

ISSN 1723 - 7750

Anno XIII - N. 3  
Settembre 2015  
TRIMESTRALE

# I luoghi della cura

3/2015

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



  
SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



**CIC** Edizioni Internazionali

# 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, 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 - Lungotevere Michelangelo 9 - 00192 Roma  
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruppocic.it

Nome .....

Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... CAP .....

E-mail .....

Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura*

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

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

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

VISA  AMERICAN EXPRESS  DINERS CLUB  EUROCARD  MASTER CARD

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

Data di scadenza | | | | |

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

Data e firma .....

## SOMMARIO

### Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

### Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, 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

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

### Direzione, Redazione, Amministrazione:

Lungotevere Michelangelo, 9 - 00192 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 luglio 2015

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 2015



CIC Edizioni Internazionali

## EDITORIALE

**Le badanti straniere in Italia: risorsa e problema**

*Gianbattista Guerrini, 4*

## QUADRO DI RIFERIMENTO

**Come l'età modifica il significato dei fattori di rischio: l'esempio dell'indice di massa corporea, della sindrome metabolica, dell'iperlipidemia e dell'ipertensione**

*Mauro Colombo, Antonio Guaita, 8*

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

**Tacit Knowledge in RSA:**

**le Operatrici Socio-Sanitarie e gli anziani allettati**

*Manuel Franchini, Monica Pedrazza, Arianna Motteran, 15*

## MATERIALI DI LAVORO

**Aspetti teoretici e funzionali della motivazione nel setting riabilitativo**

*Vincenza Frisardi, 20*

## SPUNTI DI DIBATTITO

**Il patto di privacy nella comunicazione della diagnosi di Alzheimer**

*Pietro Vigorelli, 26*

## Le badanti straniere in Italia: risorsa e problema

Gianbattista Guerrini

Fondazione Brescia Solidale

**I**l termine “badante”, fino a pochi anni fa considerato “politicamente” scorretto, è ormai entrato non solo nel lessico comune, forte di una valenza immediatamente connotativa, ma in tutti i vocabolari della lingua italiana. E l’immagine di queste donne straniere, nelle case abitate dai nostri vecchi e per le strade anche dei più piccoli e sperduti centri abitati della Penisola, è ormai parte integrante della geografia umana di una società – come la nostra – in progressivo invecchiamento.

Una presenza ormai esplicita, palese, ma al tempo spesso discreta, nascosta, dai confini labili, della quale non conosciamo neppure le dimensioni; secondo una ricerca condotta nel 2013 dal CENSIS in collaborazione con l’ISMU (Iniziativa e Studi sulla Multietnicità) le donne straniere nelle case degli italiani sarebbero 1.655.000, con un aumento del 53% in 10 anni (1). In realtà, secondo Rusmini e Pasquinelli (2), da anni studiosi attenti di questo fenomeno, tale dato ricomprenderebbe anche donne impiegate come *colf* o *baby sitter*; secondo questi Autori oggi in Italia le assistenti familiari impiegate nell’assistenza agli anziani sarebbero 830.000, per il 90% straniere e in maggioranza senza un contratto di lavoro. Tenendo presente che una parte di esse può assistere anche due persone, il numero di anziani ultra 65enni assistiti da una badante si può ragionevolmente stimare intorno al milione: un numero superiore alla somma degli anziani assistiti a domicilio (sono meno di 700.000) e ricoverati nelle strutture residenziali (poco più di 300.000 nel 2010) (3).

Si tratta di un fenomeno iniziato in sordina e aumentato in maniera esponenziale a partire dagli anni Novanta, accompagnato da una parallela riduzione delle assistenti familiari di origine italiana. Con un trend di crescita continuo, che solo recentemente, come vedremo, evidenzia un rallentamento per gli effetti della crisi economica.

Il fenomeno delle badanti, e i problemi che tale fenomeno spontaneo e largamente incontrollato porta con sé, meritano di essere affrontati da almeno 3 punti di vista:

1. quello del nostro sistema di *welfare*: da dove nasce la richiesta delle badanti, come la loro presenza influisce sulla realtà attuale e sul futuro del nostro stato sociale;
2. quello delle dirette interessate, le badanti: quali biografie si nascondono dietro un profilo collettivo largamente anonimo, quali storie familiari, quali motivazioni, speranze, delusioni, vissuti; quali ricadute, positive ma anche in larga misura negative, ha il loro emigrare sulla loro salute, sulle famiglie che restano in patria, sui loro Paesi;
3. quello delle famiglie che ne utilizzano le prestazioni e degli anziani che ne sono assistiti.

1. Il rapido imporsi della presenza delle badanti rappresenta l’ennesima conferma del ruolo della famiglia quale pilastro essenziale del *welfare* nel nostro Paese. Già nel 1976 Laura Balbo intitolava significativamente un suo volume sul modello di *welfare* del nostro Paese “Stato di famiglia” (4). Un “modello familista di *welfare*” tipico dei paesi dell’Europa mediterranea, che si caratterizza per la limitata offerta di servizi pubblici di cura e l’attribuzione di responsabilità (anche legali) alla famiglia (5): vero e proprio ammortizzatore sociale, a fronte di una limitata disponibilità di servizi di mercato e di servizi pubblici.

È noto che l’Italia, nonostante sia ai primi posti al mondo per tasso di invecchiamento e speranza di vita, destina alle cure continuative, alla *long term care*, solo l’1,28% del proprio PIL, molto meno delle altre nazioni del centro e nord Europa (3); inoltre quasi la metà di tale spesa è rappresentata da trasferimenti monetari alla famiglia, mentre siamo agli ultimi posti

in Europa per la percentuale di anziani utenti dei servizi domiciliari e residenziali.

Il mancato adeguamento del nostro modello di *welfare* alle trasformazioni demografiche e sociali degli ultimi decenni – l'aumento della speranza di vita, che con la riduzione della natalità ha determinato un invecchiamento della popolazione italiana tra i più significativi nel pianeta, e insieme la trasformazione dei modelli di convivenza, con la frammentazione e la riduzione della dimensione media della famiglia – ha obbligato ancora una volta quest'ultima a trovare, proprio nel ricorso alla risorsa a buon mercato rappresentata dalle badanti, una risposta ai bisogni di anziani gravati da condizioni di solitudine, di dipendenza funzionale, di fragilità somatica, di compromissione cognitiva. "L'arrivo delle badanti ... avrebbe fatto in un certo senso da tappo alla crisi del nostro modello di *welfare home made*. Fatte le debite proporzioni, l'arrivo delle immigrate avrebbe svolto esattamente la stessa funzione di ammortizzatore sociale assolta finora dalla famiglia autoctona. In questo modo lo shock della transizione è stato evitato, passando senza sbalzi dalla realtà degli aiuti familiari, interamente giocati nella sfera delle relazioni affettive e di sangue, al simulacro, al surrogato, di quegli aiuti trasferiti sulle spalle delle badanti ... Donne con donne. Privato con privato. Informale con informale" (6).

Ma è sostenibile questo modello di *welfare*? Quale futuro si prospetta per le badanti? La risposta non appare scontata. È innegabile che proprio la presenza di una risposta "facile" e del tutto privata alla domanda di assistenza alle persone non autosufficienti rischia di confermare un modello di *welfare* in cui le istituzioni delegano alle famiglie l'onere della cura: in questa prospettiva, il ricorso alle badanti – in una sorta di "circolo vizioso" – sembrerebbe destinato ad aumentare. A queste conclusioni perveniva nel 2009 un *Delphi Group* promosso dal Centro Studi Politiche Internazionali (7), che prevedeva nel decennio a venire un aumento della richiesta di assistenza a domicilio in coabitazione, destinata soprattutto ad anziani non autosufficienti. Analoga appare la valutazione delle famiglie intervistate nella citata indagine del Censis-Ismu (1) che per il 49.4% ritengono che avranno sempre maggiori difficoltà a sostenere l'assistenza al proprio congiunto.

Ma le stesse famiglie, in una percentuale poco inferiore, sono consapevoli che dovranno comunque rinunciare, per problemi economici, all'aiuto della badante. In

realtà nel 2009, all'indomani dello "scoppio" della crisi economica, l'aumento che sembrava incessante delle badanti si arresta e tra il 2009 e il 2011 si assiste a una riduzione di 80.000 lavoratori domestici registrati all'INPS (8); un'ulteriore flessione del ricorso ai collaboratori familiari è segnalato, per il 2013, anche dal rapporto Censis – Unipol (9). Al tempo stesso, complici il peggioramento delle condizioni economiche e la crisi occupazionale, cresce la percentuale di famiglie che affrontano da sole l'impegno assistenziale nonché la disponibilità delle donne italiane al lavoro di cura.

Nei prossimi anni l'aumento della domanda di cura (conseguente all'incremento assoluto del numero di anziani appartenenti alle fasce di età più avanzata) e la riduzione dell'importo delle pensioni, a fronte della difficoltà a comprimere ulteriormente i salari delle badanti, renderà verosimilmente più difficile confermare l'attuale modello di "*welfare privato*". Vi è poi l'incognita dell'evoluzione economica e demografica dei Paesi dai quali proviene il flusso oggi apparentemente inesauribile delle badanti. Trasformazioni di natura economica (come si è verificato ad esempio in Polonia, inizialmente uno dei Paesi di provenienza delle badanti) o demografica (come si sta verificando in Romania) potrebbero ridurre la disponibilità di lavoratori a basso costo, dando così ragione della definizione che il sociologo Giovanni Sgritta (6) dà del nostro stato sociale come di un "*welfare senza futuro*". Se a queste considerazioni aggiungiamo il rischio – già del tutto attuale – della dequalificazione di cure domiciliari affidate spesso unicamente a persone prive di competenze professionali e della difficile integrazione tra le badanti e gli altri nodi della rete, appare non più rinviabile un ripensamento profondo del nostro stato sociale, che lo renda capace di farsi carico dei nuovi bisogni degli anziani non autosufficienti.

2. Si è detto come il rapido e vertiginoso aumento delle badanti nelle case dei vecchi italiani sia stato determinato, oltre che dall'incapacità dello stato sociale di rispondere alla domanda di cura di una popolazione in rapido invecchiamento, anche dall'incontro tra una domanda privata che privilegia la domiciliarità e un'offerta di forza lavoro femminile disponibile alla coabitazione (condizione che consente, tra l'altro, di massimizzare i guadagni) e attirata dai vantaggi di un'opportunità occupazionale che non presuppone formazione specifica e nella quale i rischi della clandestinità, data la diffusa accettazione

sociale del lavoro sommerso nel nostro Paese, sono sostanzialmente contenuti.

I progetti migratori che muovono questo esercito di donne straniere sono tra loro diversi: taluni, di lungo periodo, prevedono la riqualificazione professionale, il ricongiungimento familiare del coniuge e dei figli e la stabilizzazione definitiva; in altri casi si tratta di progetti di breve-medio periodo, finalizzati al superamento di un periodo di difficoltà economiche del nucleo familiare, e prevedono il ritorno al Paese d'origine.

