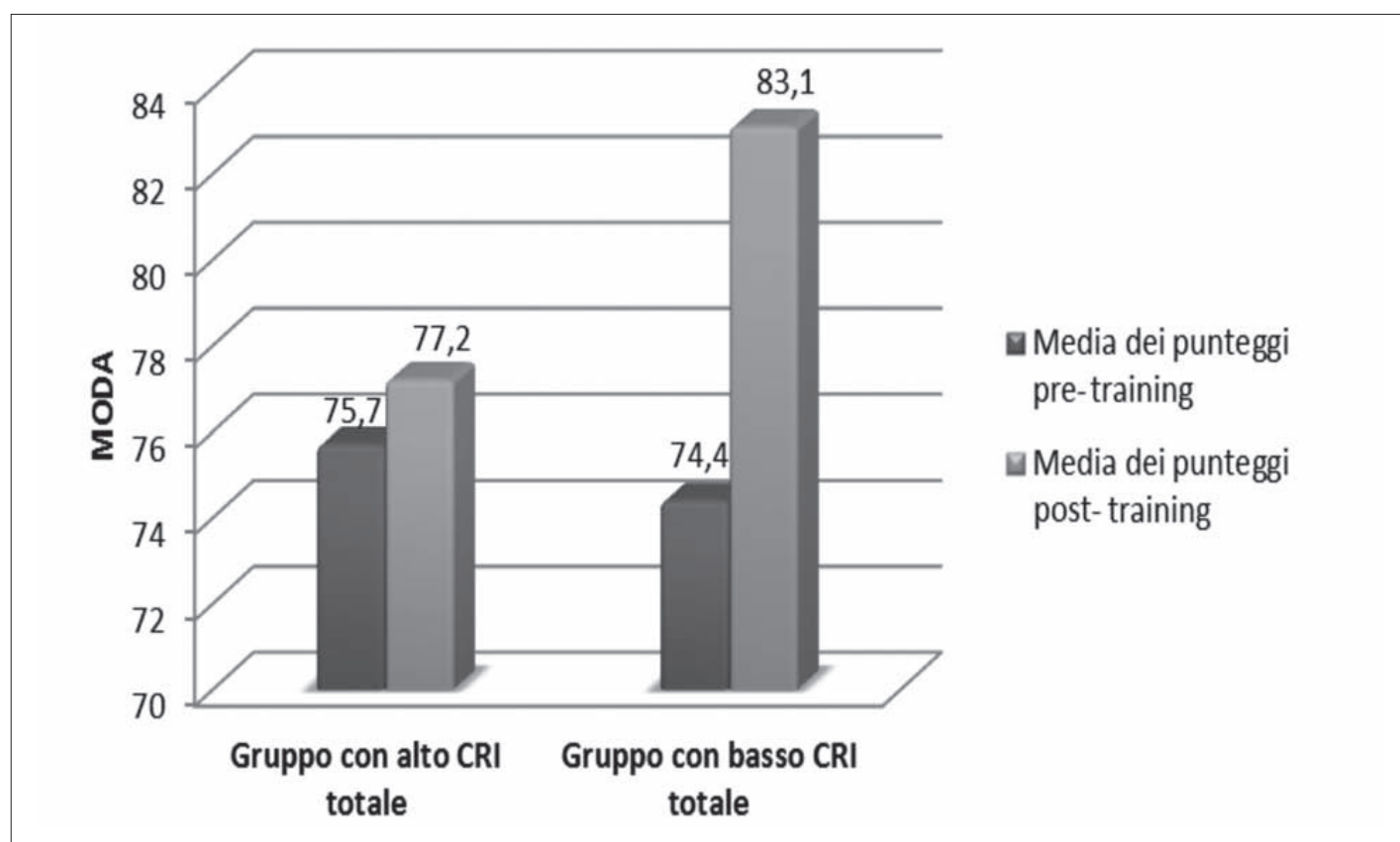


Figura 1 - Confronto tra la media dei punteggi al MODA nella fase pre-training e post-training nei due gruppi di pazienti con alto e basso CRI.

potrebbero trovarsi ad uno stadio più iniziale della malattia. A tal proposito è utile rilevare che nel nostro campione di pazienti l'età media d'esordio della malattia (prima visita presso l'ambulatorio U.V.A.) è più tardiva nei pazienti ad alta CR (78,16 anni, SD=8,495), rispetto al gruppo a bassa CR (74,5 anni, SD=4,51). Questa osservazione conferma la CR come fattore protettivo nei confronti del declino cognitivo: gli individui con alta CR manifestano più tardi i sintomi della patologia. D'altra parte i dati qui presentati ottenuti sull'efficacia di un training dimostrano che i pazienti ad alta riserva cognitiva potrebbero beneficiare meno di un training di stimolazione se confrontati con pazienti a bassa riserva cognitiva ad uno stesso livello di patologia. Dopo questi primi risultati sarà necessario raccogliere dati su un numero maggiore di pazienti, utilizzando anche test psicometrici e interventi di stimolazione di diverso tipo.

BIBLIOGRAFIA

Brazzelli M, Capitani E, Della Sala S, Spinnler H, Zuffi M. A neuropsychological instrument adding to the description of patients with suspected cortical dementia: the Milan overall dementia assessment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1994.

Meng X, D'Arcy C. Education and Dementia in the Context of the Cognitive Reserve Hypothesis: A Systematic Review with Meta-Analyses and Qualitative Analyses. *PLoS ONE* 2012;7(6):e38268.

Nucci M, Mapelli D, Mondini S. The Cognitive Reserve questionnaire (CRIq): a new instrument for measuring the cognitive reserve. *Aging clinical and Experimental Research*, 2012.

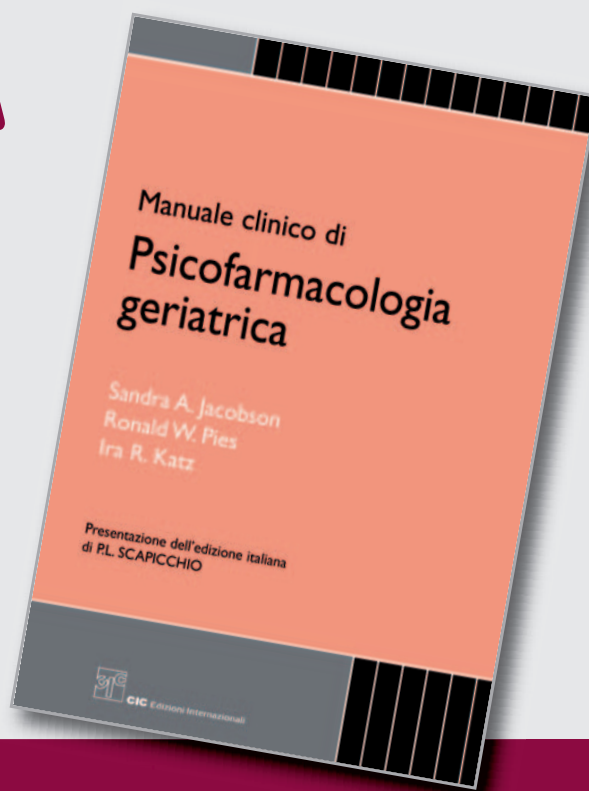
Olazarán J, Muñiz R, Reisberg B, Peña-Casanova J, del Ser T, Cruz-Jentoft AJ, Serrano P, Navarro E, García de la Rocha M.L., Frank A., Galiano M., Fernández-Bullido Y., Serra J.A., González-Salvador MT, Sevilla C. Benefits of cognitive motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology* 2004;63:2348-53.

Stern Y. Cognitive Reserve. *Neuropsychologia* 2009;47:2015-28.

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

Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

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



CIC Edizioni Internazionali

È possibile prevenire la demenza?

Gianbattista Guerrini

Fondazione Brescia Solidale

La demenza colpisce oggi nel mondo oltre 35 milioni di persone: un numero destinato, secondo l'Associazione Internazionale Alzheimer, a raddoppiare nel 2030, per superare, nel 2050, i 115 milioni, in parallelo al progressivo aumento della speranza di vita che coinvolge in misura crescente anche i Paesi a basso e medio reddito. Si tratta di un drammatico problema sanitario e sociale, che incide pesantemente sulla qualità della vita della persona che ne è affetta e della sua famiglia, e i cui costi – che già oggi corrispondono all'1% del PIL mondiale – rischiano di minare non solo la sostenibilità dei sistemi sanitari ma anche lo sviluppo economico e sociale della moderna società.

A fronte di una simile "epidemia", mentre sono sensibilmente migliorate la conoscenza della malattia e le possibilità di una diagnosi accurata e precoce, è ancora molto lontana la disponibilità di una cura efficace.

Oggi sappiamo che la malattia di Alzheimer (la causa di demenza più importante e meglio conosciuta) inizia molti anni prima della comparsa dei primi deficit cognitivi (cioè del "mild cognitive impairment", MCI), ed è possibile diagnosticarla con ragionevole certezza anche in questa fase "preclinica"¹.

Ben diversa è la situazione per quanto riguarda le risorse terapeutiche. Agli anticolinesterasici ed alla memantina (quest'ultima introdotta in Europa nel 2002) non si è aggiunta in questi 10 anni alcuna molecola nuova; tra le molteplici linee di sperimentazione in atto solo il vaccino contro il precursore della proteina beta-amiloide sembra al momento in grado di offrire alcune prospettive, ma i tempi sono tutt'altro che brevi. Secondo gli autori di una recente revisione di tutti gli studi clinici e sperimentali in corso, appare difficile "valutare quanto ci stiamo avvicinando ad un trattamento efficace della malattia di Alzheimer, ma i risultati offerti dai trial clinici non sono in linea con le previsioni ottimistiche di una sua imminente sconfitta".

L'insieme delle considerazioni fatte fin'ora – il progressivo "peso" della demenza sui sistemi sanitari e sociali, la consapevolezza che i segni clinici della malattia sono il punto di arrivo di un processo patologico che inizia anche molto tempo prima e l'attuale carenza di risposte terapeutiche – ha sollecitato un maggior interesse della comunità scientifica per l'individuazione di possibili approcci preventivi alla demenza. Prevenire la malattia, o quanto meno procrastinarne la comparsa e/o rallentare la progressione, avrebbe infatti un forte impatto non solo sulla qualità della vita delle persone che ne sono affette e delle loro famiglie, ma anche sul sistema sanitario e sulla società nel suo complesso.

Se l'età rappresenta il principale, e immodificabile, fattore di rischio (è noto che dopo i 65 anni la probabilità di sviluppare demenza raddoppia approssimativamente ogni 5 anni), lo stile di vita sembra esercitare un'influenza significativa sul rischio di declino cognitivo e di demenza. Più elevati livelli di istruzione, attività lavorative e di tempo libero cognitivamente stimolanti, l'esercizio fisico, una vita di relazione quantitativamente e qualitativamente ricca, e ancora la prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolari – il diabete, la dislipidemia, l'ipertensione, l'obesità – oltre alla dieta Mediterranea, si sono dimostrati in grado di proteggere le funzioni cognitive, di prevenire l'insorgenza della demenza o di rallentare l'evoluzione. Si tratta per lo più di indicazioni provenienti da studi longitudinali, peraltro condotti su ampie popolazioni per pe-

¹ Promosso dalla Provincia di Milano e accompagnato metodologicamente dallo Studio APS di Milano, vi hanno partecipato coordinatori e responsabili di struttura di RSA Don Cumi - Asp di Magenta, Fondazione La Pelucca, RSA Saccardo e Santa Lucia del Gruppo Segesta, Istituto Golgi Redaelli di Abbiategrasso, e operatori sociali di Cesano Boscone, Trezzano sul Naviglio e Locate di Triulzi degli ambiti territoriali di Corsico e Rozzano (Primerano e Tarchini, 2011).

SPUNTI DI DIBATTITO

riodi di tempo anche molto lunghi; meno definitivi sono i risultati offerti dagli studi di intervento e dai trial clinici, ancora poco numerosi e gravati da alcuni limiti metodologici che ne limitano la confrontabilità (per l' inadeguata definizione dei criteri diagnostici, la multifattorialità del declino cognitivo, l'età dei partecipanti, la durata degli studi spesso insufficiente in rapporto alla caratteristica dimensione longitudinale della malattia...). Dall'insieme dei dati disponibili emerge comunque la validità di strategie preventive intraprese precocemente, proseguite lungo tutto l'arco dell'esistenza, e articolate in un'ampia gamma di interventi riconducibili sostanzialmente ad uno stile di vita "sano" ed attivo.

Le pagine che seguono intendono offrire una rapida sintesi delle conoscenze disponibili, rinviando per un approfondimento della tematica alle numerose rassegne della letteratura pubblicate negli anni più recenti (Plasman et al., 2010; Middleton e Yaffe, 2010; Andrieu et al., 2011; Barnes e Yaffe, 2011; Savica e Petersen, 2011).

LIVELLO DI ISTRUZIONE ED ATTIVITÀ COGNITIVA

Il livello di istruzione rappresenta il principale fattore di rischio dopo l'età: persone con maggiore scolarità hanno un rischio di demenza nettamente inferiore alle persone meno istruite. Secondo una meta analisi di 22 studi di coorte condotta da due ricercatori australiani nel 2006 il rischio di demenza si riduce del 47% (OR 0.53) nelle persone più scolari.

L'effetto protettivo della più alta scolarità potrebbe essere legato alle più elevate condizioni socio-economiche, che a loro volta facilitano stili di vita più attenti alla salute. Il rapporto tra istruzione e demenza è però spiegabile anche con l'ipotesi della "riserva cerebrale" o della "riserva cognitiva": gli individui con più elevati livelli di istruzione potrebbero compensare per un tempo più lungo le alterazioni indotte dalla patologia neurodegenerativa grazie ad una maggiore densità sinaptica, alla maggior efficienza delle reti neurali ed alla capacità di mettere in atto strategie compensatorie. Di contro, una volta manifestatasi la demenza, la sua evoluzione appare in questi soggetti più rapida, forse perché le lesioni neuropatologiche hanno già raggiunto maggiori livelli di gravità.

L'effetto protettivo sul declino cognitivo e sulla demenza di un'attività cognitivamente stimolante, sia in ambito lavorativo che nel tempo libero, era segnalato da 16 dei

18 studi longitudinali passati in rassegna da Laura Fratiglioni e collaboratori nel 2004. A sua volta, la metaanalisi già citata ha riportato una riduzione del rischio del 44% (OR 0.56) e del 50% (OR 0.50) rispettivamente per l'attività lavorativa cognitivamente stimolante e per le attività di tempo libero. Secondo un'altra rassegna pubblicata dai ricercatori del Karolinska Institute di Stoccolma nel 2012 tutti i 18 studi osservazionali esaminati relativi all'effetto dell'attività cognitiva sul rischio di declino cognitivo e di demenza mostravano un'azione protettiva indipendentemente dalle differenze nel disegno dello studio e della sua durata.

Anche i risultati degli studi di intervento, pur meno numerosi, vanno nella stessa direzione. Valenzuela e Sachdev (2009) hanno selezionato 7 trial randomizzati controllati nei quali persone anziane in buone condizioni di salute venivano sottoposte ad esercizi di stimolazione cognitiva; globalmente considerati, questi studi segnalano che l'allenamento mentale produce un forte e persistente effetto sulle prestazioni neuropsicologiche. Gli autori concludono che "tenendo conto che intraprendere nuove attività mentali espone ad un minimo rischio – mentre è alta la probabilità che possa aiutare a conservare nel tempo l'integrità delle funzioni cognitive – è opportuno mantenere un elevato livello ed un'ampia gamma di attività mentali, soprattutto dopo il pensionamento".

In alcuni studi longitudinali è stato possibile dimostrare che partecipare ad attività di natura cognitiva in età adulta riduceva l'incidenza della demenza in età senile ad oltre 20 anni di distanza. Sono dati molto interessanti non solo perché suggeriscono la possibilità di una prevenzione primaria della malattia ma anche perché consentono di escludere il cosiddetto "reverse causation bias": la possibilità, cioè, che non sia tanto il mantenimento di attività cognitive (o, come vedremo, motorie o sociali) a ritardare la comparsa della demenza, ma che la scarsa attitudine ad una vita attiva sia in realtà l'espressione precoce di un deterioramento cognitivo ed affettivo "pre-clinico" che, come si è detto, può comparire anche molti anni prima della diagnosi di demenza.

ATTIVITÀ MOTORIA E PREVENZIONE DELLA DEMENZA

Un'ampia messe di dati lascia ormai pochi dubbi sull'efficacia dell'attività motoria nel prevenire il declino cognitivo e la demenza; studi condotti sugli animali e – gra-

zie alle nuove tecniche di imaging – sull'uomo ne hanno, tra l'altro, rivelato i determinanti neurobiologici.

Numerose ricerche longitudinali dimostrano questo effetto protettivo dell'attività fisica, anche di moderata entità, sulle funzioni cognitive. In uno studio prospettico dei fattori di rischio delle fratture osteoporotiche condotto negli USA su quasi 6.000 donne di 65 e più anni seguite per un periodo di 6-8 anni si è riscontrata una relazione inversa tra il numero di isolati percorsi a piedi ogni settimana ed il declino cognitivo; il rischio di andare incontro ad una perdita delle capacità cognitive era del 35% minore nelle donne del quartile superiore di attività motoria (in rapporto al numero di isolati percorsi ogni settimana) rispetto a coloro che rientravano nel quartile più basso. Ad analoghe conclusioni è giunto il "Nurses Health Study": se livelli più elevati di attività motoria condotta in modo continuativo risultano fortemente associati a migliori prestazioni cognitive (con un vantaggio corrispondente ad una riduzione di età pari a 3 anni e del rischio di declino cognitivo del 20%) risultati significativi si osservano anche in donne che si limitano a camminare almeno un'ora e mezza alla settimana ad una velocità di 3-5 chilometri all'ora.

Mantenere una regolare attività fisica riduce inoltre il rischio di demenza. Nell'"Honolulu-Asia Aging Study" in uomini di età compresa tra i 71 ed i 93 anni, senza limitazioni funzionali, seguiti per 6 anni, il rischio di demenza si riduceva del 40% per chi camminava almeno 2 miglia al giorno rispetto alle persone sedentarie.

Nei 3.375 ultrasessantacinquenni partecipanti al "Cardiovascular Health Cognition Study" è stata dimostrata una correlazione inversa tra la comparsa di demenza e il numero di attività di tipo fisico seguite, nonché la loro intensità. Se la riduzione del rischio era del 15% tra le persone incluse nel quartile superiore di consumo energetico rispetto a quelle del quartile inferiore, chi si impegnava in almeno 4 attività presentava un rischio del 49% inferiore alle persone che seguivano al massimo un tipo di attività fisica.

Come già si è osservato per l'attività cognitiva, l'esercizio fisico praticato in età adulta previene l'incidenza della demenza in età senile. Aver svolto in età adulta attività motoria almeno 2 volte alla settimana si associa, secondo un gruppo di ricercatori svedesi, ad un ridotto rischio di demenza (OR 0.48) e di malattia di Alzheimer (OR 0.38) ad una distanza media di 21 anni. Il riscontro è confermato dall'AGES – Reykjavik Study: le persone che in età adulta avevano praticato attività motoria presentavano in età senile – a 26 anni in media di di-

stanza – migliori prestazioni in test di velocità di processing, memoria e funzioni esecutive e minor incidenza di demenza.

Recentemente sono stati resi disponibili i dati del "Framingham Study". Oltre 1.200 persone anziane (età media 76+/- 5 anni) cognitivamente integre alla valutazione del 1986-87 sono state suddivise in 5 quintili di attività motoria; a distanza di quasi due decenni il rischio di sviluppare demenza appare nettamente ridotto nei partecipanti che hanno mantenuto un'attività fisica moderata ed intensa mentre il rischio aumenta nelle persone appartenenti al quintile più basso.

Se appare opportuno praticare attività fisica fin da adulti, i benefici sono evidenti anche quando si inizia in età avanzata, e quando sono presenti condizioni di rischio. Elaborando i dati del citato "Honolulu-Asia Aging Study" è stata valutata l'incidenza della demenza in rapporto sia all'attività fisica sia ai livelli funzionali dei soggetti. Si è visto che non soltanto l'incidenza della demenza si riduce con l'aumento dell'attività fisica e dei livelli funzionali, ma che tale riduzione è più forte, fino a dimezzarsi con livelli elevati di attività fisica, nelle persone con minori prestazioni funzionali all'inizio dello studio, mentre una simile associazione non si evidenzia in persone con livelli funzionali medi ed elevati: sarebbero cioè proprio le persone "più a rischio", come spesso si riscontra in ambito geriatrico, ad avvalersi maggiormente dell'effetto protettivo dell'attività motoria nei confronti della demenza.

Un recente studio australiano ha assegnato casualmente ad un programma di attività fisica (3 sedute settimanali di 50') e ad un gruppo di educazione sanitaria, per la durata di 24 settimane, 170 persone di età media di 68.6 anni che lamentavano disturbo di memoria (MCI). Alla baseline, a 6, 12 e 18 mesi venivano valutati entità dell'attività fisica, le funzioni cognitive, il tono dell'umore e la qualità della vita. In occasione delle rivalutazioni i partecipanti al gruppo di attività motoria venivano sollecitati a mantenersi attivi. A 6 mesi il gruppo intervento migliorava le proprie prestazioni cognitive, mentre il gruppo di controllo peggiorava. Il vantaggio rispetto al gruppo di controllo si manteneva anche a 18 mesi.

Risultati analoghi sono stati ottenuti dallo studio LIFE, che ha randomizzato 102 persone sedentarie di età compresa tra 70 e 89 anni ad elevato rischio di disabilità in un gruppo di attività motoria ed uno di educazione sanitaria. A distanza di un anno, al miglioramento delle prestazioni motorie si associava in maniera significativa un incremento delle performance cognitive.

SPUNTI DI DIBATTITO

Infine uno studio francese, finalizzato a valutare l'efficacia della supplementazione di vitamine C, E e beta-carotene per la prevenzione secondaria della malattia cardiovascolare (con risultati, tra l'altro, negativi) è stato condotto su circa 3.000 donne (medici o infermiere) con malattia cardio-vascolare o con almeno 3 fattori di rischio cardio-vascolare (diabete, ipertensione, dislipidemia, obesità, familiarità). Dopo una valutazione cognitiva alla baseline le partecipanti sono state rivalutate ogni 2 anni per 3 volte; in occasione di ogni valutazione si rilevava anche l'attività motoria nel corso dell'anno precedente. Il declino cognitivo è risultato nettamente minore nelle donne nel 4° e 5° quintile di attività motoria, quelle che camminavano almeno 30 minuti al giorno a passo rapido (5.5 Km/h). In termini di declino cognitivo la differenza tra le donne appartenenti al primo quintile (nessuna attività motoria) e quelle comprese nel 4° e 5° quintile corrispondeva rispettivamente a 5 e 7 anni: chi cammina almeno 30 minuti al giorno è cognitivamente più giovane di 5 o 7 anni!

Numerose ricerche sperimentali condotte sugli animali offrono alcune indicazioni sui meccanismi biologici che sottendono questa relazione tra attività motoria e funzioni cognitive. Si è visto che l'esercizio fisico determina, negli animali vecchi quanto nei giovani, una più elevata produzione di sostanze neurotrofiche, in particolare di *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF) ed un'aumentata proliferazione neuronale nel giro dentato dell'ippocampo. Induce inoltre modificazioni anche in diversi sistemi neurotrasmettitoriali, come una ridotta deplezione di dopamina nello striato ed un aumento dei livelli di serotonina e acetilcolina. Ancora, in ratti transgenici mantenuti in allenamento pare ridursi l'accumulo di proteina beta-amiloide e di radicali liberi.

Anche nell'uomo sono state documentate modificazioni biologiche indotte dall'esercizio fisico. Un primo studio prospettico longitudinale, pubblicato da Rogers nel 1990, aveva dimostrato una riduzione significativa della perfusione cerebrale in pensionati inattivi rispetto a coloro che avevano continuato a lavorare o si mantenevano fisicamente attivi. L'utilizzo delle più recenti tecniche di imaging ha poi permesso di dimostrare, in persone anziane coinvolte in attività di tipo aerobico, un'aumentata attività delle regioni frontali e parietali associata a migliori prestazioni in una prova di attenzione, un aumento del volume cerebrale a livello frontale, occipitale, ma anche della corteccia entorinale e dell'ippocampo e l'incremento del flusso ematico nel giro dentato, regione dell'ippocampo importante per la memoria e per il de-

clino cognitivo senile. È probabile che l'influenza positiva dell'attività motoria sia mediata anche da un più globale miglioramento della funzione cardiorespiratoria e dalla sua influenza positiva sui fattori di rischio cardiovascolare (riduzione della pressione arteriosa, miglioramento del profilo lipidico e della tolleranza glucidica) ormai riconosciuti fattori di rischio anche della demenza degenerativa.

Importante infine è anche l'effetto che l'attività motoria – individuale e soprattutto di gruppo – esercita sul tono dell'umore e sullo stress. È noto infatti che la depressione può aggravare i problemi cognitivi attraverso alcuni meccanismi biologici di danno cerebrale: l'alterata funzionalità del sistema ipotalamo-ipofisi-surrene che si riscontra nella depressione potrebbe infatti generare una condizione di cronica ipercortisolemia che – in particolare nelle aree ippocampali, ricche di recettori per i glucocorticoidi – può ridurre i fattori neurotrofici, inibire la neurogenesi e aumentare la vulnerabilità del cervello ai danni vascolari e alla deposizione di amiloide.

RELAZIONI SOCIALI

L'influenza del mantenimento di rapporti sociali significativi e della partecipazione ad attività sociali sul rischio di declino cognitivo e di demenza è stato meno approfondito dalla letteratura. Alcuni studi osservazionali confermano l'effetto protettivo di una vita di relazione (è importante la qualità dei rapporti sociali più che la loro quantità) e della partecipazione ad attività "socializzanti" di tempo libero (visite ad amici e parenti, partecipazione ad attività culturali, ricreative, religiose, di volontariato), mentre la solitudine sarebbe associata ad un rischio più elevato.

Se lo studio – soprattutto controllato – del rapporto tra vissuto relazionale e funzioni cognitive appare indubbiamente più complesso, sembra giustificato ipotizzare che gli effetti dell'attività mentale, dell'esercizio fisico e dell'integrazione sociale possano condividere meccanismi comuni, stimolando la plasticità cerebrale (e aumentando in questo modo la riserva cognitiva), esercitando un'azione protettiva sui fattori di rischio cardiovascolare e migliorando lo stato affettivo-emotivo, riducendo in questo modo lo stress e la sua azione negativa sulle regioni ippocampali.