In tutti i casi la molla che spinge queste donne a emigrare è costituita indubbiamente dalle difficoltà economiche che opprimono i Paesi d'origine: l'oriente prima – le Filippine, l'America Latina e l'Africa in un secondo momento, fino ai Paesi del blocco ex sovietico dopo la caduta del muro e la dissoluzione dell'URSS, la disoccupazione, i bassi salari, l'elevato costo della vita, la necessità di mantenere la famiglia, di dare un futuro ai propri figli. Ma gioca un ruolo importante anche la volontà di rompere modelli familiari e culturali avvertiti come inadeguati, di emanciparsi, di “rafforzare la propria capacità decisionale”, di “rinegoziare il proprio ruolo di donna/moglie/compagna/madre/figlia” di “ridefinire la propria autonomia” (10): anche se è paradossale che l'affermazione di una nuova centralità della donna nella famiglia si realizzi proprio attraverso un percorso di dequalificazione professionale e di ripiegamento nel ruolo più tradizionale della condizione femminile. “Donne che sostituiscono altre donne in un'attività di lavoro che si conferma come un destino declinato al femminile”, come scrive Sgritta (6).

Se i vantaggi immediati, in termini di miglioramento della situazione economica familiare, sono innegabili, altrettanto evidenti sono le conseguenze negative di questa scelta migratoria: per le donne che emigrano, per le loro famiglie, i figli soprattutto, e per i Paesi d'origine.

Le tensioni emotive, la sofferenza, le difficoltà materiali, l'isolamento, la perenne sensazione di precarietà, le umiliazioni di cui sono spesso vittime le badanti sono all'origine di una vera e propria sindrome, la “sindrome delle badanti” (o “sindrome italiana”, come viene definita in Ucraina): fatta di nostalgia, di negazione del presente, di depressione, di angoscia, di sensi di colpa per aver abbandonato i propri figli. Problematiche che non possono non riflettersi su tutto il nucleo familiare, sui rapporti con il partner, sui genitori, in particolare sui figli, che riescono a mantenere con la madre solo una difficile “intimità a distanza”, che crescono e affrontano i problemi del-

l'adolescenza lontano dalle madri, affidati ai padri spesso disoccupati ed etilisti, ai nonni, agli zii, se non agli Istituti per l'infanzia, veri e propri “orfani di genitori vivi” (11): vittime a loro volta di disagio psichico, di depressione, di agiti suicidari.

Il “drenaggio di cure” verso il nostro Paese è infine causa di impoverimento del *welfare* dei Paesi di provenienza: perché riduce le risorse di *care* informale nelle famiglie di origine e aumenta la domanda – per lo più disattesa – di sostegno educativo e scolastico ai minori in difficoltà e di assistenza agli anziani. “Il costo personale si trasforma così in un costo sociale, reso del resto già alto dal forte sbilanciamento demografico che colpisce tutti i paesi a forte emigrazione che perdono una percentuale importante di popolazione attiva” (7), tra l'altro generalmente caratterizzata da elevati livelli di istruzione e di competenze professionali (in una recente ricerca condotta in Lombardia da Barbara De Roit e Carla Facchini il 50% delle badanti intervistate era in possesso di diploma di scuola media superiore o di laurea) (12).

3. Le sofferenze, le difficoltà, i disagi psicologici ed esistenziali delle badanti non possono non riverberarsi “sul modo con cui queste donne vivono la loro quotidianità, accentuando la criticità insita nel lavoro di cura di soggetti malati, problematici, non autosufficienti, specie se in un rapporto di coresidenzialità” (13). Anche perché, come ci raccontano le stesse interessate, il lavoro di cura non è un lavoro come un altro (6): “Una badante è una donna che deve avere la pazienza infinita e deve essere sempre tranquilla e serena ... c'è una grande responsabilità della quale nessuno parla ... Si lavora con una vita, hai in mano una vita, non lavori in un negozio”; e ancora: “La badante è un ruolo particolare, perché sei tu che stai sempre a casa, conosci la famiglia, fai l'intermediario con la famiglia, col medico, il terapeuta e tutta la gente che gira intorno alla persona di cui ti prendi cura”. Il ricorso alla badante presenta indubbiamente per le famiglie che se ne avvalgono molti aspetti positivi: consente di mantenere la continuità della dimensione domiciliare, di garantire sicurezza all'anziano e alla sua famiglia, di sostenere quest'ultima nel lavoro di cura, comprendo tra l'altro con un'unica figura una molteplicità di ruoli di aiuto (*colf*, assistente domiciliare, infermiera, dama di compagnia, ...). Ma non mancano le aree di criticità: le difficoltà nella comunicazione tra l'anziano e una badante che spesso affronta questa sua attività la-

vorativa senza le minime competenze linguistiche; le differenze culturali (di costumi, di esperienze, di abitudini di vita e alimentari, ...), potenzialmente molto rilevanti in una situazione di convivenza obbligata; la scarsa preparazione professionale di molte di loro; talora anche alcuni modelli assistenziali inadeguati (una tendenza all'infantilizzazione dell'anziano, un approccio "sostitutivo" anziché teso al mantenimento e al recupero delle capacità residue).

Centrale è poi il problema della relazione che si instaura tra la persona anziana e la donna che l'assiste; una relazione segnata da una sorta di "doppia dipendenza" tra badante e badato e giocata all'insegna dell'ambiguità: tra la "dimensione economica regolata dal diritto" e "quella affettiva alimentata dall'etica del dono e della solidarietà propria degli obblighi familiari", tra estraneità e appartenenza familiare, tra "sincera e spontanea affettuosità familiare e filiale" e maltrattamenti e violenze (6). Un'ambiguità che restituisce una visibilità mediatica a questo esercito silenzioso di assistenti quando nascono rapporti affettivi tra la badante e l'assistito (o il coniuge o il figlio dell'anziana "badata"), con i delicati risvolti patrimoniali che accompagnano l'eventuale approdo matrimoniale; o – al contrario – quando si verificano episodi di violenza, esercitata dalla badante sull'assistito ma anche, in percentuali non minori, da quest'ultimo o dai suoi familiari sulla badante. Alle tensioni e alle difficoltà che accompagnano il rapporto con la badante dell'anziano e della sua famiglia non è estranea, ovviamente, la crisi economica, che comporta loro, abbiamo visto, una crescente difficoltà a reggere l'onere delle badanti. Secondo la citata ricerca Censis-Ismu (1), la spesa per le badanti incide per il 30% sul reddito familiare, una famiglia su due ha ridotto i propri consumi pur di mantenere il collaboratore, una su cinque ha intaccato i propri risparmi, qualcuno si è dovuto addirittura indebitare. Se, come si è detto, l'incertezza sul futuro di un welfare "fatto in casa" impone una decisa inversione di rotta e importanti investimenti sui servizi – residenziali e soprattutto domiciliari – per la non autosufficienza, appare però altrettanto indispensabile sostenere da subito le famiglie alle prese con un rapporto del tutto privato con la badante, magari facendo tesoro delle numerose esperienze locali, più o meno episodiche e frammentarie, che in questi anni si sono sviluppate. È senz'altro necessario un più sostanzioso sostegno economico, attraverso contributi e sgravi fiscali (che possono tra l'altro favorire l'emersione del lavoro nero e

qualificare l'offerta). Ma altrettanto importante si è dimostrata la presenza di servizi che favoriscono l'incontro tra la domanda di assistenza e l'offerta, aiutando la famiglia nel reclutare la badante (sportelli per l'incontro domanda/offerta, registri delle badanti, ...) e nell'affrontare tutte le incombenze burocratiche legate all'assunzione e regolarizzazione dell'assistente familiare e alla gestione del rapporto di lavoro. Deve infine essere fatto ogni sforzo per elevare la qualità delle cure prestate dalle badanti grazie ad interventi di formazione e soprattutto a una pratica di supervisione e di accompagnamento di queste lavoratrici da parte di operatori sociali e sanitari dei Comuni e delle ASL, che possono al tempo stesso svolgere una funzione di sostegno e di addestramento della badante, di tutela dell'anziano assistito e di indispensabile raccordo con la rete formale dei servizi socio-sanitari.

## BIBLIOGRAFIA

1. Censis-Ismu. Servizi alla persona e occupazione nel welfare che cambia. Censis Note e commenti 7/8, Roma, 2013.
2. Rusmini G, Pasquinelli S. Quante sono le badanti in Italia. [www.qualificare.info](http://www.qualificare.info) 2013.
3. Barbabella F, Chiatti C, Di Rosa M, Gori C. La bussola di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati. In Network Non Autosufficienza (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto. Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna (RN), 2013.
4. Balbo L. Stato di famiglia: bisogni, privato, collettivo. ETAS libri, 1976.
5. Da Roit B, Sabatinelli S. Il modello mediterraneo di welfare tra famiglia e mercato. *Stato e mercato*. 2005;25,2:267-290.
6. Sgritta GB. Badanti e anziani in un welfare senza futuro. Edizioni Lavoro, Roma, 2009.
7. Piperno F. Welfare e immigrazione. Impatto e sostenibilità dei flussi migratori diretti al settore socio-sanitario e della cura. Working Papers 55, CeSPI Roma. 2009.
8. Pasquinelli S, Rusmini G. Il punto sulle badanti. In Network Non Autosufficienza (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto. Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna. 2013.
9. Censis-Unipol. Integrare il welfare, sviluppare la white economy. Roma, 2014.
10. Pasquinelli S, Rusmini G. Badanti, la nuova generazione. [www.qualificare.info](http://www.qualificare.info) 2008.
11. Zancan M. Le madri badanti in Italia, i figli orfani in patria. *La Stampa*, 28.2.2011.
12. Da Roit B, Facchini C. Anziani e badanti. Le differenti condizioni di chi è accudito e di chi accudisce. Franco Angeli, Milano. 2010.
13. Costa G. Quando qualcuno si cura di te. Carocci, Roma, 2008.

# Come l'età modifica il significato dei fattori di rischio: l'esempio dell'indice di massa corporea, della sindrome metabolica, dell'iperlipidemia e dell'ipertensione

Mauro Colombo<sup>1</sup>, Antonio Guaita<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Istituto Geriatrico "C. Golgi", Abbiategrasso

<sup>2</sup>Fondazione "Golgi Cenci"

**L**o scopo di questo articolo è mettere in evidenza gli errori che si compiono nell'estendere all'età anziana il significato di alcuni noti e diffusi fattori di rischio valutati in età adulta. Non si tratta quindi di una revisione sistematica di tutta l'immensa letteratura disponibile, ma di una scelta di studi pubblicati a sostegno di questa tesi. Per quanto corposa e il più possibile onesta resta pur sempre una scelta, e di questo avvisiamo i lettori.