FATTORI DI RISCHIO VASCOLARE

È ormai accertato che i fattori di rischio vascolare aumentano il rischio non solo di demenza vascolare ma anche di demenza di Alzheimer. Anche un lieve danno vascolare cerebrale infatti aggrava la compromissione cognitiva. Tra i fattori di rischio cardio-vascolare i più importanti appaiono l'ipertensione ed il diabete. L'ipertensione determina una condizione di ipoperfusione cronica della sostanza bianca, a sua volta associata a declino cognitivo; l'alterazione del microcircolo sembra inoltre favorire, attraverso l'aumento della permeabilità di membrana e la fuoriuscita di proteine nel parenchima cerebrale, l'accumulo della proteina beta-amiloide; al danno endoteliale sarebbero infine riportabili l'aumento dei radicali liberi e dello stress ossidativo, a loro volta coinvolti nella patogenesi della malattia di Alzheimer.

Da alcuni studi longitudinali emerge l'associazione tra ipertensione in età adulta ed aumentato rischio di demenza: una relazione peraltro che appare meno lineare in età avanzata, quando non solo l'ipertensione ma anche bassi valori pressori sono risultati associati ad un'aumentata incidenza di demenza, a riprova della complessità dei percorsi fisiopatologici della malattia e delle modificazioni patofisiologiche cerebrali nel corso della vita. Per quanto poi riguarda il trattamento ipotensivo, mentre alcuni studi osservazionali hanno segnalato una riduzione del rischio di demenza nelle persone che assumevano la terapia ipotensiva, i trial controllati non offrono risultati univoci; si tratta, d'altra parte, di studi disegnati generalmente con altri obiettivi, che per lo più non prevedono una valutazione sufficientemente accurata delle funzioni cognitive.

Secondo la letteratura la presenza di diabete mellito di tipo 2 aumenta il rischio di mild cognitive impairment, di demenza vascolare e di demenza di Alzheimer; nei diabetici il rischio di demenza sarebbe approssimativamente raddoppiato, mentre anche la sola intolleranza al glucosio sembra accelerare la conversione da MCI a demenza. Il rapporto tra diabete e demenza non sembra peraltro solo di natura epidemiologica ma coinvolge il processo patogenetico, anche se le modalità con le quali il diabete potrebbe favorire e/o accelerare il processo neurodegenerativo non sono ancora pienamente comprese. Oltre al danno vascolare indotto dall'iperglicemia – che potrebbe aggravare un processo degenerativo già in atto – sono stati chiamati in causa lo stress ossidativo derivante dall'iperglicemia, che esercita un effetto tossico diretto sui neuroni, il danno neuronale secondario agli epi-

sodi di ipoglicemia nei pazienti in trattamento ipoglicemizzante, nonché lo stato infiammatorio che accompagna il disturbo metabolico. È stata inoltre riscontrata una relazione tra la cascata amiloidogenetica e l'insulina, con un'aumentata secrezione e una ridotta degradazione della proteina beta-amiloide indotte dall'iperinsulinemia; l'ippocampo, come la corteccia entorinale e la corteccia frontale, sarebbe, tra l'altro, ricco di recettori per l'insulina. Non sono disponibili dati certi sull'utilità di un miglior controllo glicemico al fine di prevenire il rischio di demenza; anche nel caso del diabete – come si è osservato per il controllo della pressione – la relazione si modifica con l'età e un controllo rigoroso della glicemia può addirittura esporre in età avanzata ad un rischio aumentato.

Non restano dubbi, al contrario, sull'opportunità di prevenire, almeno fino ai 70 anni, il sovrappeso e l'obesità, condizioni che favoriscono, tra l'altro, l'insorgenza del diabete mellito tipo 2 (anche in questo caso, un Body Mass Index elevato in età più avanzata rappresenterebbe invece un fattore protettivo contro la demenza).

Se le persone affette da dislipidemia presentano un rischio aumentato di demenza, il suo trattamento non ha dimostrato alcuna efficacia; negli studi longitudinali l'uso delle statine non si associa alla riduzione del rischio, mentre in due ampi trial randomizzati controllati la terapia con statine non ha migliorato gli outcome cognitivi.

In conclusione, non sembrano esserci molti dubbi sul ruolo dei fattori vascolari nella patogenesi della demenza, non solo vascolare ma anche degenerativa, o quanto meno sul loro coinvolgimento nel determinarne le manifestazioni cliniche e l'evoluzione nel tempo. In particolare, nei pazienti più anziani la demenza di Alzheimer "pura", così come la demenza vascolare "pura", costituirebbero, secondo molti studiosi, la minoranza di tutti i casi. La possibilità di prevenire il declino cognitivo e la demenza, oltre agli altri eventi cardio e cerebro-vascolari, deve pertanto rappresentare un ulteriore stimolo per un sempre più attento e precoce controllo di tali fattori.

DIETA

L'importanza dei fattori vascolari nella demenza, e il ruolo ormai accertato dei fattori nutrizionali nell'eziologia delle malattie cardiovascolari e di molte malattie croniche degenerative, suggeriscono la possibilità di avvalersi della dieta come misura preventiva contro la demenza. Molti fattori coinvolti nella patogenesi della malattia di Alzheimer – dallo stress ossidativo, alla presenza di ele-

SPUNTI DI DIBATTITO

vati livelli di omocisteina ad una condizione di cronica infiammazione – sono potenzialmente risolvibili con una corretta alimentazione. Un elevato apporto di antiossidanti (quali vitamina C, vitamina E e carotenoidi) e di cofattori del pathway metabolico dell'omocisteina (vitamina B6, B12 e acido folico), un basso apporto di grassi saturi e la loro sostituzione con grassi mono e poliinsaturi nonché un moderato consumo di alcool sembrano garantire, oltre ad una protezione cardio-vascolare, anche una prevenzione del declino cognitivo. L'interesse di molti ricercatori si è pertanto concentrato sulla dieta mediterranea – una dieta ricca di frutta, verdura, legumi, carboidrati complessi, olio d'oliva, pesce e carni bianche, povera di carni rosse e di grassi animali e con un apporto moderato di vino rosso durante i pasti. Una recente meta analisi condotta da un gruppo di autori italiani ha dimostrato che una simile dieta riduce la mortalità totale e l'incidenza e la mortalità sia per patologie cardio-vascolari che per neoplasie. Analogamente è stata riscontrata una correlazione tra dieta mediterranea – soprattutto se associata ad attività fisica – e ridotto rischio di demenza. Né gli studi osservazionali né i trial clinici, al contrario, sono riusciti a dimostrare un effetto preventivo contro la demenza della supplementazione dietetica con vitamine E e C, con vitamina B12 e acido folico e con gli acidi grassi omega-3, a sottolineare, anche in questo campo, l'importanza del pattern alimentare complessivo più che dei singoli componenti. Un ultimo accenno merita la vitamina D: alcuni studi recenti suggeriscono che un tasso sierico più elevato di 25-idrossivitamina D3 sarebbe associato a migliori prestazioni cognitive e ad un loro minor declino: osservazione importante, in considerazione dell'elevata percentuale di persone anziane – soprattutto se istituzionalizzate – con bassi livelli di vitamina D.

CONCLUSIONI

Come si è visto in queste pagine, la maggior parte dei dati che suggeriscono la possibilità di una prevenzione della demenza provengono da studi osservazionali, mentre sono pochi gli studi controllati. Per questi motivi una recente "consensus conference" del National Institutes of Health statunitense ha concluso che "al momento, non si possono trarre conclusioni precise sull'associazione di alcun fattore di rischio modificabile con il declino cognitivo o la malattia di Alzheimer" e che non ci sono dati sufficienti per suggerire a questo fine l'uso di farmaci o

di supplementazioni dietetiche. Al contrario, due importanti esperte americane di demenza, prendendo in considerazione i principali fattori di rischio di demenza riconosciuti dalla letteratura, hanno recentemente calcolato il rischio di aumento della prevalenza della malattia di Alzheimer attribuibile ad ognuno di questi fattori, sulla base della sua prevalenza nella popolazione e della forza della sua relazione con la demenza. Secondo questa analisi, oltre il 50% delle demenze, negli USA e nel mondo, sarebbe potenzialmente attribuibile a fattori di rischio modificabili. La riduzione del solo 10% di tutti i fattori esaminati (diabete mellito, ipertensione ed obesità in età adulta, depressione, inattività fisica, fumo e basso livello di istruzione e di attività cognitive) consentirebbe di evitare oltre 1 milione di malati in tutto il mondo, quasi 200.000 negli Stati Uniti (che diventerebbero rispettivamente 3 milioni e quasi 500.000 se la riduzione fosse del 25%). Forse queste conclusioni sono al momento troppo ottimistiche: d'altra parte, se teniamo presenti, oltre all'attuale carenza di una terapia specifica ed efficace, la lunga durata del processo patologico che conduce alla demenza, la natura multifattoriale della malattia e la marcata interazione del declino cognitivo con la patologia cardio-vascolare in particolare e con la comorbilità somatica e psichica più in generale, appare opportuna, a livello individuale e di popolazione, la scelta decisa di stili di vita che non solo hanno dimostrato la loro capacità di prevenire la patologia vascolare ed altre patologie croniche, ma che – come l'attività fisica, intellettuale e sociale – possono migliorare in modo significativo la qualità della vita delle persone.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia completa può essere richiesta all'autore all'indirizzo: gguerri-
ni@fondazionebssolidale.it

Andrieu S, Aboderin I, Baeyens JP et al. IAGG Workshop: health promotion program on prevention of late onset dementia. *J Nutr Health Aging* 2011;15:562-75.

Barnes DE, Yaffe K. The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurol* 2011;10:819-28.

Middleton LE and Yaffe K. Targets for the prevention of dementia. *J Alzheimer's Dis* 2010;20:915-24.

Plassman BL, Williams JW, Burke JR et al. Systematic review: factors associated with risk for and possible prevention of cognitive decline in later life. *Ann Intern Med* 2010;153:182-93.

Primerano C, Tarchini V. Costellazione RSA. Maggioli Editore, 2011.

Savica R and Petersen RC. Prevention of dementia. *Psychiatr Clin N Am* 2011;34:127-45.

Gli operatori socio sanitari nel lavoro di cura con disabili psichici e relazionali

Oliviero Tochich, Monica Pedrazza

Università degli Studi di Verona

OBIETTIVI E IPOTESI DELLA RICERCA

La ricerca si prefigge l'obiettivo di indagare come lo stile di attaccamento possa influire sul disagio percepito e vissuto dagli operatori socio sanitari durante le occasioni di contatto fisico nel lavoro di cura con disabili psichici e relazionali. Inoltre, il nostro studio intende verificare se e in quale misura il disagio manifestato nella regolazione dello spazio interpersonale con gli utenti sia associato a depersonalizzazione ed esaurimento emotivo.

Le nostre ipotesi prevedono che gli operatori che vivono con maggior facilità il contatto fisico con gli utenti trovino una maggiore soddisfazione nel loro lavoro ed abbiano un commitment (attaccamento) maggiormente di tipo affettivo.

Al contempo ipotizziamo che gli operatori con una maggiore difficoltà nel contatto fisico presentino un commitment di tipo continuativo ed un maggior rischio di soffrire il *burnout*. Infine ipotizziamo che il disagio nel contatto fisico con gli utenti possa essere un predittore efficace del *burnout*, allo stesso modo della scarsa soddisfazione lavorativa e del basso commitment affettivo. Ipotizziamo inoltre che gli operatori classificati secondo la categoria "evitante" manifestino la tendenza a evitare quanto più possibile quelle occasioni di contatto fisico che normalmente si verificano nel contesto lavorativo di cura, con atteggiamenti distaccati o di rifiuto verso gli utenti.

Un altro aspetto che abbiamo preso in considerazione fa riferimento ad alcune caratteristiche tipiche dell'operatore che ha sviluppato uno stile di attaccamento classificato secondo la categoria "ansiosa". A differenza dell'operatore evitante, l'operatore ansioso manifesta un alto desiderio di contatto, anche se ciò non si verifica per fini altruistici, ma piuttosto perché è fortemente preoccupato del rifiuto o dell'abbandono. Egli, di conseguenza, dipende fortemente dall'approvazione degli altri per con-

seguire e mantenere un senso di benessere personale. A lungo andare, questa situazione si può tradurre in quello che Christina Maslach ha definito "esaurimento emotivo", il che comporta una sempre maggiore perdita di energia, nonché la sensazione di aver esaurito le proprie risorse emozionali per affrontare la realtà quotidiana.

L'insieme delle osservazioni e del monitoraggio congiunto delle tre diverse scale che la ricerca prende in considerazione, contatto fisico, attaccamento e *burnout*, ci offre l'occasione per formulare alcune ipotesi:

Attaccamento sicuro: ipotizziamo che gli operatori sicuri abbiano meno esaurimento emotivo e meno difficoltà a entrare in contatto con gli utenti di cui si occupano.

Attaccamento ansioso: ipotizziamo che gli operatori ansiosi abbiano più esaurimento emotivo dei sicuri nonostante abbiano meno difficoltà nel contatto fisico.

Attaccamento evitante: ipotizziamo che gli operatori evitanti abbiano più esaurimento emotivo, sperimentino disagio e difficoltà nell'entrare in contatto con gli utenti di cui si occupano.

STRUMENTI E METODI DELLA RICERCA

Soggetti partecipanti - Il campione che abbiamo esaminato è costituito da 50 operatori socio sanitari che operano in diversi servizi della Fondazione Bresciana Assistenza Psicodisabili (Fobap) Onlus di Brescia. A ciascun soggetto abbiamo somministrato il protocollo contenente tre questionari diversificati, rispettivamente una scala sul contatto fisico, un questionario per misurare l'attaccamento nei soggetti adulti e un questionario sul *burnout*, spiegando loro la finalità della ricerca e garantendo l'anonimato del protocollo. Inoltre, a tutti i partecipanti è stato chiarito che l'analisi statistica sarebbe stata effet-

ESPERIENZE

tuata, per scopi scientifici, aggregando complessivamente i dati e i risultati della ricerca.

Scala sul contatto fisico - La scala sul contatto fisico utilizzata non è altro che una raccolta di alcuni dei molti atteggiamenti e/o accorgimenti agiti dall'operatore nei confronti dei soggetti a cui rivolge il lavoro di cura. La scala, costruita in collaborazione con la Prof.ssa Monica Pedrazza (professore associato di psicologia dei gruppi all'Università di Verona), prende in considerazione due aspetti fondamentali: un primo aspetto riguarda la scelta degli item da utilizzare per costruire una scala completa che tenga conto del maggior grado possibile di veridicità, e in modo tale che ogni operatore chiamato a rispondere al questionario si possa identificare e riconoscere come colui che certamente mette in atto qualsiasi comportamento di aiuto presente nella scala. In un secondo momento abbiamo chiesto agli stessi operatori di individuare e spuntare quei "comportamenti di aiuto" che durante il lavoro di cura compaiono con maggior frequenza, che abbiamo successivamente raccolto nella scala definitiva costituita da dodici item di contatti fisici totali.

Questionario sull'attaccamento - Il questionario che abbiamo somministrato ai soggetti coinvolti nella ricerca è l'Attachment Style Questionnaire di Feeny, Noller e Hanrahan (1994).

L'Attachment Style Questionnaire è un questionario carta-matita di 40 item, per ciascuno dei quali è richiesta risposta su una scala a sei punti per indicare il grado di accordo o disaccordo. Rileva cinque metacategorie (dimensioni) di credenze e schemi d'azioni indicati dal soggetto come suoi propri nelle relazioni di intimità (attaccamento) con gli altri. Le cinque metacategorie, a cui corrispondono altrettante scale dello strumento, sono state individuate mediante analisi fattoriale a partire dagli iniziali 65 item dello strumento somministrati ad un campione di 470 soggetti. Gli item della forma iniziale provenivano dai questionari più diffusi sull'attaccamento. Nella sua forma finale dei 65 item ne sono rimasti 40, attualmente ripartiti appunto in cinque scale: fiducia; disagio per l'intimità; secondarietà delle relazioni; bisogno di approvazione; preoccupazione per le relazioni. Utilizzabile sia per adulti che per adolescenti, il questionario è stato appositamente ideato per poter essere somministrato anche a soggetti che non hanno "mai" avuto relazioni affettive o sessuali significative (considerate "di attaccamento").

Maslach Burnout Inventory (MBI) - Il questionario ruota sostanzialmente in modo differenziato per tre categorie di lavoratori a rischio *burnout* (operatori sanitari; educatori/docenti; lavoratori non utilizzati in attività sociali), tanto da poter parlare di tre questionari diversificati, dedicati ciascuno alle singole categorie lavorative sull'evidenziazione delle tre funzioni (o parametri) che caratterizzano la sindrome del *burnout*:

1) *"l'esaurimento emotivo"* si riferisce alla perdita di energia ed alla sensazione di aver esaurito le proprie risorse emozionali per affrontare la realtà quotidiana. In questo ambito, sintomo ricorrente è il terrore all'idea di doversi recare al lavoro il giorno seguente.

2) la *"depersonalizzazione"* si presenta come un atteggiamento di allontanamento e di rifiuto nei confronti di coloro che richiedono o ricevono la prestazione professionale, il servizio o la cura. Essa consiste nel trattare i destinatari della prestazione come oggetti e non come persone, nel dimostrare distacco ed insensibilità verso gli utenti, i collaboratori e l'organizzazione.

3) la *"ridotta realizzazione personale"* si riferisce ad un sentimento di fallimento professionale e la tendenza ad autovalutarsi negativamente. Il declino della sensazione di competenza professionale è dato anche dal fatto che il professionista si sente in colpa per il disinteresse e l'intolleranza che dimostra verso la sofferenza degli altri e per le relazioni disumanizzate che ha instaurato con i destinatari delle sue prestazioni. Di qui una caduta dell'autostima e della fiducia nelle proprie capacità personali e professionali. Il questionario si concretizza in una serie di test a risposta multipla che servono a valutare i tre parametri di cui sopra, le cui risultanze vanno da 0 a 7 punti, laddove il "mai" corrisponde allo (0) e "ogni giorno" corrisponde al punteggio massimo (7), oltre al contestuale allineamento della scala numerica ai giudizi forniti per i valori intermedi.

ANALISI DEI DATI

Al fine di ridurre gli item volti ad indagare la difficoltà nella gestione del contatto fisico con gli utenti abbiamo applicato ai dati un'analisi fattoriale esplorativa con metodo di estrazione "analisi delle componenti principali" e metodo di rotazione ortogonale "varimax" con normalizzazione di Kaiser. Attraverso 6 iterazioni, sono stati estratti due fattori che spiegano insieme il 56.16% della varianza totale. Il criterio di saturazione del fattore è stato posto come uguale o superiore a 45.

Tabella 1 - Coerenza interna dei fattori della difficoltà nella gestione del contatto fisico.

Fattori	Cronbach's alpha	Item
CF1: Contatto fisico che comporta il superamento del limite dell'intimità personale	873	4, 5, 6, 7, 8, 10, 11
CF2: Contatto fisico di aiuto/supporto che non comporta il superamento del limite dell'intimità personale	634	1, 9, 12

I dodici item della scala si distribuiscono nei fattori:

- Difficoltà nel contatto fisico, che comporta il superamento del limite dell'intimità personale (CF1), che spiega il 45.50% della varianza.

- Difficoltà nel contatto fisico di aiuto/supporto, che non comporta il superamento del limite dell'intimità personale (CF2), che spiega il 10.66% della varianza.

Al fine di testare la coerenza interna del costrutto evidenziato dall'analisi fattoriale (Tab. 1), abbiamo esaminato il valore *alpha* di Cronbach per gli *item* relativi ai due fattori.

Poiché l'*alpha* risulta elevata sia per il fattore "Difficoltà nel contatto fisico che comporta il superamento del limite dell'intimità personale" ($\alpha = .873$; N casi = 50; N *item* = 7) sia per il fattore "Difficoltà nel contatto fisico di aiuto/supporto che non comporta il superamento del limite dell'intimità personale" ($\alpha = .634$; N casi = 50; N *item* = 3), abbiamo deciso di creare due nuove variabili che sintetizzino gli *item* che saturano in maniera rilevante i due fattori.

Abbiamo poi analizzato la coerenza interna dei fattori

che costituiscono la scala somministrata per misurare il tipo d'attaccamento dei soggetti che hanno partecipato al nostro studio (Tab. 2).

Di seguito riportiamo unicamente la misurazione dell'esaurimento emotivo proprio perché sia la dimensione della depersonalizzazione sia la ridotta realizzazione personale hanno un punteggio di *alpha* troppo basso. Con riferimento al *burnout*, la coerenza interna (Tab. 3) del fattore "Esaurimento emotivo" ha un punteggio di *alpha* pari a .680 (N casi = 50; N *item* = 7).

Con riferimento alla variabile stile d'attaccamento insicuro ansioso abbiamo distinto i due gruppi in "ansia bassa" e "ansia alta". Un primo dato interessante si ottiene esaminando questi due gruppi in relazione all'esaurimento emotivo. I dati registrati, infatti, mettono in evidenza che per quanto riguarda l'esaurimento emotivo, la differenza tra i due gruppi risulta significativa ($p < .045$). In particolare i soggetti con ansia bassa hanno bassi punteggi di esaurimento emotivo ($M = 1.96$, $DS = 0.64$) mentre i soggetti con ansia alta hanno punteggi di esaurimento emotivo più elevati ($M = 2.65$, $DS = 0.87$).

Inoltre, pur non presentando differenze significative, chi presenta minori punteggi di ansia, rispetto a chi presenta maggiori punteggi di ansia, ha medie più elevate nella difficoltà nel contatto fisico che comporta il superamento del limite dell'intimità personale, e medie meno elevate nel contatto di aiuto/supporto che non comporta il superamento dell'intimità personale.

Anche osservando le differenze imputabili allo stile d'attaccamento insicuro evitante emergono delle considerazioni interessanti. Tra i soggetti con un elevato livello di evitamento ed i soggetti con un minore livello di evitamento vi è una differenza significativa ($p < .015$) riferita all'esaurimento emotivo. I soggetti con evitamento basso hanno punteggi minori di esaurimento emotivo ($M = 1.81$, $DS = 0.64$) rispetto ai soggetti che presen-

Tabella 2 - Coerenza interna dei fattori dello stile d'attaccamento.

Fattori	Cronbach's alpha	Item
Sicurezza	614	6, 11, 12, 30, 37, 21, 26
Secondarietà delle relazioni	645	1, 2, 4, 9, 10, 13, 32
Disagio nell'intimità	762	3, 5, 8, 17, 18, 22, 24, 27, 28, 39
Preoccupazione	670	7, 16, 19, 20, 25, 33, 34, 36
Bisogno di approvazione	615	14, 15, 23, 29, 31, 35, 38

Tabella 3 - Descrittiva del *burnout*.

Fattori	Cronbach's alpha	Item
Esaurimento emotivo	.680	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14

tano un maggior livello di evitamento ($M = 2,55$, $DS = 0,68$).

Anche in questo caso emergono altre differenze, anche se non significative, che ci aiutano a capire come lo stile d'attaccamento insicuro evitante influenzi la gestione del contatto fisico con l'altro. Infatti, i soggetti con un minore evitamento hanno una minore difficoltà nel contatto fisico sia che comporti il superamento del limite dell'intimità personale, sia che non lo comporti, rispetto ai soggetti che presentano un maggior livello di evitamento.

DISCUSSIONE

Le analisi dei dati raccolti durante il presente studio ci permettono di fare alcune osservazioni. Innanzitutto viene confermata la nostra ipotesi secondo la quale l'ansia e l'evitamento, ovvero le componenti dello stile d'attaccamento insicuro, siano legate all'esaurimento emotivo, componente del *burnout* presa in considerazione. Infatti, dai dati raccolti emerge come i soggetti con punteggi maggiori di ansia e punteggi maggiori di evitamento presentino anche punteggi maggiori nell'esaurimento emotivo, rispetto ai soggetti che invece presentano punteggi minori di ansia ed evitamento. Questi dati sono in parte avvalorati dalle correlazioni che abbiamo svolto; infatti vi è una correlazione positiva tra lo stile d'attaccamento evitante e l'esaurimento emotivo ($r = .419$, $p < .005$), e ciò significa che tanto più un soggetto ha uno stile d'attaccamento insicuro evitante, tanto più lo stesso soggetto corre il rischio di soffrire della sindrome del *burnout*, in particolare della dimensione di esaurimento emotivo.

Sempre osservando le differenze presenti tra chi presenta un maggiore o minore stile d'attaccamento evitante si può notare come chi ha meno evitamento manifesta un minore disagio nel contatto fisico che comporta il superamento del limite dell'intimità personale, rispetto a chi ha un maggiore livello di evitamento. Tale tendenza è replicata anche nel contatto fisico di aiuto/supporto che non comporta il superamento dell'intimità perso-

nale dove, anche in questo caso, si registrano punteggi più bassi di difficoltà nel contatto per i soggetti con evitamento basso, mentre punteggi più elevati sono riferibili a chi presenta un maggior evitamento. Anche in questo caso si registra una correlazione positiva tra stile d'attaccamento insicuro evitante e difficoltà nel contatto fisico di aiuto/supporto che non comporta il superamento del limite dell'intimità personale ($r = .375$, $p < .010$).

Confrontando i risultati appena presentati riferiti ai soggetti con uno stile d'attaccamento poco ansioso e poco evitante emerge un dato interessante in relazione alla difficoltà di gestire il contatto fisico. Infatti, possiamo notare che i soggetti poco insicuri ottengono punteggi più bassi, rispetto ai soggetti più insicuri nella difficoltà di contatto fisico finalizzato all'aiuto ed al supporto che non comporta il superamento dell'intimità personale; ciò equivale a dire che i soggetti sicuri hanno minore difficoltà ad entrare in contatto con gli utenti.

Notiamo inoltre come sia i soggetti con bassa ansia, sia i soggetti con basso evitamento sperimentano anche dei punteggi minori nell'esaurimento emotivo, e ciò conferma l'ipotesi secondo la quale i soggetti che vivono con maggior facilità il contatto fisico con gli utenti trovino anche una maggiore soddisfazione nel lavoro ed investano maggiormente nelle relazioni di tipo affettivo. Inoltre, i gruppi con basso evitamento, oltre ad avere punteggi bassi di esaurimento emotivo e di difficoltà nel contatto fisico, mostrano le caratteristiche tipiche dell'attaccamento sicuro, sperimentano un forte sentimento di fiducia nei confronti degli altri, sentendosi a proprio agio nelle relazioni intime e non manifestando alcun disagio nelle situazioni che implicano il contatto fisico. Questo dato conferma l'ipotesi di partenza secondo la quale gli operatori sicuri soffrono in misura minore di esaurimento emotivo e provano minore difficoltà ad entrare in contatto con gli utenti di cui si occupano.

Di contro, nei soggetti con alto evitamento si registrano punteggi alti nel contatto fisico coinvolgente, mentre nei soggetti con alta ansia la difficoltà nella gestione di tale contatto fisico è minore. Questo dato conferma la nostra seconda ipotesi secondo cui gli operatori ansiosi sperimentano maggior esaurimento emotivo nonostante cerchino frequentemente il contatto con gli utenti di cui si occupano. Questo accade verosimilmente perché l'operatore ansioso manifesta un alto desiderio di contatto, anche se ciò non si verifica per fini altruistici, ma piuttosto per motivi personali, come ad esempio l'essere fortemente preoccupato del rifiuto o dell'abbandono. Egli, di conseguenza, dipende fortemente dal-

l'approvazione degli altri per conseguire e mantenere un senso di benessere personale, e per tali motivi cercherebbe maggiore contatto in quelle occasioni che regolano lo spazio interpersonale nella relazione di cura. A lungo andare, questa situazione comporta la sensazione di aver esaurito le proprie risorse emozionali per affrontare la realtà quotidiana e di conseguenza incorrere nel *burnout*.