## PESO, COMPOSIZIONE CORPOREA, SOPRAVVIVENZA E CAPACITÀ FUNZIONALE

Dopo una lunga diatriba, ormai viene dato per assodato che negli anziani esiste una relazione a forma di U – o di J – tra mortalità e peso rapportato all'altezza: mentre nei giovani al crescere del peso la mortalità – generale e cardiovascolare – sale progressivamente (1), ad età progressivamente più elevate la relazione tende ad appiattirsi ed a modificarsi nella sagoma, così che il massimo di mortalità [per le magrezze ed obesità estreme] si colloca agli estremi opposti della curva, il cui punto di minor rischio è situato in corrispondenza di un moderato sovrappeso. Un indice cui si fa correntemente ricorso è l'"Indice di massa corporea" (*Body Mass Index* - BMI) determinato dal rapporto tra il peso (espresso in

kg) ed il quadrato dell'altezza (espresso in m<sup>2</sup>). Per le decadi a partire dalla settima, i valori corrispondenti alla minima mortalità sono indicativamente compresi tra 25 e 30; il valore protettivo di un livello moderato di sovrappeso – facendo riferimento alle categorie canoniche stabilite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità – sembra valere per differenti etnie (2). L'indice di massa corporea non riesce a distinguere la componente grassa da quella magra del corpo: ad esempio, tra gli adulti maschi sani, BMI elevati si correlano solo con alti livelli di massa grassa, non con la massa magra. Inoltre, l'indice di massa corporea può sottostimare la perdita di massa magra che si realizza negli scompensi respiratori, nelle neoplasie od in caso di dialisi. Perciò è più utile conoscere il significato che possono assumere in età avanzata le componenti grassa e magra del corpo, anche perché sono suscettibili a modificazioni selettive mediante interventi specifici, centrati su apporti alimentari ed attività fisica mirati. In questa prospettiva, assume particolare valore l'indagine compiuta a Ginevra su oltre 3.000 uomini e donne di circa 80 anni, le cui età e cause di morte sono sovrapponibili a quelle della popolazione svizzera generale. In tali soggetti, la massa grassa e quella magra sono state studiate mediante impedenzometria, e rapportate all'altezza, creando così rispettivi indici in analogia all'indice di massa corporea. La composizione corporea è risultata ininfluente sulla mortalità nelle donne,

## QUADRO DI RIFERIMENTO

in un lasso di tempo compreso tra 1 e 22 anni. Viceversa, indici di massa magra più alti (superiori a  $19,5 \text{ kg/m}^2$ ) hanno conservato un significato protettivo rispetto alla mortalità anche dopo aggiustamento per svariati fattori, compresa la comorbidità (3). Va ricordato che anche per la capacità funzionale vale tra gli anziani la relazione ad U con l'indice di massa corporea, ove il massimo rischio di malfunzionamento si situa agli estremi della curva, per i valori più alti e più bassi di ponderosità (4). Lo sbilanciamento tra componente corporea magra e grassa, sia per gli uomini ma ancor più per le donne anziane, costituisce un rischio di limitazione funzionale (5, 6). Peso ed assetto corporeo sono coinvolti anche in riferimento alla "fragilità": una condizione di vulnerabilità che riguarda circa 1 anziano su 10 – ma molti di più nel caso siano presenti solo alcuni degli elementi/criteri che definiscono tale sindrome (debolezza, lentezza, perdita di peso, inattività, esauribilità). Il sovrappeso e l'obesità presenti nella quinta decade hanno rispettivamente raddoppiato e quintuplicato l'eventualità di diventare "fragili", nei maschi inizialmente sani, studiati a distanza di 26 anni nell'*Helsinki Business Study* (7). Superata la soglia dei 65 anni, ed anche adoperando due definizioni concettualmente differenti di "fragilità", in 3.055 uomini e donne nell'*English Longitudinal Study of Ageing* nuovamente si ripresenta la curva "ad U", ove il rischio minore di fragilità si situa tra 25 e 25,9 di BMI. Circonferenze addominali superiori a 88 cm per le donne e a 102 cm per gli uomini si associano a maggiori probabilità di essere "fragili", per qualsiasi valore di BMI, comprese le persone sottopeso, a sottolineare il ruolo della "obesità tronculare" – quindi con un "giro-vita" elevato, magari isolato rispetto alla composizione corporea globale (8).

## INVECCHIAMENTO METABOLICO ED INVECCHIAMENTO CEREBRALE

Il rapporto tra cambiamenti nell'indice di massa corporea e l'incidenza di demenza è stato studiato in 4181 maschi di 65-84 anni nell'indagine, condotta a Perth, in Australia, a partire dal 1996-1998 fino al 2001-2004. Rispetto a chi ha mantenuto stabile il proprio indice di massa corporea, le persone che hanno avuto perdite in BMI superiori a  $1 \text{ kg/m}^2$  sono andate incontro al rischio più alto di sviluppare

demenza (quasi un raddoppio di rischio): questa tendenza è risultata valida per tutte le categorie ponderali (sottopeso, normali, sovrappeso, obesi). La relazione tra i cambiamenti nell'indice di massa corporea e l'incidenza di demenza assume una forma a J rovesciata, dove il livello di rischio più basso riguarda le persone il cui BMI rimane stabile (9). Nella stessa città, su un campione più ampio di 12.407 maschi di età compresa tra i 65 e gli 84 anni, seguiti dal 1996 al 2009, l'attenzione è stata focalizzata sul rapporto tra "giro-vita" e "giro-fianchi", per il quale viene usualmente posta una soglia di attenzione a valori maggiori od uguali a 0,9. Rispetto al rischio di sviluppare demenza, è stata ricavata una relazione a forma di J rovesciata, ove il punto di minor rischio riguarda le persone in sovrappeso con rapporto nella circonferenza vita/fianchi di 1 (10).

Il ruolo sfavorevole rispetto allo sviluppo di demenza (di vario tipo) per il sovrappeso e l'obesità in età adulta (con incrementi rispettivamente del 20-30% e del 100% circa), è un dato ormai acquisito, come confermato anche da una meta-analisi che ha incluso 15 studi prospettici, seguendo complessivamente decine di migliaia di persone per 36 anni (11). Nelle persone anziane, la situazione può modificarsi sino a ribaltarsi: valori più alti di indice di massa corporea, ed un relativo declino più lento, sono risultati associati ad un rischio ridotto di sviluppare demenza, nel *Kame Project*, che ha seguito 1.836 americani di origine giapponese di circa 72 anni, per quasi 10 anni (12). Anche in una coorte statunitense multi-etnica composta da 2.476 ultra75enni di entrambi i sessi, residenti nella zona nord di New York, la sindrome metabolica non è risultata associata al rischio di sviluppare demenza, a differenza del diabete e della iperinsulinemia (13).

Le cose sembrano ulteriormente complicarsi se, invece del peso in quanto tale, si studia, in persone mature o decisamente anziane, la distribuzione dell'adipe, come indicato da una ricerca su 1.301 americani di origine "latina", residenti a Sacramento, di 60 - 101 anni all'inizio di un'osservazione durata anche oltre 8 anni. Rispetto a quelle col più basso indice di massa corporea, le persone in sovrappeso ed obese sviluppano circa metà demenze o deterioramento cognitivo senza demenza, ma quelle dal giro-vita più largo vanno incontro ad un rischio quasi doppio rispetto al gruppo più snello. La ragione di questa apparente contraddizione tra l'effetto protet-

tivo del maggior peso e quello svantaggioso del grasso addominale può consistere, prima ancora che in differenti composizioni corporee, nell'associazione del grasso viscerale con dis-regolazioni metaboliche (14, 15). Anche in una popolazione di ultra75enni maschi taiwanesi sono stati rilevati risultati contraddittori. In 276 soggetti aventi in media 82 anni, l'età cronologica e l'obesità centrale costituivano fattori di rischio per il declino cognitivo, ma la sindrome metabolica giocava un ruolo protettivo, comunque venisse definita: secondo i criteri "National Cholesterol Education Program" (NCEP) – "Adult Treatment Panel III Guideline" (ATPIII) o secondo i criteri "International Diabetes Federation" (IDF) (16).

Peraltro l'associazione tra sindrome metabolica e declino cognitivo sembra tenere solo per le persone di età inferiore a 70 anni: in una meta-analisi che ha coinvolto 19.522 soggetti di età compresa tra 59 ed 85 anni reclutati in 13 studi longitudinali, al di là degli aspetti metodologici sottolineati nell'editoriale di commento, nelle conclusioni si afferma che "l'età sembra modificare la relazione tra sindrome metabolica e declino cognitivo. Questi risultati enfatizzano l'importanza di modelli predittivi del rischio di demenza stratificati per età in soggetti con disordini metabolici cronici" (17, 18).

Nella demenza di origine vascolare, il ruolo dei fattori di rischio cardiovascolare tradizionali sembra confermato. Lo studio delle 3 città francesi: Digione, Montpellier e Bordeaux, condotto su 7.738 ultra65enni seguiti per 4 anni, riporta una maggiore incidenza di demenza vascolare – ma non di tipo Alzheimer, in caso di "sindrome metabolica" [definita – secondo criteri NCEP ATPIII – dalla presenza di almeno 3 tra le caratteristiche: ipertensione arteriosa ( $> 130/85$  mmHg), circonferenza addominale  $> 88$  cm per le femmine e  $102$  cm per i maschi, trigliceridemia  $\geq 150$  mg/dL, colesterolemia HDL  $\leq 40$  mg/dL per i maschi e  $\leq 50$  mg/dL per le femmine, ed iperglicemia ( $\geq 110$  mg/dL a digiuno o  $\geq 200$  mg/dL non a digiuno) – oppure l'assunzione di ipoglicemizzanti]. Solo l'ipertrigliceridemia, tra le singole componenti della sindrome metabolica, è risultata associata ad un rischio aumentato di demenza da tutte le cause (quasi del 50%) e specificamente di origine vascolare (di oltre il 100%) (19).

La mancata associazione dell'ipercolesterolemia in età avanzata con la demenza di Alzheimer – a differenza di quanto riscontrato in età adulta – viene ge-

neralmente interpretata negli studi epidemiologici attribuendo all'ipocolesterolemia senile il significato di segno pre-clinico della malattia degenerativa cerebrale; un discorso simile viene avanzato per il ruolo ambivalente dell'obesità: collegata alla demenza di Alzheimer in età adulta/protettiva in età avanzata (20).

L'attenzione degli studiosi si è focalizzata nel tempo sui singoli componenti della sindrome metabolica rispetto al declino cognitivo. Uno studio finlandese su 101 donne seguite per 12 anni a partire dai 60-70 anni ha rimarcato il ruolo sfavorevole di bassi valori nella colesterolemia HDL (21). In una fase dello Studio Longitudinale sull'Invecchiamento di Amsterdam sono stati investigati 1.183 partecipanti di età compresa tra 65 ed 88 anni. All'interno dell'associazione tra sindrome metabolica e cattiva prestazione cognitiva – specialmente in presenza di alti livelli di infiammazione, misurata mediante i tassi in Proteina C Reattiva – un ruolo particolare è stato giocato dall'iperglicemia – stimata indirettamente attraverso la fruttosaminemia (22). Anche uno studio trasversale italiano su 159 donne 70enni ha sottolineato il rapporto tra iperglicemia a digiuno e bassi valori al *Mini Mental State Examination* (23). Un'indagine particolarmente accurata dal punto di vista statistico – metodologico (lo studio "NOMAS") è stata condotta nella area nord Manhattan su 1.290 soggetti multietnici di origine prevalentemente ispanica, che avevano circa 65 anni all'inizio dell'indagine. La sindrome metabolica ed i rispettivi componenti sono risultati stabili a distanza di 10 anni; la (prima) valutazione neuropsicologica è stata condotta (tra il 2003 ed il 2008) quando i partecipanti avevano in media 71 anni, parallelamente all'esecuzione di una risonanza magnetica encefalica [la ri-valutazione cognitiva è in corso]. Se la sindrome metabolica è risultata in generale sfavorevole rispetto alla cognitivtà, solo la componente ipertensiva ha conservato – dopo vari aggiustamenti – un rapporto negativo con funzioni esecutive, linguaggio e prestazioni visuo-motorie, ma non con la memoria, alla prima valutazione cognitiva. Il risultato viene rinforzato dal collegamento tra immagini di lesioni cerebrovascolari e minori flessibilità cognitiva e velocità psicomotoria, tra i soggetti ipertesi. I risultati di NOMAS si allineano con altre osservazioni citate in discussione, per cui sia da studi longitudinali che trasversali viene ribadito fino alla quantificazione il ruolo negativo dell'ipertensione ar-

## QUADRO DI RIFERIMENTO

teriosa in età adulta rispetto al declino successivo a decenni di distanza (24).