I dati raccolti sembrano confermare anche l'ultima delle tre ipotesi, secondo la quale gli operatori con attaccamento evitante sperimentano livelli alti di esaurimento emotivo ed inoltre fanno registrare punteggi alti sia nella difficoltà nel contatto fisico che comporta il superamento del limite dell'intimità personale, sia nei comportamenti di aiuto/supporto che non sconfinano nell'intimità dell'altro.

CONCLUSIONI E INDICAZIONI PER IL FUTURO

Dai risultati emergenti dallo studio si evince che il modo in cui un operatore entra in relazione con l'utenza, e in particolare in quelle occasioni che implicano anche un contatto fisico, oltre che emotivo, è legato ad alcune variabili di personalità proprie di ciascun operatore: come lo stile di attaccamento.

Il *burnout* è una reazione emotiva-cognitiva e comportamentale ed i suoi effetti si ripercuotono sia sulla salute dell'operatore sia sulla sua produttività ed efficienza dell'organizzazione lavorativa. Per tale motivo il problema non si esaurisce nell'individuo ma diventa un problema pubblico, poiché il disagio si ripercuote sul benessere generale della comunità.

L'organizzazione attenta a questi aspetti è un'organizzazione che attribuisce valore alla persona, incrementa il senso di responsabilità di ognuno, favorendo il processo di una migliore conoscenza di sé, indispensabile per agire con minore difficoltà nel lavoro di cura.

BIBLIOGRAFIA

L'Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan. In: Barone L, Del Corno F. La valutazione dell'attaccamento adulto: i questionari autosomministrati. Raffaello Cortina Editore, Milano 2007:181-96.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Ainsworth MDS. Attaccamento e dipendenza. Tr. It. In: Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Raffaello Cortina, Milano 2006:251-94.

Ainsworth MDS, Bowlby J. Un approccio etologico allo sviluppo della personalità. Tr. It. In: Ainsworth MDS. Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Raffaello Cortina, Milano 2006:389-408.

Bowlby J. Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Tr. It. Borighieri, Torino 1952.

Bowlby J. Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre. Tr. It. Borighieri, Torino 1975.

Bowlby J. Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre. Tr. It. Borighieri, Torino 1983.

Bowlby J. Una base sicura. TR. it. Raffaello Cortina, Milano 1989.

Cherniss C. La sindrome del burn out. Centro Scientifico, Torino 1983.

Cois, A, Congia P. Parenting. Stili di attaccamento e disturbi di personalità in un campione di tossicodipendenti, 2007; manoscritto disponibile su <http://www.mondoxsardegna.it>, pp. 1-8.

Contessa G. La sindrome del burn out. In: Il vaso di Pandora 1995;3.

Deidda A. La sindrome del burn out nei servizi alla persona, con particolare riguardo agli operatori della sanità. Diritto sanitario moderno 2005; 4:215.

Main M. L'Attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione. Raffaello Cortina Editore, 2008.

Maslach C. La sindrome del burn out. Il prezzo dell'aiuto agli altri. Cittadella, Assisi 1992.

Maslach C. Maslach Burnout Inventory. (3rd Edition). Ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto - CA 1996.

Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood. Structure, Dynamics, and Change. New York, The Guilford Press, 2007.

Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: Simpson J, Rholes S. Attachment theory and close relationships. New York, Guilford, 1998:143-65.

Mikulincer M, Orbach I, Iavinieli D. Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in subjective self-other similarity. Journal of Personality and Social Psychology 1998;75:436-48.

Mongelli A. La costruzione della professionalità dell'educatore, 1997.

Montagu A. The Human Significance of the Skin, New York, Columbia University Press, 1971 (Il linguaggio della pelle, trad. It. A. Beccarelli, Milano, Garzanti, 1989).

Morris D. Intimate Behaviour; London, Book Club Assoc, 1971 (Il comportamento intimo, trad. it. P. Campioli, Milano, Mondadori, 1986).

Pedrazza M. L' Educatore extrascolastico. Carocci Faber; Roma 2007.

Pedrazza M. Pratiche educative e processi psicologici. L'educatore nei servizi residenziali extrascolastici. Carocci Faber; Roma 2010.

Pallini S. Psicologia dell'attaccamento. Franco Angeli, 2008.

Rossati A, Magro G. Stress e burnout. Carocci editore, 1999.

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

La Medicina LungoDegenza: realtà assistenziale o reparto specialistico per le patologie del Paziente Fragile

Gian Carlo Giuliani, Laura Palazzi

Casa di Cura "Villa Iris", Pianezza (TO)

L'attuale realtà sanitaria italiana risulta caratterizzata da una progressiva crescita di richieste di intervento sanitario nell'ambito di una popolazione sempre più anziana, con sempre maggiori comorbidità, e portatrice di patologie che sempre più superano la fase acuta per trasformarsi in patologie necessitanti frequenti trattamenti medici di stabilizzazione o di cura per riacutizzazioni e/o complicazioni (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005). Risulta pertanto rilevante approfondire nuovi modelli di assistenza che maggiormente soddisfino le esigenze di questa utenza, anche considerando la progressiva riduzione della potenzialità di assistenza da parte dei familiari/caregivers (Golini et al., 2003; Danieli et al., 2000; Tellini et al., 2000; Lucchetti et al., 2005; Diecidue et al., 1994; Bollettino Ufficiale Regione Marche, 1998; Guzzanti, 1998; Punzi et al., 1997).

L'attivazione dei Reparti di Medicina LungoDegenza (o post-acuzie) si colloca proprio in questa fase di cambiamenti strutturali del sistema sanitario sia a livello nazionale sia regionale, rappresentando una diretta conseguenza delle modificazioni derivanti dalla rimodulazione della rete ospedaliera (tendenza alla riduzione dei posti letto con centralizzazione dei reparti di acuzie, riduzione generalizzata della durata della degenza per acuti, tendenza alla progressiva diversificazione specialistica dei posti letto per la funzione di base, finanziamento degli ospedali in base ai DRG) e costituisce una delle possibili opzioni su cui lavorare per ottimizzare le risorse umane ed economiche (Ferrara et al., 2000; Regione Marche, 1999; Rozzini et al., 1992; Meschi et al., 2004). Ecco così che se da un lato si privilegiano i reparti di eccellenza, dall'altro molti ospedali sentono l'esigenza di creare appositi reparti di LungoDegenza al fine di creare un ambiente degenziale per

quei pazienti che non potrebbero ragionevolmente proseguire la loro degenza in reparti per acuti. Sul piano numerico, mentre fino al Piano Sanitario Nazionale del 2006-2008 si individuavano in ogni 1000 abitanti i posti ospedalieri per la post-acuzie (da suddividersi alla pari tra la Riabilitazione e la LungoDegenza), con gli attuali piani di rientro definiti dal Patto per la Salute 2010-2012 con l'Accordo Stato-Regioni tale posto si è ridotto a 0,7 su mille abitanti, attivando anche azioni correttive volte da un lato al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e dall'altro alla riduzione dei costi e della durata di degenza (Bollettino Ufficiale Regione Piemonte, 1991-2012).

Mentre per alcune regioni la Medicina LungoDegenza ha rappresentato un settore di cure riservato al solo settore privato, attualmente anche gli ospedali pubblici stanno organizzando questi tipi di reparti. Reparti che non possono e non devono assolutamente essere confusi con quelli delle Rsa, ove la cronicità ha valenze soprattutto assistenziali e meno sanitarie (Libow, 2000; Merlis, 2000; Gambardella et al., 2002; Cacciatore et al., 1998; The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group, 1997).

Trattata per la prima volta nel cosiddetto Decreto Donat Cattin (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005) nel 1988 la normativa di riferimento tecnico-culturale-organizzativa risulta attualmente nelle mani delle regioni, titolari della competenza a deliberare a tale merito. Tale Decreto elenca il fabbisogno organizzativo e di risorse per ogni singolo modulo composto da 32 posti letto o multipli, dando anche una prima definizione delle tipologie di pazienti ospitabili in tali reparti, vale a dire:

- pazienti con forme croniche stabilizzate, o anziani ultra 65-enni bisognosi di trattamenti di conserva-

zione, impropriamente ricoverati in strutture per acuti a causa della carenza di RSA o dell'insufficienza di forme alternative di ospedalizzazione ed assistenza domiciliare;

- pazienti che necessitano di un primo trattamento di rieducazione funzionale e convalescenza;
- pazienti in fase terminale.

Particolare riguardo deve essere posto dalle Unità Operative (autonome o non autonome) alla qualità della vita dei Pazienti ricoverati, favorendone la socializzazione ed il recupero funzionale, ricorrendo ad operatori della riabilitazione, psicologi, animatori ecc. (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005).

Con le normative successive (1992) si cominciava a differenziare la LungoDegenza medica post-acuzie da quella riabilitativa, differenza non sempre chiara e netta nelle successive normative regionali, dando comunque ad entrambe la dignità di unità operative all'interno della continuità assistenziale. Tali Linee Guida indicavano anche la durata massima della degenza, comunque stimabile in 60 giorni, con un abbattimento della retta riconosciuta alla struttura (retta calcolata per giornata di degenza e non per prestazione a DRG) del 40% una volta superata tale soglia, con ulteriori provvedimenti penalizzanti per degenze troppo protratte (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005).

Con l'inizio degli anni 2000 è stato, infine, attivato l'accreditamento istituzionale al Servizio Sanitario Nazionale, un iter autorizzativo in cui vengono sottoposte ad Audit le strutture sanitarie private e pubbliche, alle quali spetta di dimostrare il possesso di una serie di requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici ed organizzativi (oltre ai requisiti previsti dalla legislazione in tema di sicurezza, abbattimento barriere architettoniche e protezione dall'incendio) per poter esercitare prestazioni mediche (o più genericamente servizi legati al settore della sanità) per conto del Sistema Sanitario Nazionale. Nel caso della LungoDegenza sono stati definiti requisiti comuni a tutte le altre Degenze Mediche, almeno nel caso della Regione Piemonte ("Manuale per l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private" della Regione Piemonte). Esistono comunque molte differenze organizzative delle LungoDegenze a seconda della regione considerata e della natura giuridica e tali differenze sono ascrivibili a:

- maggiore o minore coinvolgimento dell'aspetto riabilitativo;
- durata della degenza, tassativa a 60 giorni per alcune regioni, secondo i bisogni sanitari (da documenta-

re) per altre, fino a raggiungere i 210 giorni per altre ancora;

- prevalenza della presenza del privato in tale settore (circa il 70% agli inizi del 2000, anche se attualmente in calo), differenziato però nelle singole regioni; prevalenza della stessa in Piemonte, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, con scarsa presenza in altre regioni tipo la Toscana e l'Umbria;
- degenza media minore nei reparti pubblici (i dati indicano un periodo <30 giorni) e maggiore in quelli privati, con valori anche >60 giorni e giustificato dall'inserimento nelle strutture private dei casi maggiormente complessi e/o di quelli dotati di importanti problematiche socio-assistenziali;
- mentre l'ente pubblico è dotato di una media di posti letto riconducibile ad un modulo (di 32 posti letto) il privato ha una media per Unità Operativa pari ad oltre 70 posti letto;
- relativamente all'età delle persone ricoverabili, alcune regioni limitano le competenze a soggetti anziani, mentre altre (ad esempio il Piemonte) non pongono alcun tipo di vincolo di età, sottolineando piuttosto la necessità di cure e trattamenti idonei a superare o stabilizzare le limitazioni dell'autosufficienza riconducibili a malattie od infortuni;
- la tipologia dei pazienti ricoverabili, pur nelle diversità regionali, rientra globalmente in quei pazienti non stabilizzati e con pluripatologie invalidanti che necessitano un ulteriore periodo di sorveglianze e cure, specie se in fase terminale, nonché quelli in fase terminale conclamata con necessità di interventi di tipo palliativo e quelli invece in fase post-acuzie stabilizzati ma con problemi medici ancora aperti. Alcune regioni, come detto, prevedono anche interventi di tipo riabilitativo (intensivi o estensivi), anche se generalmente viene indicata la necessità dell'attuazione di interventi di "riattivazione" intendendo con tale termine tutte quelle attività rivolte al mantenimento (o al recupero) delle funzioni presenti, specie nelle attività di vita quotidiana, non solo sul piano riabilitativo ma anche e soprattutto relazionale e sociale;
- ancora sulle caratteristiche del paziente tipo si può riassumere come per alcune regioni questo sia un "paziente fisiatico", per altre sia un "paziente geriatrico", mentre per altre ancora (ad esempio il Piemonte) sia prevalentemente un "paziente internistico vero e proprio", anche se in realtà la figura di "paziente assistibile" che sta attualmente dominando

ESPERIENZE

ed accomunando tutte le realtà post-acute è quella dell'"anziano fragile", definibile come un soggetto di età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche, clinicamente instabile, frequentemente disabile, nel quale sono spesso coesistenti problematiche di tipo socio-economico, quali soprattutto solitudine e povertà;

- in ogni caso, e per tutte le Regioni considerate, il termine "LungoDegenza" (facilmente equivocabile) non va identificato con quello di "parcheggio per cronici", vero attuale rischio per tali tipologie di reparti;
- fondamentali devono risultare i collegamenti con le realtà sanitarie riconducibili alla rete della continuità assistenziale, individuando nelle realtà delle Unità di Valutazione Geriatrica in particolare e nei Servizi di Assistenza Domiciliare (Assistenza Domiciliare Integrata-ADI e Assistenza Domiciliare Programma-ADP) i referenti principali.

Per tutte le regioni sono invece comuni le procedure di ricovero, vale a dire: redazione di una proposta di ricovero giustificativa ("protocollo"), da accettare o meno da parte dell'Unità Operativa di LungoDegenza, specifica documentazione sia di tipo sanitario (lettera di dimissione medica ed infermieristica) sia di tipo amministrativo avente valore di impegnativa. Sono inoltre comuni i requisiti di competenza: assistenza medica ed infermieristica continuativa, terapie mediche, dietetiche, esami laboratoristici e strumentali di ogni livello, medicazioni, riabilitazione di I livello o riattivazione, assistenza diretta e di tipo alberghiero, cure preventive (ad esempio per le lesioni da decubito, le cadute, ecc.), interventi psicologici, interventi di tipo socio-assistenziale con attività di informazione e formazione dei pazienti ma, soprattutto, dei caregivers, nonché interventi di relazione con gli altri Servizi della rete della Continuità Assistenziale (Unità di Valutazione Geriatrica-UVG, ADI, ecc. (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005).

Fondamentale risulta inoltre essere, per tutte le realtà operative, la redazione di appositi indicatori (sia di efficacia sia di efficienza), relativi sia all'appropriatezza della degenza sia delle cure effettuate, agli outcomes (utilizzando anche apposite Scale proprie della Valutazione Multi Dimensionale-VMD), alla registrazione di eventi avversi e sentinella, nonché al gradimento di pazienti, familiari ed operatori. In quest'ottica, la Medicina post-acute si dovrà ispirare ai concetti di multidimensionalità e di multidisciplinarietà tipici della cultura geriatrica, proprio per le caratteristiche della po-

polazione, riconducibili a quelle del cosiddetto "anziano fragile" (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005; Wensing et al., 2001; Marchionni et al., 1988; Pryor et al., 1988; Rudman et al., 1993; Tammaro et al., 2000; Crepaldi, 1993).

Sul piano sanitario, la realtà della Medicina LungoDegenza nasce come annoverabile nell'ambito delle "scienze mediche internistiche", anche se i non pochi collegamenti e le affinità con la Geriatria, dalla quale ne acquisisce alcune peculiarità (il concetto di fragilità dei pazienti, la comorbilità, l'utilizzo della VDM ecc.), fanno sì che, attualmente, la Medicina LungoDegenza rappresenti una equilibrata "fusione" tra queste due specialità mediche. Si segnala inoltre come, contrariamente a quanto si possa inizialmente ipotizzare, la preparazione dei medici che si dedicano a tale settore deve essere la più ampia e flessibile possibile, sia sugli eventi acuti che sulla cronicità, risultando necessarie conoscenze non solo negli ambiti internistici e geriatrici, ma anche in quelli neurologici, ortopedici, fisiatrici, chirurgici ecc., senza dimenticare la necessaria, ma non sempre conosciuta dai medici, cultura del nursing, elemento integrativo dell'assistenza medica importante per incrementare la cultura condivisa con il resto del personale che assiste e cura i pazienti stessi.

L'ESPERIENZA DELLA CASA DI CURA "VILLA IRIS" DI PIANEZZA (TO)

Scopo dello studio è la descrizione della popolazione ricoverata, delle prestazioni, degli outcomes ottenuti e delle peculiarità proprie del più grosso reparto di Medicina LungoDegenza esistente nella regione Piemonte; descrizione finalizzata prevalentemente a definire le attività svolte nei reparti di LungoDegenza oltre che ad incrementarne le finora limitate evidenze su tale tipologia di reparti. In particolare, si tratta dei risultati relativi a 580 pazienti (dimessi + deceduti) nel corso di un periodo di 12 mesi consecutivi (luglio 2010-giugno 2011) da parte della Medicina LungoDegenza della Casa di Cura "Villa Iris" di Pianezza (To), Accreditata con la Regione Piemonte e Certificata (fin dal 1999) ISO 9001. Si tratta di un reparto dotato di 100 posti-letto distribuiti in 4 Unità Funzionali, di cui la responsabilità è a carico di un medico internista, coadiuvato da più aiuti (di cui uno specialista in geriatria) e da alcuni medici specialisti in ambito internistico. Il reparto è inserito in un contesto dotato di altre realtà operative, tra cui un re-

parto di Riabilitazione di I livello ed un ampio Poliambulatorio. Al medesimo reparto, inoltre, fanno capo un Servizio di Riattivazione (con operatori della Riabilitazione per terapie di recupero dell'autonomia), un Servizio di Psiconcologia (per pazienti oncologici ed i loro familiari) nonché un Servizio di Diagnostica Vascolare tramite US (ecocolordoppler per interni ed esterni), un Ambulatorio Specialistico di Geriatria per pazienti esterni, mentre sono utilizzabili dal reparto, stesso gli altri servizi interni alla struttura, vale a dire un Laboratorio Analisi, una Radiologia comprensiva di TC, RMN, ecografia ed esami radiologici, la Logopedia, il Servizio di Psicologia, quello di Riabilitazione, quello di Consulenze Polispécialistiche. Ultimo servizio realizzato dal reparto quello di Informazione e Formazione per Familiari e Caregivers, gestito dai medici all'interno dei periodici incontri e colloqui con i familiari. Tale reparto ha, negli anni, individuato come propria utenza quella indicata dalle dgr piemontesi che sono state negli anni emanate, vale a dire: "pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, che necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, al fine di una stabilizzazione e/o miglioramento clinico funzionale (come ad esempio pazienti portatori delle "grandi insufficienze d'organo" come diagnosi principali, accompagnati da altre patologie che incidono significativamente sul quadro clinico complessivo)" (Bollettino ufficiale Regione Piemonte, 1991-2012).

MATERIALI E METODI

Caratteristiche generali della popolazione ricoverata: il periodo valutato è quello che va dal luglio 2010 al giugno 2011, con analisi dei 580 ricoveri in qualche modo conclusi in tale periodo. Nel periodo definito, l'età media dei pazienti arruolati è risultata pari a 81,60 anni circa. Tale dato, in lenta e costante crescita negli anni, sottolinea non solo l'incremento dell'età media dei pazienti ospedalizzati, ma anche e soprattutto il carattere prevalentemente di tipo geriatrico delle strutture sanitarie per medicina post-acuzie, risultando pari al solo 3,3% la percentuale dei pazienti di età minore ai 65 anni. In particolare aumento risultano, negli ultimi anni, sia la percentuale dei ricoverati che abitano da soli (60%) sia quella relativa a quelli che non hanno parenti prossimi che se ne occupino (28%). Come in tutte le popolazioni studiate in ambito geriatrico la prevalenza percentuale delle femmine sugli uomini risulta particolar-

mente evidente, anche se in calo negli ultimi anni (60% vs 40%) (Giuliani et al., 2003a; Giuliani et al., 2003b; Giuliani et al., 2005; Giuliani et al., 2008). Il dato relativo alla mortalità è particolarmente elevato (pari a circa il 26%), ma commisurato alle condizioni cliniche dei pazienti, molti dei quali ricoverati in piena fase terminale. Tale dato della mortalità risulta, comunque, allineato, se non inferiore a quello proprio della letteratura, forse per differenti campioni di popolazione (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005; Palleschi et al., 2002). La gravità delle condizioni cliniche giustifica, inoltre, anche la durata media della degenza (che attualmente supera i 50 giorni), in crescita nel corso degli anni ed in parte anche riconducibile all'incremento di pazienti anche privi di supporto assistenziale al domicilio e/o dotati di un progetto assistenziale non ancora realizzabile (leggasi inserimento in RSA) e quindi non dimissibili. Essendo avanzata l'età media dei pazienti ricoverati, risulta ovvio come sia particolarmente elevata la presenza del deterioramento cognitivo. In effetti ben il 12% dei pazienti si presenta così deteriorato da non risultare nemmeno somministrabile lo Short Portable Mental Status Questionnaire. 4,5 errori su 10 allo stesso test (classificabile come deterioramento medio) rappresenta invece la media della popolazione valutata, pur in presenza di pazienti certamente non ricoverati per la sola patologia di deterioramento cognitivo.

Patologie presenti: i pazienti ricoverati in LungoDegenza sono dotati di un'elevata comorbilità individuabile nel crescente numero di patologie riportate sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Considerando solo le patologie che hanno giustificato il ricovero e richiesto interventi sanitari diagnostici e terapeutici, abbiamo rilevato una media di 4,57 malattie/paziente. Nel corso degli anni il gruppo di malattie da noi ritenuto più impegnativo (le neoplasie) ha presentato un progressivo incremento, raggiungendo il 28% nella attuale popolazione. In generale però abbiamo avuto: neoplasie (28%), patologie respiratorie (con il 15%), patologie vascolari (con il 14%), cardiopatie (con il 14%), stati marasmatici (con il 7,4%) ecc. Oltre il 15% dei pazienti era anche in terapia con farmaci antidepressivi.

Testistica utilizzata: per il confronto dei risultati ottenuti nella valutazione di alcuni Indicatori di outcome sono stati utilizzati i seguenti Test propri della Valutazione Multi Dimensionale (Cester et al., 2003; Fabris et al., 1989):

- per la valutazione delle condizioni generali comprensive quelle relative all'autonomia è stata utiliz-

ESPERIENZE

- zata la Scala di Norton (Norton et al., 1962);
- per la valutazione quantitativa del deterioramento cognitivo si è ricorso all'uso dello Short Portable Mental Status Questionnaire di E. Pfeiffer (Pfeiffer, 1975);
- per la valutazione del livello di autonomia è stata utilizzata la Scala A.D.L. (Katz et al., 1970);
- per quantificare la comorbidità si è ricorsi alla Scala C.I.R.S. (Cumulative Illness Rating Scale), mentre per il rischio di caduta si è utilizzata una Scala di nostra definizione ispirata a quella utilizzata su questo argomento nei Triage dei Pronto Soccorso Americani (Parmalee et al., 1995);
- per la valutazione globale soggettiva, oggettiva (Fabris et al., 1989), si è utilizzata l'omonima Scala di scuola torinese e dagli stessi Autori si è preso in prestito per la valutazione dell'autosufficienza (o meno) per motivi sanitari della Scala DMI (Indice di Non Autosufficienza) (Fabris et al., 1989);
- i bisogni infermieristici, infine, sono stati quantificati tramite una nostra Scala Validata (I.R.I.S. Lun, vale a dire Indicatore relativo alle Specificità Infermieristiche) (Giuliani et al., 2008).

Per i Pazienti oncologici vengono inoltre somministrate le scale di valutazione del dolore, nonché quelle funzionali di Karnofsky ed ECOG, mentre per casistiche particolari è possibile utilizzare scale relative a patologie d'organo (ad esempio Scala N.Y.H.A. per le cardiopatie, la Scala Churg-Strauss per le epatopatie ecc.). Recentemente è entrata in uso la Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index (Blaylock 1992), nota anche come "Scala di Valutazione della Non Dimissibilità", al fine di poter individuare, fin dall'ingresso, i pazienti che meritavano anche un coinvolgimento (familiare ed istituzionale) finalizzato ad una rapida definizione e programmazione del percorso assistenziale più idoneo per la post-dimissione.

Tecniche statistiche: per la valutazione di eventuali significatività dei risultati derivanti dal confronto tra i punteggi ottenuti all'ingresso ed alle dimissioni dei pazienti non deceduti è stato utilizzato il Test di Student (Antonini et al., 1990).

Valutazione Multi Dimensionale e definizione di outcomes misurabili: a tutti i ricoverati, almeno all'ingresso e, ove possibile, alle dimissioni viene somministrata una batteria di test di valutazione funzionale, facenti parte della VDM, presa in prestito dalla cultura geriatrica. La caratteristica di ogni singola scala utilizzata non è solo quella di poter quantificare le peculiarità orga-

niche e funzionali dei pazienti, ma anche quella di poterle utilizzare come indicatori numerici, sia di attività che di outcome (Cucinotta et al., 1997; Walter et al., 2001; National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998). Relativamente alle condizioni generali ed al rischio per le lesioni da decubito (Nano e Ricci, 1994; Shea, 1975; Smith, 1995; Allman et al., 1986; Bergstrom e Braden, 1992; Zito, 1990; Kenny, 2002) è stata utilizzata, come detto, la Scala Norton che prevede la quantificazione (con un punteggio da 1 a 4) di 5 parametri (condizioni generali, condizioni psichiche, deambulazione, mobilità ed incontinenza), con un punteggio compreso tra 5 (condizioni peggiori) e 20 (condizioni migliori). Nel nostro caso il punteggio relativo ai pazienti è passato da 13,46 (ingresso) a 14,00 (uscita), con una significatività statistica nel confronto ingresso\dimissione dotato di un $p < 0,000001$.

Il successivo confronto tra criteri maggiori e criteri minori per definire la non autosufficienza per motivazioni mediche ha evidenziato sia un calo della media della presenza dei criteri maggiori (da 0,74 a 0,66 con un $p < 0,025$) che di quella dei criteri minori (da 3,20 a 3,00 con un $p < 0,00001$). Nel complesso la % dei non autosufficienti dimessi era pari al 86% all'ingresso ed al 80% alle dimissioni, con un p di significatività nel confronto $< 0,025$.

Il **rischio di caduta** (Rubenstein et al., 1990; Fillenbaum et al., 2000) è stato valutato utilizzando una personale Scala del Rischio di Caduta che valuta quantitativamente 4 parametri (livello di consapevolezza psichica, mobilità, età ed utilizzo di farmaci) con un punteggio da 0 a 6, definendo un totale compreso tra 0 (rischio minimo) e 22 (rischio massimo). Nel nostro caso il punteggio dei pazienti dimessi è diminuito da 13,30 all'ingresso a 12,75 alla dimissione, con un $p < 0,001$ nel confronto statistico.