### **IPERTENSIONE, FATTORE AMBIGUO**

Un fattore di rischio cardiovascolare e cognitivo che con l'età presenta dati contraddittori è certamente l'ipertensione. Si sa che l'età gioca un ruolo importante per la presenza di ipertensione così come per la patologia cardiaca e per la prevalenza e incidenza delle demenze e dell'*impairment* cognitivo. La discussione sul significato fisiopatologico di questa associazione età-ipertensione fa parte del dibattito geriatrico da moltissimi anni (25) ed è tutt'ora non del tutto risolto, in quanto il contesto multipatologico e disfunzionale può e deve mutare il tipo di approccio clinico e l'atteggiamento terapeutico di fronte ai parametri pressori (26).

### **IPERTENSIONE E MORBILITÀ E MORTALITÀ CARDIOVASCOLARE**

Dal punto di vista generale il "peso" dell'ipertensione sulla morbidità e mortalità cardiovascolare è abbastanza definito e gli Autori concordano su una curva a "J" del rischio per gli anziani: quindi aumento di mortalità e morbosità cardiovascolare per Pressione Arteriosa (PA) sistolica sia alta sia bassa. In effetti 11 su 11 studi esaminati mostrano questa curva in rapporto all'infarto del miocardio, anche se non per l'ictus (27). Ma quanto pesa l'età per questo rapporto? In passato si sono prodotti dati controversi, perché alcuni studi avevano dimostrato che il trattamento dell'ipertensione negli anziani riduceva la mortalità specifica ad esempio per ictus, ma non diminuiva la mortalità generale (28, 29). Anche le successive meta-analisi degli studi riguardanti il trattamento anti-ipertensivo, confermavano questo dato (30).

In anni più recenti lo studio HYVET ha portato dati a favore del trattamento negli ultra 80enni con 160 o più di PA sistolica (31). Lo studio ha coinvolto 3.845 pazienti. I risultati mostrano una riduzione del 30% nel tasso di ictus cerebri fatale e non fatale ( $p=0.06$ ), una riduzione del 39% nella mortalità da ictus ( $p=0.05$ ), riduzione del 21% della mortalità da ogni causa ( $p=0.02$ ), riduzione del 23% della morta-

lità cardiaca ( $p=0.06$ ) e riduzione del 64% dello scompenso cardiaco ( $p<0.001$ ).

I risultati tuttavia sono da considerare con qualche cautela, perché la popolazione dello studio mostrava una comorbidità assai minore della popolazione di riferimento ed era anche un po' più giovane. Non è noto quanti soggetti siano stati selezionati e quanti no, mentre il beneficio statistico comportava un beneficio clinico limitato perché occorreva trattare 189 persone per ogni persona preservata. Inoltre il *target* di trattamento era 150 mmHg, quindi un po' più alto di quanto consigliano in genere le linee guida; il trattamento era con Indapamide, non certo il farmaco più usato e che veniva considerato un diuretico, pur avendo un meccanismo di azione abbastanza complesso. Inoltre lo studio è stato interrotto precocemente, quindi il periodo di osservazione è stato molto limitato (32). Tuttavia, pur con tutti i limiti, è uno studio importante: in una revisione successiva, che ha introdotto anche l'HYVET fra i *trials* considerati, la mortalità generale risultava minore nei trattati. Gli Autori dell'articolo concludono che rimane aperta la questione del trattamento per i 90enni, per i ricoverati in residenza e per gli anziani con deterioramento cognitivo e demenza (33).

### **IPERTENSIONE E COGNITIVITÀ: IL FATTORE ETÀ**

Parecchi anni fa i dati del *Kungsholmen study* avevano posto seri dubbi sul ruolo unico e deleterio dell'aumento di pressione con l'età: al di sotto dei 130 mmHg di PA sistolica si evidenziava un rischio significativo di deterioramento cognitivo, mentre per valori di PA sistolica sopra i 180 mmHg il rischio non era statisticamente significativo (34). I fattori di rischio cardiovascolari giocano sicuramente un ruolo nella patogenesi della demenza, (35) ma non mancano autorevoli dubbi sulla reale portata di queste associazioni (36).

Dagli studi di popolazione su larga scala emergono risultati contrastanti, anche se in generale si conferma la relazione a "J" già osservata per le malattie cardiovascolari, e prevale quindi il fatto che sia la PA alta sia la PA bassa sono associate a più alta probabilità di avere deterioramento cognitivo e demenza. Questo risulta confermato in diversi studi che prendono in considerazione anche età diverse. In una *review* di 28 studi trasversali e 22 longitudinali si con-

clude che la relazione con le funzioni cognitive rimane controversa. Infatti gli studi trasversali revisionati mettono in evidenza una relazione mista con il deterioramento cognitivo associato sia a pressione arteriosa alta sia bassa, ma molti studi non mostrano nessun tipo di relazione (37). L'età gioca però un ruolo importante.

Se dati precedenti avevano mostrato che l'ipertensione in età adulta costituiva un fattore di rischio per la demenza (38), altri dati mostrano che la PA sistolica nelle donne che sviluppano demenza nel tempo aumenta di meno rispetto a quelle che non mostrano perdita cognitiva. La pressione diastolica diminuisce nel tempo, ma nelle donne che non sviluppano demenza diminuisce di meno (39). Anche nello studio di Baltimora l'associazione fra ipertensione e funzioni cognitive viene confermata come non lineare e modificata da età, scolarità e terapia anti-ipertensiva sia negli studi trasversali che nei dati longitudinali (40).

Un altro studio, sempre pubblicato nel 2005, ha dato un contributo fondamentale alla comprensione del rapporto fra ipertensione e funzione cognitiva negli anziani, distinguendo fra chi era iperteso dall'età adulta rispetto a chi sviluppava aumento di pressione solo in età avanzata. I risultati hanno mostrato chiaramente che il loro significato era opposto: l'ipertensione dell'adulto è un fattore di rischio per la perdita cognitiva, mentre l'aumento in età anziana è protettivo (41).

In anni più recenti una meta-analisi, che ha preso in considerazione 18 studi, ha misurato una relazione inversa, cioè protettiva fra ipertensione in età avanzata e Alzheimer (42). Sarebbe quindi logico aspettarsi che la PA alta nelle età molto avanzate si associ a migliori prestazioni cognitive: così è infatti, ed è stato dimostrato dallo studio dei centenari australiani (43).

A conferma, lo studio *The Atherosclerosis Risk in Communities*, uno studio prospettico di 20 anni su più di 13.000 persone in partenza e quasi 7000 alla conclusione, dimostra con numeri importanti come l'ipertensione nell'età adulta sia un fattore di rischio di declino cognitivo, mentre non lo è l'ipertensione in età anziana (44). Una simile prospezione sembra valere anche per bassi valori di pressione diastolica o media (45), mentre negli anziani l'instabilità – indipendentemente dal valore medio dei valori pressori, misurati ogni 3 mesi, si abbina ad attenzione meno vivace, velocità di processazione cognitiva più lenta, e ridotta memoria visiva (46). Una review recente conclude che non vi sono evidenze sufficienti

che il trattamento dell'ipertensione in età avanzata protegga le funzioni cognitive, ma anche per gli altri possibili benefici occorre cautela (47).

Sul trattamento dell'ipertensione negli anziani con demenza vi è la revisione sistematica pubblicata da Welsh nel 2014. Lo studio ha mostrato come in generale le persone con demenza sono trattate non diversamente dagli altri anziani, anche se i rischi potenziali sono maggiori. Ulteriori studi sono necessari per formulare linee guida dedicate al trattamento delle persone con demenza (48). Per citare studi ancora più recenti, Mossello et al. hanno pubblicato nel 2015 uno studio su 172 persone con MCI e demenza in relazione ai livelli di pressione arteriosa. Non solo il terzile più basso di PA (128 o meno) rispetto all'intermedio (129-144) e al più alto (> 145) mostrava declino maggiore al MMSE, ma vi era anche un'interazione significativa con il trattamento. La conclusione è che bassi valori di PA si associano a maggior declino cognitivo e che l'abbassamento della PA è dannoso negli anziani con deterioramento cognitivo (49).

Nonostante tutti questi studi e altri ancora, il dibattito non è concluso: ancor oggi ci si pone la domanda sul significato della relazione fra PA e malattia di Alzheimer, anche se in termini sempre meno meccanici e sempre più critici verso la linearità di rapporto fra aumento di pressione e incidenza di demenza (50).

### **SIGNIFICATO DELL'IPERTENSIONE NEGLI ANZIANI RICOVERATI**

Ai quesiti rimasti aperti dopo HYVET, ha cercato di rispondere un altro studio di Mossello et al. sul ruolo del monitoraggio pressorio nei residenti delle strutture residenziali. Attuando il monitoraggio pressorio e seguendo per un anno 100 residenti si conclude che nessun parametro pressorio è correlato con la sopravvivenza (51).

Sul tema dell'ipertensione nelle strutture residenziali una meta-analisi ha analizzato 16 studi condotti nelle *Nursing Homes* degli Stati Uniti nella quale si osserva che aumenta nel tempo il numero dei farmaci ipotensivi prescritti, ma non migliora il controllo della pressione arteriosa, né si osservano benefici negli indicatori funzionali (48).

Per l'ipertensione si può quindi concludere che l'età di esordio rappresenta un fattore decisivo per definire la sua portata come fattore di rischio: nell'età

## QUADRO DI RIFERIMENTO

adulta pesa negativamente sull'evoluzione delle funzioni cognitive, mentre non è dimostrato questo ruolo nell'età anziana, fino ad invertire l'associazione nei grandi vecchi.

## CONCLUSIONI

L'ambiguità dei fattori di rischio tradizionali, che durante l'invecchiamento possono assumere significati polivalenti, ci richiama alla possibile estensione del concetto di "invecchiamento di successo". Nella *newsletter* del mese di maggio 2015 dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrics ([www.psicogeriatrics.it/publicazioni/?t=newsletter](http://www.psicogeriatrics.it/publicazioni/?t=newsletter)), il Prof. Marco Trabucchi ha paventato il timore che questo termine induca a comportamenti discriminatori tra chi invecchia bene e chi invece costituirebbe un "carico" per la collettività: "se ti ammali da vecchio è perché non ti sei comportato bene in età matura ...". Magari questa preoccupazione può venire stemperata se pensiamo che, a distanza di oltre 50 anni da quando Havigurst coniò nel 1961 il termine, dell'invecchiamento di successo sono note più di 100 accezioni (52, 53). Se è possibile invecchiare con successo anche in presenza di malattia ed invalidità, conviene abbandonare in gerontologia clinica una visione angusta dei "fattori di rischio" derivati dalla medicina delle persone giovani ed adulte, per aprirsi ad equilibri nuovi, lontani dalla normalità, magari più delicati, ma anche più ardui.

## BIBLIOGRAFIA

- Ponce-Garcia I, Simarro-Rueda M, Carbayo-Herencia JA, et al. Prognostic value of obesity on both overall mortality and cardiovascular disease in the general population. *PLoS ONE*. 2015;10(5): e0127369.
- Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. *JAMA*. 2013;309:71-82.
- Graf CE, Karsegard VL, Spoerri A, et al. Body composition and all-cause mortality in subjects older than 65 y. *Am J Clin Nutr*. 2015;101:760-67.
- Galanos AN, Pieper CE, Cornoni-Huntley JC, Bales WC, Fillebaum GG. Nutrition and function: is there a relationship between body mass index and the functional capabilities of community-dwelling elderly? *J Am Geriatr Soc*. 1994;42:368-73.
- Visser M, Kritchevsky SB, Goodpaster BH, et al. Leg muscle mass and composition in relation to lower extremity performance in men and women aged 70 to 79: the Health, Aging and Body Composition Study. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:897-904.
- Zamboni M, Turcato E, Santana H, et al. The relationship between body composition and physical performance in older women. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1403-08.
- Strandberg TE, Sirola J, Pitkälä KH, Tilvis RS, Strandberg AY, Stenholm S. Association of midlife obesity and cardiovascular risk with old age frailty: a 26-year follow-up of initially healthy men. *Int J Obes (Lond)*. 2012;36:1153-57.
- Hubbard RE, Lang IA, Llewellyn DJ, Rockwood K. Frailty, body mass index, and abdominal obesity in older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010;65:377-81. doi: 10.1093/gerona/glp186. Epub 2009 Nov 25.
- Power BD, Alfonso H, Flicker L, Hankey GJ, Yeap BB, Almeida OP. Changes in body mass in later life and incident dementia. *Int Psychogeriatr*. 2013;25:467-78.
- Power BD, Alfonso H, Flicker L, Hankey GJ, Yeap BB, Almeida OP. Body adiposity in later life and the incidence of dementia: the Health in Men Study. *PLoS ONE*. 2011;6(3): e17902.
- Anstey KJ, Cherbuin N, Budge M, Young J. Body mass index in midlife and late-life as a risk factor for dementia: a meta-analysis of prospective studies. *Obes Rev*. 2011;12:e426-37. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00825.x. Epub 2011 Feb 23.
- Hughes TF, Borenstein AR, Schofield E, Wu Y, Larson EB. Association between late-life body mass index and dementia. *Neurology*. 2009;72:1741-46.
- Muller M, Tang MX, Schupf N, Manly JJ, Mayeux R, Luchsinger JA. Metabolic syndrome and dementia risk in a multiethnic elderly cohort. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2007;24:185-92.
- West NA, Haan MN. Body adiposity in late life and risk of dementia or cognitive impairment in a longitudinal community-based study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;64:103-109.
- Nguyen JC, Killcross AS, Jenkins TA. Obesity and cognitive decline: role of inflammation and vascular changes. *Front Neurosci*. 2014 Nov 19;8:375. doi: 10.3389/fnins.2014.00375. eCollection 2014.
- Liu CL, Lin MH, Peng LN. Late-life metabolic syndrome prevents cognitive decline among older men aged 75 years and over: one-year prospective cohort study. *J Nutr Health Aging*. 2013;17:523-26.
- Siervo M, Harrison SL, Jagger C, Robinson L, Stephan BC. Metabolic syndrome and longitudinal changes in cognitive function: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis*. 2014;41:151-61.
- Frisardi V. Impact of metabolic syndrome on cognitive decline in older age: protective or harmful, where is the pitfall? *J Alzheimers Dis*. 2014;41:163-67.
- Raffaitin C, Gin H, Empana JP, et al. Metabolic syndrome and risk for incident Alzheimer's disease or vascular dementia: the Three-City Study. *Diabetes Care*. 2009;32:169-74.
- de Bruijn RF, Ikram MA. Cardiovascular risk factors and future risk of Alzheimer's disease. *BMC Med*. 2014 Nov 11;12:130. doi: 10.1186/s12916-014-0130-5. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/130>
- Komulainen P, Lakka TA, Kivipelto M, et al. Metabolic syndrome and cognitive function: a population-based follow-up study in elderly women. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2007;23:29-34.

22. Dik MG, Jonker C, Comijs HC, et al. Contribution of metabolic syndrome components to cognition in older individuals. *Diabetes Care*. 2007;30:2655-60.
23. Viscogliosi G, Andreozzi P, Chiriack IM, et al. Screening cognition in the elderly with metabolic syndrome. *Metab Syndr Relat Disord*. 2012;10:358-62.
24. Levin BE, Llabre MM, Dong C, et al. Modeling metabolic syndrome and its association with cognition: the Northern Manhattan Study. *J Int Neuropsychol Soc*. 2014;20:951-60.
25. Cavalieri U. L'ipertensione arteriosa: un paradigma di medicina interpretativa. Francisci editore, Abano Terme, 1986.
26. Kithas PA, Supiano MA. Hypertension in the geriatric population: a patient-centered approach. *Med Clin North Am*. 2015;99:379-89.
27. Chrysant SG, Chrysant GS. Effectiveness of lowering blood pressure to prevent stroke versus to prevent coronary events. *Am J Cardiol*. 2010;106:825-29.
28. Bulpitt CJ, Beckett NS, Cooke J, Dumitrascu DL, Gil-Extremera B, Nachev C, Nunes M, Peters R, Staessen JA, Thijs L. Results of the pilot study for the hypertension in the very elderly trial. *J Hypertens*. 2003;21:2409-17.
29. Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L, Scherstén B, Ekblom T, Wester PO. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet*. 1991;338:1281-5.
30. Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, et al. Antihypertensive drugs in very old people: A subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 1999;353:793-96.
31. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, Stoyanovsky V, Antikainen RL, Nikitin Y, Anderson C, Belhani A, Forette F, Rajkumar C, Thijs L, Banya W, Bulpitt CJ; HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358:1887-98.
32. Abramov D, Cheng H. Controversy in treating the oldest old with hypertension: is the hypertension in the very elderly trial the final answer? *J Am Geriatr Soc*. 2009;57:570-71.
33. Peters R, Beckett N, McCormack T, Fagard R, Fletcher A, Bulpitt C. Treating hypertension in the very elderly—benefits, risks, and future directions, a focus on the hypertension in the very elderly trial. *Eur Heart J*. 2014;35:1712-18.
34. Guo Z, Fratiglioni L, Winblad B, Viitanen M. Blood pressure and performance on the Mini-Mental State Examination in the very old. Cross-sectional and longitudinal data from the Kungsholmen Project. *Am J Epidemiol*. 1997;145:1106-13.
35. Rosendorff C, Beeri MS, Silverman JM. Cardiovascular risk factors for Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Cardiol*. 2007;16:143-49.
36. Purnell C, Gao S, Callahan CM, Hendrie HC. Cardiovascular risk factors and incident Alzheimer disease: a systematic review of the literature. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2009;23:1-10.
37. Birns J, Kalra L. Cognitive function and hypertension. *J Hum Hypertens*. 2009 Feb;23(2):86-96. doi: 10.1038/jhh.2008.80. Epub 2008 Jul 24.
38. Launer LJ, Ross GW, Petrovitch H, et al. Midlife blood pressure and dementia: the Honolulu-Asia aging study. *Neurobiol Aging*. 2000;21:49-55.
39. Petitti DB, Crooks VC, Buckwalter JG, Chiu V. Blood pressure levels before dementia. *Arch Neurol*. 2005;62:112-16.
40. Waldstein SR, Giggey PP, Thayer JF, Zonderman AB. Nonlinear relations of blood pressure to cognitive function: the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Hypertension*. 2005;45:374-79.
41. Anson O, Paran E. Hypertension and cognitive functioning among the elderly: an overview. *Am J Ther*. 2005;12:359-65.
42. Power MC, Weuve J, Gagne JJ, McQueen MB, Viswanathan A, Blacker D. The association between blood pressure and incident Alzheimer disease: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2011;22:646-59.
43. Richmond R, Law J, Kay-Lambkin F. Higher blood pressure associated with higher cognition and functionality among centenarians in Australia. *Am J Hypertens*. 2011;24:299-303.
44. Gottesman RF, Schneider AC, Albert M, et al. Midlife Hypertension and 20-Year Cognitive Change: The Atherosclerosis Risk in Communities Neurocognitive Study. *JAMA Neurol*. 2014;71(10):1218-1227. doi:10.1001/jamaneurol.2014.1646.
45. Taylor C, Tillin T, Chaturvedi N, et al. Midlife hypertensive status and cognitive function 20 years later: the Southall and Brent Revisited Study. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61:1489-1498.
46. Sabayan B, Wijnsman LW, Foster-Dingley JC, et al. Association of visit-to-visit variability in blood pressure with cognitive function in old age: prospective cohort study. *BMJ*. 2013;347:f4600 doi: 10.1136/bmj.f4600
47. van der Wardt V, Logan P, Conroy S, Harwood R, Gladman J. Antihypertensive treatment in people with dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15:620-29.
48. Welsh TJ, Gladman JR, Gordon AL. The treatment of hypertension in people with dementia: a systematic review of observational studies. *BMC Geriatrics*. 2014;14:19 <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/19>
49. Mossello E, Pieraccioli M, Nesti N, Bulgaresi M, Lorenzi C, Caleri V, Tonon E, Cavallini MC, Baroncini C, Di Bari M, Baldasseroni S, Cantini C, Biagini CA, Marchionni N, Ungar A. Effects of low blood pressure in cognitively impaired elderly patients treated with antihypertensive drugs. *JAMA Intern Med*. 2015;175:578-85.
50. Yuan M, Chen SJ, Li XL, Xu LJ. Blood Pressure and the Risk of Alzheimer's Disease: Is There a Link? *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2015 May 24. pii:1533317515587086. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 26006793
51. Mossello E, Pieraccioli MC, Zanieri S, Fedeli A, Belladonna M, Nesti N, Marchionni N, Masotti G, Ungar A. Ambulatory blood pressure monitoring in older nursing home residents: diagnostic and prognostic role. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Oct;13(8):760.e1-5. doi: 10.1016/j.jamda.2012.05.017.
52. Cosco TD(a), Stephan BCM, Brayne C. Validation of an a priori, index model of successful aging in a population-based cohort study: the successful aging index. *International Psychogeriatrics*. 2015 doi:10.1017/S1041610215000708
53. Cosco TD(b), Armstrong JJ, Stephan BCM, Brayne C. Successful aging and frailty: mutually exclusive paradigms or two ends of a shared continuum? 2015 Mar 31;18(1):35-6. doi: 10.5770/cg.18.131. eCollection 2015.