La **comorbidità** (Giuliani e Palazzi, 2003) è stata valutata con la Scala C.I.R.S., il cui punteggio è direttamente proporzionato alla gravità della comorbidità stessa. Nel nostro caso il punteggio dei pazienti dimessi è positivamente diminuito da 11,48 all'ingresso a 11,16 alle dimissioni, con un $p < 0,001$.

Il **grado di dipendenza nelle A.D.L.** (attività della vita quotidiana) è stato valutato con la Scala A.D.L., che valuta quantitativamente 6 parametri (fare il bagno, vestirsi, uso dei servizi, spostarsi, continenza ed alimentarsi) con un punteggio parziale che va da 1 (massima autonomia) a 3 (totale dipendenza), definendo un punteggio compreso tra 6 (massima autonomia) e 18 (totale di-

pendenza). Nel nostro caso il punteggio dei pazienti dimessi è positivamente diminuito da 13,20 all'ingresso a 12,80 alle dimissioni, con un $p < 0,00001$ nel confronto statistico.

Risultati di altre Scale: i pazienti ricoverati sono generalmente poco a conoscenza delle proprie patologie (per età avanzata, deterioramento cognitivo o per patologie, come quelle neoplastiche, che nell'anziano non sempre vengono completamente comunicate e/o comprese). Discreta è l'accettazione della degenza, mentre la complessità delle condizioni cliniche si riduce notevolmente nel corso della degenza stessa (confronto dotato di un $p < 0,001$). Il carico di lavoro infermieristico (valutato tramite l'utilizzo di una nostra scala infermieristica validata) si riduce positivamente e significativamente nel corso della degenza (9,61 vs 8,13 con un $p < 0,0001$).

Prestazioni Diagnostiche effettuate: il 30% dei pazienti ha effettuato almeno un'urocultura, circa il 5% un ecocolordoppler, il 100% un E.C.G., il 15% un'ecografia internistica, il 18% una T.A.C. o una R.M.N.. Non valutati, invece, i comuni esami radiologici, effettuati in una discreta percentuale. Data la peculiare preparazione internistico-polispecialistica dei medici afferenti all'Unità Operativa Autonoma (UOA), solo il 14% dei pazienti ha dovuto usufruire di altre visite specialistiche interne, riconducibili soprattutto a valutazioni ortopediche, fisiatriche, urologiche e dermatologiche.

Prestazioni terapeutiche effettuate: il 25% dei pazienti ha potuto effettuare un ciclo di riattivazione finalizzata ad un recupero o al miglioramento dell'autonomia (con significativo recupero dell'autonomia e della deambulazione), ed oltre il 5% anche un trattamento di terapie fisiche strumentali, mentre se una valutazione di tipo logopedico è stata effettuata in oltre il 60% dei casi, la presa in carico logopedica è avvenuta in circa il 5% degli stessi. Dei rimanenti pazienti il 4% ha potuto seguire delle sedute di counseling psicologico per disturbi dell'umore o per sindrome ansiosa. Oltre il 33% dei pazienti (prevalentemente oncologici) ha usufruito della terapia del dolore, con maggior utilizzo nel tempo (attualmente quasi esclusivo) di farmaci oppioidi.

Peculiarità assistenziali: circa il 6% dei ricoverati è risultato portatore di una stomia (prevalentemente colostomia), il 3% di una PEG o di un'altra alimentazione enterale, il 15% di ossigenoterapia, il 2% di apparecchio gessato e nel 4% di un "non carico" per motivazioni ortopediche. Circa il 20% dei pazienti è por-

tatore di F.A.C. Il 3% dei pazienti è risultato inoltre essere portatore anche di una patologia psicotica cronica in apparente buon compenso e risultante come singola comorbilità e non come patologia giustificante il ricovero.

Eventi avversi: Nel corso della degenza il 3,5% circa dei pazienti ha presentato una nuova lesione da decubito, lo 0,5% ha sviluppato un'infezione ospedaliera delle vie urinarie, il 5% ha presentato una caduta a terra, il 3% ha richiesto un trasferimento urgente in un reparto per acuti ed lo 0,1% ha presentato una reazione avversa ai farmaci, per un totale di eventi avversi in poco oltre il 12% dei casi. Il 20% dei pazienti cateterizzati all'ingresso ha potuto vedere rimosso lo stesso, con una attesa media per la rimozione di circa 15 giorni dall'ingresso. Le dimissioni "volontarie" sono ben limitate e contenute al 2,2%.

Evoluzione delle lesioni da decubito presenti all'ingresso: oltre il 28% dei pazienti all'ingresso è portatore di lesioni da decubito (prevalentemente sacrali e solo nel 2% trocanteriche), con una media di lesioni/paziente decubitato di 1,6 lesioni, lesioni che presentano nel corso della degenza un netto miglioramento nel punteggio alla Scala Push-Tool 3,0 ($p < 0,0001$) che quantifica la gravità delle lesioni. Limitati sono stati i nuovi casi delle pericolose lesioni trocanteriche.

Provenienza dei pazienti ed evoluzione della degenza: oltre il 96% dei pazienti proveniva direttamente da un reparto ospedaliero per acuti e di tutti i ricoverati il 50% è stato dimesso con rientro al domicilio mentre il 21% circa con inserimento in RSA. L'accoppiata "provenienza da reparto ospedaliero" e "rientro al domicilio", identificabile come una delle prioritarie missioni dei reparti di Lungo Degenza è stata raggiunta nel 46% dei casi. A tale proposito, deve essere sottolineato come da un lato sia in costante crescita la provenienza dai reparti ospedalieri e come dall'altro sia in progressivo ed in-gradescente calo il rientro al domicilio. Questo ad evidenziare sia la gravità delle condizioni fisiche e di quelle di autonomia funzionale che la sempre minore disponibilità e possibilità dei familiari a farsi carico di pazienti non autosufficienti e con discreta comorbilità. Solo il 7% dei ricoveri ha presentato una degenza inferiore ai 10 giorni.

Altre attività a favore dei pazienti: ad oltre il 25% dei pazienti alla dimissione sono stati prescritti degli ausili per il rientro al domicilio, mentre al 5% dei casi è stata attivata l'Assistenza Domiciliare. In oltre 1 caso su 3 è stata richiesta all'ASL di zona la concessione di una

ESPERIENZE

proroga della durata della degenza per motivi sanitari, quasi sempre concessa per altri 60 giorni. Una Scheda Assistenziale Individualizzata è stata compilata per tutti pazienti, così come la VMD.

Attività a favore dei familiari/caregivers: in oltre il 93% dei ricoveri è stato possibile programmare e realizzare fin dall'ingresso un precoce incontro con i familiari/caregivers per definire diagnosi, prognosi, terapie e percorso sanitario-assistenziale, oltre che per fornire iniziali informazioni di tipo assistenziale e sociale (U.V.G. – Invalidità Civile ecc.) (Giuliani et al., 2010). Oltre il 98% dei familiari ha potuto compilare un questionario relativo alle peculiarità assistenziali del paziente prima dell'attuale ricovero.

DISCUSSIONE

Sulla base della VDM utilizzata si apprende come i pazienti arruolati e ricoverati in un reparto di Medicina LungoDegenza siano: prevalentemente non autosufficienti per motivi medici; con parziale ma statisticamente significativo recupero dell'autosufficienza nel corso della degenza; a grande rischio di caduta, rischio che diminuisce significativamente nel corso della degenza; discretamente non autosufficienti all'ingresso, con successivo parziale ma significativo miglioramento dell'autonomia funzionale; portatori di discreta comorbidità, con progressivo successivo significativo miglioramento del compenso clinico; nonché bisognosi di una discreta assistenza infermieristica che diminuisce quantitativamente in modo significativo nel corso della degenza.

L'analisi degli altri parametri valutati ha altresì evidenziato la "fragilità" dei pazienti ricoverati; un prevedibile tasso di mortalità in un contesto di pazienti di età molto avanzata, prevalentemente di sesso femminile e portatori di elevata comorbidità e patologie complesse; un progressivo incremento delle problematiche sociali e familiari dei pazienti, problematiche che certamente possono, direttamente ed indirettamente, aggravare anche il quadro clinico; il miglioramento generale delle lesioni da decubito presenti all'ingresso; la necessità di continue verifiche degli eventi avversi in una popolazione di soggetti fragili e a rischio clinico; l'utilità di relazione con familiari e caregivers, frequentemente ignari dei bisogni assistenziali dei pazienti e delle opportunità gestionali degli stessi offerti dalle ASL e dalle Unità Valutative Geriatriche; i crescenti bisogni assistenziali e non

solo sanitari dei pazienti ricoverati, tali da dover spesso prolungare la degenza; nonché l'utilità confermata dal ricorso a trattamenti riabilitativi (meglio identificabili con il termine di riattivazione), psiconcologici, logopedici e rieducativi in generale.

CONCLUSIONI

L'insieme di tutti i parametri ed indicatori valutati ha confermato l'esistenza di ampie quote di pazienti affetti da patologie invalidanti, identificabili prevalentemente come sub-acute o cronicamente labili, necessitanti di un elevato approccio sanitario ed assistenziale e la cui risoluzione/trattamento non può più essere di competenza dei reparti per acuti né tantomeno attribuibile alle RSA, sottolineando così l'importante ruolo svolto dalle Medicine LungoDegenze, reparti dei quali si avverte sempre più il bisogno (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005).

Certamente molti sono i problemi che circondano ancora questi reparti. Infatti, dubbi o incertezze permangono nelle indicazioni nazionali (o regionali) per quanto riguarda (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005; Bollettino Ufficiale Regione Piemonte, 1991-2012): la tipologia dei pazienti da ammettere al ricovero, l'appropriatezza dei ricoveri evitando errati utilizzi ed invii da parte dei reparti ospedalieri di pazienti con esclusive problematiche sociali, familiari e non sanitarie la cui risoluzione dovrebbe essere più di tipo assistenziale e non sanitario, né tantomeno di pazienti in stadio di terminalità molto avanzato; il peso da assegnare alle attività riabilitative all'interno della LungoDegenza per evitare le duplicazioni con le unità operative di Riabilitazione e Recupero Funzionale di I e II Livello; la riduzione dei frequenti equivoci (con familiari ed operatori sanitari ed assistenziali) sulla durata e sul significato della degenza: grosse problematiche infatti (almeno per quanto riguarda la realtà piemontese) si sono negli anni presentate nei confronti di alcuni familiari dell'utenza, che ritenevano di poter utilizzare queste strutture come sostitutivo delle strutture residenziali; la compatibilità fra la tariffa giornaliera stabilita per la LungoDegenza e gli standard di personale ipotizzati e gli elevati costi di farmaci, parafarmaci e prestazioni sanitarie, senza dimenticare di sottolineare come i costi della giornata di degenza in una lungodegenza ospedaliera possano essere quantificati in circa un quarto rispetto alle unità operative per acu-

ti; la differenziazione (anche tariffaria) tra le varie Medicine Lungodegenza, considerando le significative differenze strutturali e di dotazioni strumentali e mediche tra le stesse, considerando come vengano "equiparati" reparti dotati di limitate possibilità diagnostiche e terapeutiche (limitate possibilità laboratoristiche e radiologiche, assenza di consulenze medico-specialistiche e di attività riabilitativa o quanto meno di riattivazione) con altri dotati anche di servizi normalmente assenti anche in molti Ospedali Pubblici (ad esempio RMN – EcoColorDoppler – Servizio di Riattivazione e di Informazione rivolta ai familiari, presenti, ad esempio, nella sola Villa Iris, come Lungodegenza).

In conclusione, i nostri dati dimostrano come la lungodegenza post-acuzie possa svolgere un ruolo rilevante di cerniera tra le U.O. di medicina generale, geriatrica e specialistica per acuti e le realtà territoriali, permettendo così a molti reparti di medicina generale di recuperare la giusta dimensione nel trattamento dell'acuzie.

Pensiamo inoltre di avere contribuito a definire un nuovo settore di intervento della Medicina Interna, da condividere ed integrare con la Geriatria: quello delle patologie croniche caratterizzate da elevata comorbilità e criticità, le cui linee di indirizzo generale sono da individuare nella gestione della non-autosufficienza, nel trattamento del dolore, nel potenziamento delle capacità residue dei pazienti, nella limitazione dei mezzi di contenimento, nell'utilizzo di riattivazione e mobilitazione, nella cura delle lesioni da decubito e nella prevenzione della sindrome da allettamento, nel controllo della nutrizione e dell'idratazione, nel controllo degli eventi avversi (cadute, lesioni cutanee, danni iatrogeni, catterizzazioni inadeguate ecc.), nel moderato uso dei farmaci, nella valutazione olistica ed anche sociale dei pazienti ricoverati e nel continuo confronto con i familiari/caregiver nonché con i servizi sociali ed il sistema di rete deputata all'assistenza ed alla cura del paziente anziano e fragile sul territorio (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005; Giuliani et al., 2010).