# Tacit Knowledge in RSA: le Operatrici Socio-Sanitarie e gli anziani allettati

Manuel Franchini, Monica Pedrazza, Arianna Motteran

Università degli Studi di Verona

## INTRODUZIONE

Lo scopo della presente ricerca è indagare le pratiche e le conoscenze implicite del personale socio-sanitario che offre cura e assistenza ad anziani allettati nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Tali strutture sono caratterizzate non solo da risorse materiali e umane, ma anche da risorse culturali legate, in parte, alle competenze professionali richieste dal ruolo lavorativo (conoscenza esplicita), e in parte, a quell'insieme di credenze e convinzioni personali che un dipendente mette in pratica quotidianamente senza spesso accorgersene (conoscenza implicita). Particolare rilevanza e influenza, nell'ambito assistenziale, acquistano quelle pratiche e convinzioni relative al contatto fisico e alle modalità di toccare la persona allettata. Da qui, nasce l'esigenza di portarle alla luce per riflettere su potenzialità, aspetti positivi e limiti. In un primo momento, si identificano, attraverso l'osservazione etnografica, le azioni degli operatori che esprimono la loro *tacit knowledge* (1,2). In un secondo momento, viene rivolta agli operatori un'intervista semi-strutturata per indagare le convinzioni e le motivazioni che stanno dietro ai loro gesti di cura; grazie a tali risposte si segnalano, per ogni azione, le percentuali delle operatrici da cui vengono svolte. Successivamente, questi atti si classificano in base al tipo di contatto fisico tra Operatori Socio-Sanitari (OSS) e anziani allettati, utilizzando come strumento teorico di riferimento la scala *Comfort with Touch* (3). Infine, le riflessioni personali proposte permettono di considerare l'apporto positivo delle conoscenze implicite e delle comunità di pratiche, ma fanno emergere anche l'importanza di una formazione specifica relativa al contatto fisico per migliorare la qualità del servizio offerto.

## METODO DELLA RICERCA

### Partecipanti

La ricerca ha coinvolto 10 Operatori Socio-Sanitari (OSS) di una casa di riposo del Veneto. Il genere è esclusivamente femminile, nel rispetto della composizione per genere degli operatori assistenziali in servizio presso la struttura.

Il campionamento è avvenuto seguendo le indicazioni del Coordinatore della struttura, ma su libera adesione degli operatori indicati.

### Tecnica di indagine

Le tecniche di indagine usate sono due: *osservazione non-partecipante* e *intervista semi-strutturata*.

L'*osservazione non-partecipante* (4) è un tipo di osservazione che richiede al ricercatore di diventare parte dell'ambiente senza essere notato dalle persone oggetto d'indagine. Non essendo possibile realizzare perfettamente questo ideale, è stato necessario familiarizzare con le persone incontrate (OSS e anziani) per permettere ai soggetti osservati di abituarsi alla presenza di un osservatore.

L'osservazione è stata effettuata per sei giorni (non consecutivi), dalle 9 alle 12, all'interno di stanze da letto aventi dalle due alle quattro persone allettate. Focus dell'osservazione sono state le azioni svolte dalle Operatrici Socio-Sanitarie, annotate attraverso l'utilizzo di carta e penna. Questa rilevazione è servita a identificare le azioni implicite che le OSS mettono in atto come prassi consolidata.

Un passo successivo è stato quello di suddividere le azioni rilevate (16) in tre livelli, in base al coinvolgimento emotivo che queste comportavano (Tab. 1). La suddivisione delle azioni per livello di coinvolgimento emotivo ha condotto alla strutturazione di *in-*

**Tabella 1** - Azioni suddivise per livello di coinvolgimento emotivo.

A	AZIONI SULL'AMBIENTE	B	COMUNICAZIONE VERBALE	C	SUPPORTO EMOTIVO TRAMITE IL TOCCO
1	Accendere/spengere TV	1	Cantare	1	Accarezzare
2	Reclinazione dello schienale, cambiamento posizione del corpo	2	Scherzare, fare battute	2	Dire parole di conforto durante il contatto fisico
3	Aprire/chiudere le finestre	3	Fare delle domande	3	Baciare
4	Spegnere/Accendere la luce	4	Spiegare quello che si fa mentre lo si fa	4	Abbracciare
5	Aggiungere/togliere una coperta	5	Chiamarli per nome	5	Stringere le mani mentre gli si parla
				6	Sistemare i capelli

terviste semi-strutturate (5) da proporre alle 10 OSS A ciascuna operatrice, per ogni comportamento rilevato almeno una volta durante le osservazioni, è stato chiesto:

- Lei ha mai compiuto quest'azione? Se sì, per quale motivo? Ne parli liberamente.

L'intervista prevedeva domande secondarie solamente quando le persone intervistate si scostavano dal tema trattato e divagavano, oppure quando era necessario ampliare e approfondire il contenuto delle risposte.

Le interviste somministrate non sono state audio-registrate, principalmente, per due motivi:

- evitare di procurare disagio ai soggetti coinvolti;
- trascrivere interviste molto brevi.

In alternativa sono state trascritte le parti essenziali delle risposte, utilizzando carta e penna.

### Analisi dei dati

Dalle interviste è stato possibile ricavare la percentuale di operatori che mette in atto ciascuna delle azioni individuate attraverso l'osservazione non partecipante (Tab. 2).

Come bene illustra la Tabella, le percentuali sono elevate per quasi tutte le azioni selezionate. Questo risultato si dimostra coerente con quanto emerso dalle osservazioni rilevate sul campo. Il gruppo di operatrici osservato appariva affiatato, ben predisposto al proprio lavoro e piuttosto omogeneo nell'offerta di cura e assistenza.

### Tacit knowledge relativa al 'tocco'

Come preannunciato, il focus dell'analisi delle interviste è la *tacit knowledge* concernente il 'tocco'. I comportamenti messi in atto dalle operatrici socio-sanitarie (Tab. 1) sono stati indagati e interpretati attraverso uno strumento già utilizzato per indagare il benessere/malessere del personale infermieristico in ambito ospedaliero, la *Comfort with Touch (CT) scale* (3). Attraverso questa chiave di lettura, è stato possibile inserire alcuni comportamenti all'interno delle dimensioni che la *CT scale* presenta (Tab. 3).

Fatta eccezione per il *physical comfort*, ogni dimensione ha trovato applicazione attraverso uno o più comportamenti delle operatrici. Questi sembrano essere motivati da diverse ragioni e convinzioni di natura implicita che l'intervista ha contribuito a portare alla luce:

### Task-Oriented Contact

I gesti di contatto, il cui tocco è strumentale ad un fine puramente pratico, derivano da aspetti che le operatrici usano come criterio per stabilire se intervenire e secondo quale modalità. Innanzitutto, gli operatori ammettono di fare affidamento sulle proprie 'impressioni personali', decidendo nel dubbio, in base alla propria valutazione sul momento. Poi, molta importanza viene data alla loro capacità di lettura delle 'espressioni del volto'; le OSS affermano di saperle comprendere, soprattutto nei pazienti presen-

**Tabella 2** - Percentuale di operatori che svolge ciascuna delle azioni individuate.

A	AZIONI SULL'AMBIENTE	%	B	COMUNICAZIONE VERBALE	%	C	SUPPORTO EMOTIVO TRAMITE IL TOCCO	%
1	Accendere/spegnere TV	90%	1	Cantare	70%	1	Accarezzare	100%
2	Reclinazione dello schienale, cambiamento posizione del corpo	100%	2	Scherzare, fare battute	80%	2	Dire parole di conforto durante il contatto fisico	100%
3	Aprire/chiedere le finestre	100%	3	Fare delle domande	100%	3	Baciare	70%
4	Spegnere/Accendere la luce	100%	4	Spiegare quello che si fa mentre lo si fa	100%	4	Abbracciare	90%
5	Aggiungere/togliere una coperta	100%	5	Chiamarli per nome	90%	5	Stringere le mani mentre gli si parla	100%
						6	Sistemare i capelli	100%

**Tabella 3** - Comportamenti degli operatori rapportati alle dimensioni della CT scale.

TASK-ORIENTED CONTACT	PERSONAL CARE	PHYSICAL COMFORT	REASSURANCE	EMOTIONAL CONTAINMENT
Reclinazione dello schienale, cambiamento posizione del corpo	Sistemare i capelli		Dire parole di conforto durante il contatto fisico	Accarezzare
Aggiungere/togliere una coperta			Stringere le mani mentre gli/le si parla	Baciare
				Abbracciare

ti da tempo in struttura. Infine, un ulteriore elemento guida è dato dall'esperienza personale vissuta in famiglia che permette agli operatori di affrontare rapporti e situazioni inedite, che si svolgono in ambito lavorativo, servendosi di quanto esperito in contesto extra-lavorativo.

#### Personal Care

Le azioni di questa categoria sono finalizzate alla cu-

ra del corpo. Le operatrici dichiarano di sistemare i capelli delle persone allettate nonostante queste non lo richiedano (causa assenza di comunicazione verbale) e non escano dalla propria stanza durante il giorno. Questo comportamento viene spiegato dal modo di considerare questi anziani esattamente 'uguali agli altri'. Vedono nel malato grave, in modo non scontato, una persona che non è mutata nei suoi aspetti essenziali rispetto al passato.

### Reassurance

Le azioni di *Reassurance* si realizzano quando il contatto fisico ha come fine il far sentire la propria presenza a fianco del paziente, per allontanare qualche sua paura o timore. Le persone intervistate le compiono perché sono persuase che all'anziano allettato 'arrivi qualcosa', nonostante il suo stato di torpore. Alle volte registrano anche piccole reazioni come un'espressione di benessere in volto o una stretta di mano contraccambiata.

### Emotional Containment

Con *Emotional Containment* si intende la "capacità di ricevere, elaborare e rispondere con consapevolezza alla reazione emotiva di un'altra persona" (5). Gestii molto intimi come una carezza, un bacio o un abbraccio a persone allettate e/o in stato vegetativo, vengono vissuti dalle OSS intervistate come 'spontanei', o mossi da un senso di 'immedesimazione e pietà'. Anche in questo caso tale motivazione non è scontata, perché per altre persone potrebbe, ad esempio, essere più consono un atteggiamento di distacco rispettoso del dolore.

## CONCLUSIONI

Partendo dall'*Emotional Containment* – punto centrale del presente lavoro – sottolineiamo come Pedrazza et al. (3) abbiano rilevato che all'aumentare di situazioni emotivamente coinvolgenti, nelle infermiere italiane crescono anche l'esaurimento emotivo e il cinismo, e quindi il *burnout*. Ciò non toglie, aggiungono le autrici, che possano presentarsi interessanti eccezioni, ossia persone che trovano stimoli nel tocco attraverso l'*Emotional Containment*, e che quindi vivono un basso esaurimento emotivo, e un'alta soddisfazione lavorativa. Il campione osservato e intervistato, sembra appartenere a questo secondo gruppo di persone.

Quali potrebbero essere le cause di questa positiva eccezione? Le risposte legate a variabili di differenza individuale o alla storia personale e professionale potrebbero essere molte (ad es., carattere, attitudine, formazione, educazione ricevuta), ma un'altra motivazione potrebbe avere a che fare con la natura di quella che la letteratura scientifica chiama la 'comunità di pratiche'. In un'organizzazione vi sono diverse 'comunità di pratiche', e ognuna sviluppa al proprio interno abili-

tà (manuali e intellettive) inconsce utilizzate per svolgere i compiti quotidiani. Spesso, l'eccellenza nella conoscenza pratica prodotta da questi gruppi riesce a sopperire ai *gap* organizzativi e di risorse a disposizione, dimostrando che questa è l'origine dello sviluppo aziendale, prima ancora del progresso tecnologico, delle strategie dell'impresa e dei progetti. La coesione del gruppo di OSS incontrato è parsa evidente nella simile modalità di lavoro riscontrata, nonostante le profonde diversità caratteriali delle operatrici, soprattutto quando agivano in coppia. Nelle interviste, a fronte di domande indirizzate alla singola persona, le 10 operatrici rispondevano spontaneamente col pronome personale 'noi', per spiegare cosa facevano e il perché; infine, nei momenti di difficoltà, oppure nel corso delle loro riunioni, così come nei momenti liberi, era sempre un clima di cordialità, serenità e collaborazione a predominare.

Nonostante sia certamente pregevole il lavoro di squadra svolto dagli operatori grazie alle conoscenze implicite messe in atto e divenute prassi consolidata, è pur vero che non sono state registrate azioni di *Physical Comfort* (Tab. 3), cioè nessun gesto in cui le OSS hanno utilizzato il 'tocco' per procurare sollievo fisico attraverso specifiche tecniche (ad es. massaggio). Queste ultime, infatti, necessitano di una formazione professionale specifica, per cui non basta la pur sorprendente spontaneità delle operatrici. Un approccio fondato su conoscenze implicite, piuttosto che su conoscenze scientifiche, può evidenziare una grande ricchezza personale e professionale ma presentare al tempo stesso limiti. In questo caso, una formazione specifica potrebbe permettere agli operatori di utilizzare il 'tocco' in modo ancor più efficace e consapevole, per diminuire il rischio di violare l'intimità e la sfera personale degli anziani, generando sofferenza. Di indubbia utilità sarebbe anche il confronto di gruppo su tale argomento, sotto la guida di un esperto, al fine di condividere le proprie esperienze e ampliare conoscenze e pratiche.

## BIBLIOGRAFIA

1. Polanyi M. *The tacit dimension*. Chicago: The University of Chicago Press. 1966.
2. Nonaka I, Takeuchi H. *The knowledge-creating company: creare le dinamiche dell'innovazione*. (A cura di Umberto Frigelli e Kazuo Inamura). Milano: Guerini e Associati. 1997.

3. Pedrazza M, Minuzzo S, Berlanda S, Trifiletti E. Nurses' Comfort with Touch and Workplace Well-Being. *West J Nurs Res*. 2014; Manoscritto in stampa.
4. Messetti G. *Educare lo sguardo: osservazione e riflessività*. Verona: QuiEdit. 2010.
5. Sartori R. *Metodi e tecniche di indagine e intervento in psicologia*. Milano: LED (Ed.), 2011.

## **BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA**

- Bonacini F, Marzi A. Il tocco come cura. *Riv Ital Cure Palliat*. 2005; 5(4):43-47.
- Brown JS, Duguid P. Knowledge and Organization: A Social-Practice Perspective. *Organization Science*. 2001; 12(2) (Mar-Apr):198-213.
- Chang SO. The conceptual structure of physical touch in caring. *J Adv Nurs*. 2001; 33(6):820-827.
- Estabrooks CA, Morse JM. Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style. *J Adv Nurs*. 1992; 17:448-456.
- Gherardi S. Practice-Based Theorizing on Learning and Knowing in Organizations. *Organization*. 2000; 7(2):211-223.
- Orlikowski WJ. Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing. *Organization Science*. 2002; 13(3) (May-June):249-273.
- Routasalo P. Physical touch in nursing studies: a literature review. *J Adv Nurs*. 1999; 30(4):843-850.
- Tsoukas H, Vladimirou E. What is organizational knowledge. *J Manag Studies*. 2001; 38(7):973-974.

## Aspetti teoretici e funzionali della motivazione nel *setting* riabilitativo

Vincenza Frisardi

Riabilitazione Geriatrica "Golgi Redaelli", Abbiategrasso (MI)

**S**ebbene il campo di ricerca in ambito riabilitativo abbia trovato il suo sviluppo solo recentemente, numerosi sono stati gli sforzi per individuare indicatori predittivi di successo riabilitativo in *setting* selezionati. La riabilitazione si basa sul principio che tutti gli individui siano dotati di un valore intrinseco e devono poter preservare il proprio diritto ad essere autonomi il più a lungo possibile (1). Il processo riabilitativo è dunque un processo di cura volto a restituire alla persona il grado di autonomia funzionale *quo ante* l'evento indice e a ridurre l'impatto economico che la disabilità comporta. Culturalmente l'assistenza al paziente anziano non è più *disease-focused*, bensì orientata ai bisogni del paziente. È noto alla gran parte di noi che la persona anziana è spesso affetta da più patologie croniche, talvolta in labile compenso, che richiedono un approccio multidimensionale e soprattutto multimodale, cioè con l'intervento di più figure riabilitative e di cura. In virtù di questa osservazione pluriangolare delle necessità del paziente, capita di "scontrarsi" con la scarsa *compliance* o "motivazione" dello stesso al trattamento riabilitativo. Il compito del *team* è saper screenare e diagnosticare patologie che si "esprimono" attraverso questo apparente rifiuto alla partecipazione al programma riabilitativo. Si pensi ad esempio alle forme di *delirium* ipocinetico, o all'instabilità clinica cardiovascolare o all'insorgenza di patologie infettive che riducono la "resilienza" del paziente. Un altro aspetto clinico che inficia la partecipazione attiva del paziente al programma di recupero funzionale è la comparsa e/o l'esacerbazione di alterazioni del tono dell'umore che oscurano le possibilità potenziali di recupero di ciascun individuo. Tuttavia la scarsa motivazione al voler eseguire e affidarsi proattivamente alle cure clinico-riabilitative è spesso confusa con depressione del tono dell'umore e il rischio è di trattare in modo inappropriato tali pazienti.

La motivazione è l'espressione dei motivi che inducono un individuo a compiere una determinata azione. Da un punto di vista psicologico può essere definita come l'insieme dei fattori dinamici aventi una data origine che inducono il comportamento di un individuo verso una data meta; secondo questa concezione, ogni atto che viene compiuto senza motivazioni rischia di fallire. È possibile fare una distinzione tra motivazioni biologiche (fanno riferimento alla sfera fisiologica) e psicologico-cognitive (risentono dell'esperienza individuale di ciascuno). Un'altra distinzione avviene attraverso il concetto di motivazione intrinseca (impulsi) e motivazione estrinseca, ovvero quella che il soggetto dichiara verbalmente (2). L'orientamento motivazionale, infine, sta a sottolineare l'evolversi degli studi in ambito psicologico: dal termine "motivazione" si è giunti all'"orientamento motivazionale" come più appropriato, in quanto, secondo l'approccio cognitivista, ciascuno di noi nell'età evolutiva costruisce attivamente il suo orientamento motivazionale, cioè indirizza il proprio percorso verso ciò che più "piace". Questo avviene grazie alla rappresentazione degli obiettivi che ognuno di noi vuole raggiungere, all'auto-percezione dei propri mezzi e limiti, attraverso la stima di sé e l'attribuzione causale (cioè attribuire i propri successi/insuccessi a cause interne/esterne, controllabili/incontrollabili, dove per interne-controllabili si intendono *abilità-impegno-uso di strategie appropriate* e per esterne-incontrollabili si intendono *casualità-stato di salute-pregiudizi*) (3).

La motivazione è un'importante variabile nella possibilità di recupero funzionale di un soggetto anziano dopo un evento disabilitante. La teoria della *self-efficacy* afferma che "il credere nella propria efficacia influenza il comportamento, il livello motivazionale, il pensiero e le reazioni emozionali in risposta ad ogni

## MATERIALI DI LAVORO

situazione" (4). Nei soggetti anziani la presenza di comorbidità e di instabilità clinica rende il fattore "attribuzione causale" sbilanciato in favore di cause esterne e incontrollabili da parte dell'individuo, tanto da depauperare quell'energia interna che spinge all'azione. Questo concetto si applica molto bene in ambito riabilitativo, dove l'obiettivo di raggiungere il più alto grado possibile di indipendenza funzionale è concetto cardine su cui si basa la riabilitazione, ed è il goal che il *team* terapeutico si prefigge di raggiungere. L'intero *team* è inoltre "motivato" a garantire un risultato in termini di efficienza e di efficacia in virtù delle risorse e competenze investite. La realtà spesso ci offre risultati diversi e spesso non riusciamo a garantire lo stesso risultato per tutti i pazienti a parità di condizioni. Tuttavia, a pensarci bene, l'obiettivo di un recupero funzionale ottimale deve essere garantito dalla motivazione del singolo individuo, che da oggetto delle nostre cure, deve essere considerato protagonista principale del suo percorso riabilitativo.

In ambito riabilitativo, grandi passi in avanti in quest'ottica sono stati compiuti negli anni con l'introduzione di strumenti che garantissero un progetto personalizzato sulle necessità del singolo. Il Progetto Riabilitativo Individuale esplicita i problemi aperti e attraverso indicatori dell'area clinico-assistenziale-riabilitativo-sociale offre uno strumento di azione e monitoraggio del percorso terapeutico multimodale. Il paziente è invitato alla condivisione dello stesso, ma spesso ci si limita ad enunciare in maniera descrittiva quanto stiamo mettendo in atto in favore del suo stato di salute. Difficilmente lo rendiamo protagonista del suo percorso affidandogli la "responsabilità" dell'*outcome* finale. Questo prevederebbe uno *screening* iniziale anche della componente di motivazione al recupero e la messa in atto poi, di strategie che rinforzino l'orientamento motivazionale. La motivazione è un concetto molto usato a livello aziendale e scolastico, applicato dunque a una fascia di età giovane-adulta, ma allo stato attuale non ci sono studi in *setting* geriatrico-riabilitativi.

## MOTIVAZIONE: BASI BIOLOGICHE

Uno dei temi oggi più studiati dalle neuroscienze riguarda la motivazione. Le ricerche sulle basi nervose della motivazione hanno origine dagli esperimenti

di James Olds e Peter Milner sulla cosiddetta 'autostimolazione cerebrale' (5). Questi ricercatori, studiando le basi biologiche della memoria, osservarono che se si faceva percorrere un labirinto ad un ratto al quale era stato impiantato un elettrodo nel cervello e se il ratto, una volta trovata la via d'uscita, riceveva una blanda stimolazione elettrica attraverso l'elettrodo, allora l'animale ricercava attivamente il luogo in cui aveva ricevuto la stimolazione elettrica cerebrale, come se esso fosse associato a una situazione piacevole, gratificante. Per approfondire questa osservazione, venne messo a punto un apparato in cui l'animale, premendo una leva, attivava un meccanismo che induceva una stimolazione elettrica del cervello. Si notò che gli animali, dopo aver scoperto l'uso della leva, la premevano sempre più spesso; inoltre, se si impediva agli animali di stimolarsi dopo che si erano abituati agli effetti dell'autostimolazione e successivamente si dava loro la possibilità di farlo nuovamente, le autostimolazioni erano effettuate a un ritmo superiore all'usuale, come se dovessero recuperare le precedenti (5).