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., Saunders Manual of Nursing Care, W.B. Sanders Company, Philadelphia, 1997.
- Allman RM, Laprade CA, Noel LB, et al. Pressure sores among hospitalized patients. *Ann Intern Med* 1986;105:337-42.
- Antonini FM, Marchionni N, Ferrucci L, Baroni A. La valutazione multidimensionale: la strategia specifica della geriatria. *G Gerontol* 1990;XXXVIII:459-63.
- Bergstrom N, Braden B. A prospective study of pressure score risk among institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:747-58.
- Bollettino Ufficiale della Regione Marche. Piano Sanitario Regionale 1998-2000, 1998.
- Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte. Anni 1991-2012.
- Cacciatore F, Abete P, Ferrara N, et al. Morbidity patterns in aged population in Southern Italy. A survey sampling. *Arch Gerontol Geriatr Suppl* 1998;26:201-3.
- Cadeddu GC, Fioravanti P, Guidi F, Ercolani P, Antonicelli R. Il ruolo della lungodegenza post-acuzie nella continuità assistenziale dell'anziano fragile in medicina interna. *Ann Ital Med Int* 2005;20:97-103.
- Cester A, Piergentili P, Senin U. La Valutazione Multidimensionale Geriatrica. Mareno di Piave (TV), Edizioni Vega; 2003.
- Crepaldi G. Trattato di Gerontologia e Geriatria. Torino, UTET; 1993.
- Cucinotta D, Boni S, Vulcano V, Ravaglia G, Savorani G. La valutazione multidimensionale geriatrica. *G Gerontol* 1997;XLV:641-5.
- Danieli G, Pesaresi F, Brizioli E, Cipollini F, Gardini A, Maffei C, Marchigiani G, Marcosignori A, Pellegrini F. Una proposta per l'organizzazione e il funzionamento della lungodegenza post-acuzie, ASI 2000;37:37-40.
- Diecidue A, Formiconi N, Pirozzi A, Trecate F, Sequi C. Un sistema di valutazione e monitoraggio in una Lungodegenza riabilitativa. In: *Quale salute per l'anziano nel terzo millennio*. Brescia: Gruppo di Ricerca Geriatrica Edizioni 1994:71-5.
- Fabris F, Macchione C, Molaschi M, Ferrario E, Pernigotti L. La Cartella Clinica geriatrica. Una proposta di valutazione funzionale multidimensionale. *Min Med* 1989;80,Suppl. 1:12.
- Ferrara N, Longobardi G, Iannuzzi G, et al. Il ruolo dell'assistenza continuativa nello scompenso cardiaco dell'anziano. *G Gerontol* 2000;XLVIII:700-6.
- Fillenbaum GG, Pieper CF, Cohen HJ, Cornoni-Huntley JC. Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55:M84-M89.
- Gambardella A, Chianese L, Tirelli P, et al. Il contributo della medicina geriatrica. *G Gerontol* 2002;50:421-7.
- Giuliani GC, Menduni T, Fulgido GF. Le infezioni delle vie urinarie inferiori nei Pazienti geriatrici a rischio per piaghe da decubito. *Gazz Med Ital – Arch Sci Med* 1993;152:337-48.
- Giuliani GC, Palazzi L, Maldini L. Come Antichi e Fragili Vasi Cinesi – Appunti di Nursing e Management per gli Operatori dell'Anziano Fragile. Pianezza (To), MS Edizioni, 2010.
- Giuliani GC, Palazzi L, Strabinick A, Pavanello M. Definizione ed utilizzo di una Scala Infermieristica (IRIS Lun) relativa ai carichi infermieristici ed idonea per le lungodegenze e le RSA. *Assistere Anchise* 2008;6:
- Giuliani GC, Palazzi L, U.O.A. Medicina Lungodegenza Casa di Cura "Villa Iris". *Prendersi Cura. Guida all'Assistenza (Domiciliare e Non) del Paziente affetto da Vasculopatia Cerebrale (Acuta e Non)*. Rivoli (To), Neos Edizioni, 2003.

ESPERIENZE

- Giuliani GC, Palazzi L, Venti C, Cena S, Borsa M. Il Laboratorio Analisi nelle lesioni da decubito. Nota I: Parametri ematochimici - Gazz Med Ital - Arch Sci Med 2005;164:287-99.
- Giuliani GC, et al. Definizione di un Protocollo di attività rivolte ai Caregivers di Pazienti ricoverati in Reparti di Medicina Lungodegenza. Geriatria 2003a; Suppl. al Vol. XV:255-256.
- Giuliani GC, et al. Realizzazione di una Progettazione finalizzata alla riduzione del numero delle Lesioni da Decubito di nuova insorgenza ed al miglioramento di quelle già preseti all'ingresso. Geriatria 2003b; Suppl. al Vol. XV:252-254.
- Golini A, Basso S, Reynaud C. L'invecchiamento della popolazione in Italia: una sfida per il paese e un laboratorio per il mondo. G Gerontol 2003;51:528-44.
- Guzzanti E. L'evoluzione e le prospettive dell'assistenza ospedaliera in Italia. Scienza e Management 1998;122:2-3.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, et al. Progress in development of the index of ADL, Gerontologist 1970, Part 1:20-30.
- Kenny RA. Falls in the elderly. G Gerontol 2002;50:410-4.
- Lacetera A, Lamanna P, Montesi I, Senigaglia AR. L'assistenza all'anziano nel territorio. Ruolo della Lungodegenza Post-Acuzie. Geriatria 2001;XIII:331-6.
- Libow LS. Long-term care for the frail elderly. N Engl J Med 2000;342:823-4.
- Lucchetti M, Luzi R, Rinaldi L, Papaleo A. Lungodegenza, RSA, ADI. Tre modalità assistenziali, nella regione Marche, a confronto. G Gerontol 2004;52:140-52.
- Marchionni N, Ferrucci L, Antonini E, Di Bari M, Magnolfi S, Antonini FM. Comprehensive health assessment of the elderly in Italy: preliminary report of an epidemiological study. Danish Medical Bulletin 1988;7:53-7.
- Matthews DE, Fawcett VT. Statistica Medica. Torino, Edizioni Minerva Medica, 1988.
- Merlis M. Caring for the frail elderly: an international review. Health Aff 2000;19:141-9.
- Meschi T, Fiaccadori E, Cocconi S, et al. Analisi del problema "dimissioni difficili" nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma. Ann Ital Med Int 2004;19:109-17.
- Nano M, Ricci E. Le Piaghe da Decubito nel Paziente Anziano. Ed. Minerva Medica, 1994.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Push Tool 3 Version 3.0. 9\15\1998.
- Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospitals. London: National Corporation for the Care of Old People, 1962.
- Palleschi L, De Paola A, Battisti P, Tricerri A, Profenna L, Cerqua G. Fattori predittivi di mortalità e durata della degenza in pazienti ultrasessantenni ricoverati in Unità di Terapia Sub-Intensiva. Geriatria 2002;XIV:239-42.
- Parmalee P, Thurax PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. J. Am Geriatr Soc 1995;43:130-7.
- Pesaresi F, Simoncelli M. La riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza post-acuzie in Italia. Franco Angeli, 2002.
- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975;23:433-41.
- Pryor GA, Myles JW, Williams DR, Anand JK. Team management of the elderly patient with hip fracture. Lancet 1988;1:401-3.
- Punzi M, Cacciatore F, Abete P, et al. Malattie croniche e disabilità - abstract -. G Gerontol 1997;XLV:406.
- Regione Marche, Assessorato Regionale alla Sanità. Linee guida sull'organizzazione e sul funzionamento delle Unità di Lungodegenza ospedaliera, 1999.
- Rozzini R, Carabellese C, Trabucchi M. Medicina nelle residenze per anziani. Masson Italia Edizioni, 1992.
- Rubenstein LZ, Robbins AS, Josephson KR, Schulman BL. The value of assessing falls in an elderly population: a randomized clinical trial. Ann Intern Med 1990;113:308-16.
- Rudman D, Slater EJ, Richardson TJ, Mattson DE. The occurrence of pressure ulcers in three nursing homes. J Gen Intern Med 1993;8:653-8.
- Shea JD. Pressure sores: classification and management. Clin Orthop Relat Res 1975;112:89-100.
- Smith DM. Pressure ulcers in the nursing home. Ann Intern Med 1995;123:433-42.
- Tammaro AE, Casale G, Frustaglia A. Manuale di Geriatria e Gerontologia. Milano: McGraw-Hill Libri Italia; 2000.
- Tellini U, Pellizzari L, Perbellini C, et al. Assistenza postospedaliera nei soggetti anziani. Geriatria 2000;XII:203-12.
- The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. Int J Epidemiol 1997;26:995-1002.
- Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization. JAMA 2001;285:2987-94.
- Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. Qual Life Res 2001;10:141-8.
- Zito A. Le piaghe da decubito nel Paziente anziano. RMP 1990;348:26-33.

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

Il progetto MARA: Miglioramento dell'Assistenza nelle Residenze per Anziani

Giuseppe Bellelli*#, Marco Trabucchi§#

* Università di Milano-Bicocca e Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza

§ Università di Tor Vergata, Roma

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Il progetto Miglioramento dell'Assistenza nelle Residenze per Anziani (MARA) è un'iniziativa che nasce con il preciso scopo di sollevare il problema della qualità dell'assistenza all'interno delle residenze per anziani e case di riposo. Il progetto nasce dall'intuizione di alcuni medici che operano in quei luoghi e in altri ambienti assistenziali, convinti della necessità di rendere sempre più efficaci le cure prestate alle persone non autosufficienti che ivi sono ricoverate. Il progetto è stato supportato in modo incondizionato da Sanofi Aventis, che ha reso possibile il complesso lavoro di stesura dei testi attraverso il supporto economico e l'appoggio morale, quello di una grande azienda interessata al benessere delle persone meno fortunate.

Tra i primi compiti che i curatori del progetto MARA si sono dati, vi è stato quello della realizzazione di un volumetto che si occupasse di alcune tra le maggiori problematiche mediche ed assistenziali nelle Residenze per Anziani. In questa prospettiva è stato identificato un certo numero di medici e responsabili di struttura ai quali è stato affidato il compito di approfondire gli argomenti nella letteratura scientifica più recente ed elaborarne i contenuti. Ogni gruppo è stato coordinato da un collega, che ha avuto la responsabilità di raccogliere i contributi dei componenti e di predisporre un testo unitario, il quale - a sua volta - è stato rivisto da un opinion leader esperto della materia che - pur non lavorando nell'ambito residenze - avesse una particolare sensibilità per i temi trattati.

Il testo è a disposizione di chiunque voglia approfondire le modalità di cura degli anziani istituzionalizzati. I temi

trattati, lo scompenso cardiaco, la trombosi venosa profonda, la fibrillazione atriale, il diabete mellito, le infezioni polmonari sono tra le patologie più comuni ed, al contempo, rappresentano alcune tra le problematiche di più difficile gestione nelle residenze per anziani. Il testo non riporta linee guida né protocolli ma, piuttosto, indicazioni operative che permettano al medico di confrontare la propria personale esperienza con la cultura e l'esperienza di chi ha redatto il volume. Nelle aspettative di chi lo ha curato, questo volumetto vuole costituire un punto di partenza per sensibilizzare un numero crescente di medici ed amministratori a discutere attorno ai temi della terapia nelle residenze per anziani, attraverso un progressivo allargamento dei temi trattati ed un coinvolgimento in incontri di formazione diffusi nel territorio. Retoricamente si potrebbe affermare che è stata lanciata una sfida contro una visione pessimista e residuale, quale è quella, purtroppo, che spesso è presente all'interno delle residenze per anziani.

L'ambizione è anche quella di porre le basi per la creazione di un'associazione di medici ed operatori delle residenze per anziani sulla falsariga dell'American Medical Directors Association (AMDA), associazione scientifica molto nota negli USA. L'AMDA è stata capace, negli anni, di riunire un numero crescente di tutte le figure che, a vario titolo, si occupano dell'assistenza alle persone fragili nelle residenze attorno a temi assistenziali di grande interesse pubblico, sensibilizzando politici, amministratori locali e non, cittadini, associazioni di volontariato. L'AMDA tutti gli anni organizza un congresso ormai di caratura internazionale, rivolto a chiunque lo desideri,

REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

invitando pensatori, scienziati, politici di spicco. Tale associazione ha valorizzato il mondo delle Nursing Homes (le Residenze per Anziani statunitensi), diffondendo sempre più una cultura specifica sui problemi dell'assistenza alle persone anziane istituzionalizzate, enfatizzando i plus di modalità specifiche di cura e riducendo i minus che talvolta derivano dall'ambiente di cura.

Molto tempo fa (quasi vent'anni orsono) uno dei curatori del volumetto MARA introduceva un libro in-titolato "Medicina nelle residenze per anziani" scrivendo: "È stato sostenuto che i medici non amano lavorare in casa di riposo: forse in passato questa affermazione era vera ed ancor oggi ha motivazioni di ordine normativo, però il fascino della presa in carico globale di stati di cronicità e di non autosufficienza coinvolge molti giovani, che ritengono questa una delle frontiere della medicina moderna, alla quale merita di dedicare impegno umano e competenze tecniche. Infatti gli ospiti di una struttura per anziani traggono molto vantaggio da una cura attenta e

qualificata...". Sono passati anni, ma non è cambiato lo spirito con il quale si affronta la cura delle persone ospiti delle residenze; anzi, da molti punti di vista cultura e sensibilità sono nettamente migliorate. È stato un impegno che la medicina geriatrica italiana ha saputo onorare in modo del tutto particolare attraverso la collaborazione di molti. Oggi si deve continuare il percorso, nonostante i cambiamenti che sono sotto gli occhi di qualsiasi osservatore attento, da una parte in meglio perché è maggiore l'attenzione della medicina verso i vecchi ammalati, dall'altra in peggio perché si diffonde sempre più una logica quantitativa, che mette in dubbio l'opportunità delle cure per le persone anziane gravemente compromesse sul piano funzionale e clinico.

Non è possibile fare un bilancio definitivo sull'evoluzione della medicina delle cronicità avvenuta in questi anni, ma è lecita una speranza fondata sulla cultura, l'esperienza e la coscienza di tanti medici che operano nelle residenze per anziani.