Studi successivi indicarono che gli effetti gratificanti per l'animale dipendevano dall'attivazione del sistema di ricompensa cerebrale. Tale sistema è costituito da un insieme di neuroni localizzati in un'area cerebrale (a livello pontino e dei gangli della base) e possono anche essere attivati da una serie di sostanze che inducono sensazioni di piacere e poi dipendenza. Il sistema dopaminergico esercita un ruolo critico attraverso i meccanismi di rinforzo, ma anche facendo sì che venga prestata attenzione ad alcuni stimoli piuttosto che ad altri, agendo da filtro sulle diverse componenti della realtà ed 'etichettandola' a seconda delle situazioni. Questa attenzione selettiva caratterizza, ad esempio, il comportamento delle persone depresse, le quali interpretano molte situazioni in modo negativo anche quando queste sono neutre o potenzialmente positive. I gangli della base non si limitano a governare la motivazione attraverso il meccanismo della gratificazione, ma filtrano in modo molto raffinato stimoli e *input* provenienti dal mondo esterno, contribuendo in tal modo a determinare il tipo di realtà con cui un individuo può entrare in contatto. L'azione dei gangli della base si esplica attraverso un effetto esercitato sul talamo, la sede alla quale pervengono tutte le informazioni sensoriali (6). Il talamo, però, non recepisce in modo neutro ogni tipo di stimolo e sensazione: l'in-

cremento del livello di dopamina nello striato, infatti, fa sì che il 'filtro' del talamo si allarghi lasciando passare una maggiore quantità di *input*. Quest'azione di filtro non riguarda soltanto l'informazione di tipo cognitivo, ma anche altri aspetti del comportamento, dalla motricità all'emozione. Al talamo giungono infatti informazioni dalla corteccia frontale e dal sistema limbico (cioè da amigdala, ippocampo, corteccia prefrontale ed entorinale), cosicché esso è un crocevia tra funzioni cognitive, motorie e motivazionali. Lo striato ventrale (una parte del talamo) è quindi al centro sia dei comportamenti motivati rivolti verso un fine, sia del trattamento di informazioni relative al contesto, basate su complesse associazioni tra stimoli diversi. Inoltre, di grande rilievo in questa complessa architettura, è il ruolo della corteccia frontale e prefrontale coinvolte in funzioni come la memoria procedurale, la rappresentazione degli obiettivi, la fluency verbale, valutazione e anticipazione delle conseguenze delle proprie azioni. Sono inoltre coinvolte nella processazione dell'esperienza emozionale e nell'attivazione di certe emozioni positive (6). In generale tali strutture intervengono nella regolazione delle funzioni esecutive, del comportamento sociale e della motivazione. Le differenze che si riscontrano tra gli individui non sono legate a differenze nell'anatomia ma nel modo in cui i neuroni sono collegati tra loro. I circuiti neurali che si creano in un individuo sono la conseguenza di un'interazione tra biologia e ambiente. La ripetizione di nuovi gesti e comportamenti, effettuata per un tempo sufficientemente lungo, crea nuovi circuiti neuronali che regolano nuovi comportamenti e nuove percezioni. Il concetto di neuroplasticità ha offerto poi numerose possibilità di recupero in ambito riabilitativo sfruttando appunto queste interazioni.

## **APATIA, UN DEFICIT DI MOTIVAZIONE: SINDROME E SINTOMO DI PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE**

L'apatia è stata spesso considerata una condizione piuttosto vaga, per lo più caratterizzata da perdita di interesse ed emozioni e spesso viene confusa con depressione del tono dell'umore. Tuttavia tali condizioni si riferiscono a costrutti anatomico-funzionali diversi sebbene interconnessi. Infatti, sia i sintomi che la

sindrome apatica sono relativi all'area motivazionale mentre la depressione appartiene alla dimensione dell'umore (7). L'apatia è attualmente considerata come un sintomo che riflette un danno dei circuiti cerebrali frontali-subcorticali. Pertanto lesioni focali (ad es., uno *stroke*), così come processi neurodegenerativi diffusi (malattia di Alzheimer), o ancora alterazioni della sostanza bianca (Sclerosi Multipla) o della sostanza grigia (malattia di Parkinson) o anche disturbi funzionali (schizofrenia) possono dare origine a comportamenti dismotivazionali, per coinvolgimento di zone del sistema frontale subcorticale (7). Uno studio con Tomografia ad Emissione di Positroni in pazienti parkinsoniani, con *marker* per il trasportatore della dopamina e della noradrenalina, ha mostrato una correlazione inversa tra il grado di severità dell'apatia e il *binding* (legame recettoriale) a livello dello striato ventrale (8). La risonanza magnetica in pazienti geriatriche con depressione maggiore ha mostrato una maggiore prevalenza di apatia relazionata alla perdita di volume della sostanza grigia nell'area del cingolo anteriore di destra (9). Di fatto, i circuiti frontali sottocorticali costituiscono una complessa struttura che può, in parte, spiegare l'anatomia, la biochimica e la farmacologia del comportamento. I tre sistemi principali relazionati al comportamento originano dalla corteccia pre-frontale dorso-laterale, dalla corteccia orbito-frontale e dalla porzione anteriore della corteccia del cingolo. Specifici *markers* comportamentali associati a questi circuiti sono: le disfunzioni esecutive (circuitto dorsolaterale prefrontale-subcorticale), disinibizione e disturbi ossessivo-compulsivi (circuitto orbitofrontale-subcorticale) e apatia (circuitto mediale frontale-subcorticale). I sistemi neurotrasmettitoriali, che attualmente sembrerebbero essere alla base dei comportamenti motivazionali e pertanto implicati non solo nell'insorgenza dell'apatia, ma anche negli effetti farmacologici di queste sostanze da abuso, includerebbero i *pathways* catecolaminergici, ed in particolare il sistema dopaminergico mesolimbico, così come le proiezioni alla corteccia prefrontale e i gangli della base, con coinvolgimento di neuroni serotoninergici e colinergici (10). Queste basi biologiche sottolineano l'importanza in ambito geriatrico riabilitativo di differenziare l'apatia dalla depressione del tono dell'umore o dal tratto di personalità individuale al fine di individuare *markers* clinici di eventuali patologie neurodegenerative non ancora diagnosticate.

## VALUTAZIONE DELLA MOTIVAZIONE

Esplorare l'area motivazionale è un compito articolato e non sempre di facile attuazione anche perché manca un'armonizzazione o una codifica dello *screening*/diagnosi da effettuare. È possibile affrontare la valutazione utilizzando scale *ad hoc* che esplorino il deficit motivazionale (*Apathy Inventory*, *Apathy Evaluation Scale*, *Neuro Psychiatric Inventory*, ad esempio) (11), oppure tramite un *counseling* motivazionale applicando la "*person-object theory of interest*" (12). Questo principio postula l'importanza di riconoscere per singolo individuo l'interesse suscitato dall'oggetto/azione attraverso cui sviluppare un percorso motivazionale personale. Inoltre la valutazione della motivazione individuale dovrebbe includere un *assessment* globale degli altri circuiti cognitivo-affettivi con questionari etero/autosomministrati e/o osservazioni dirette ed indirette dell'iniziativa personale e partecipazione del paziente al programma riabilitativo come anche dell'adeguatezza nell'integrazione sociale nel *setting* riabilitativo. Tuttavia al momento non vi è un percorso diagnostico strutturato e questo approccio risulta ancora meramente speculativo sebbene di grande interesse per i risvolti terapeutici e scientifici che potrebbe determinare.

## MOTIVAZIONE: POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE E RIABILITATIVE

Come precedentemente illustrato, diverse evidenze scientifiche cliniche e precliniche supportano attualmente l'ipotesi secondo la quale la sindrome apatica derivi dalla disfunzione dei sistemi di proiezione fronto-subcorticali, e che, di solito, insorge in concomitanza di una varietà di processi patologici. In questi termini l'apatia potrebbe essere il *target* di un razionale intervento farmacologico. Attualmente non esiste un intervento medico-riabilitativo approvato e nessun farmaco in uso presenta prove di sicura efficacia. Gli agenti farmacologici più frequentemente utilizzati (*off-label*) nei pazienti apatici includono: farmaci dopaminergici antiparkinsoniani, inibitori dell'acetilcolinesterasi, antipsicotici atipici e psicostimolanti. La maggior parte dei lavori pubblicati in merito all'efficacia di questi farmaci come terapia per l'apatia, è risultata limitata ed inconcludente.

Sebbene nessun modello pre-clinico si è dimostrato valido per mimare le manifestazioni cliniche dell'apatia, né tanto meno di prevederne il decorso clinico o la risposta alla terapia, i modelli che presentano un danno al lobo frontale e alterazioni dei comportamenti motivazionali hanno incominciato ad evidenziare qualche elemento e ad assumere un certo valore. Verosimilmente, farmaci attivi su questi modelli potrebbero essere considerati come potenziali candidati per essere valutati clinicamente nel trattamento dell'apatia. Un derivato ciclico gabaergico, il nefiracetam, potrebbe essere un esempio farmaceutico di questo tipo (13). Diverse evidenze precliniche indicano che il nefiracetam potrebbe incrementare l'attività colinergica e monoaminergica nella corteccia cerebrale, come anche la perfusione sanguigna cerebrale e l'utilizzo di glucosio nelle regioni frontali e dei nuclei della base affette. Allo stesso dosaggio, nefiracetam si è rivelato attivo sulle attività comportamentali che presentano una componente motivazionale e che implicano attività interattive nei modelli animali (13). Dal punto di vista clinico, in un *trial* randomizzato che includeva pazienti con lesioni ischemiche, il farmaco si è dimostrato sicuro migliorando l'apatia e le misure funzionali ad essa correlate (14).

Stimolare la "motivazione" individuale non può prescindere tuttavia da interventi di tipo ambientale. Infatti, affinché i processi di riorganizzazione corticale abbiano luogo, l'ambiente deve fornire un adeguato supporto. Lo scopo della riabilitazione neuropsicologica è dunque migliorare l'adattamento funzionale del paziente nonostante il danno cerebrale subito creando un ambiente stimolante che risponda ai bisogni cognitivi, emotivi e motivazionali del paziente. L'applicazione ad esempio della teoria *person-object interest* potrebbe strutturare un intervento riabilitativo che preveda:

- 1) una valutazione dell'interesse che porta la persona a dirigere la propria **attenzione** verso un oggetto;
- 2) **Pindividuazione dell'oggetto**, o finalità di un trattamento, che permette di aumentare l'interesse;
- 3) la misura del grado di efficienza nell'apprendere determinato dalla perseveranza (**tempo sul compito**);
- 4) **rinforzo** di processi cognitivi come la perseveranza che portano a una sempre più profonda integrazione nel concetto del sé relazionato all'ambiente circostante.

Volendo esemplificare, in ambito riabilitativo una speculativa strategia per l'incremento motivazionale del paziente potrebbe consistere in uno *screening* degli interessi pregressi (ad es. andare in bicicletta, *walking*, nuotare, ecc.) e una valutazione iniziale degli esercizi che più suscitano interesse e *compliance* da parte del paziente (pedaliera, percorso ad ostacoli, esercizi propriocettivi, ...). Una volta individuato l'interesse e messo in atto un programma riabilitativo che tenga conto degli interessi del paziente, sarebbe utile illustrare al paziente che finalità ha quel tipo di esercizio ai fini del recupero funzionale. Ad esempio, ad un paziente con disturbi del cammino cronico che preferisce un particolare esercizio piuttosto che un altro e dunque si "dismotiva" nel momento in cui è "obbligato" ad eseguirlo, l'operatore potrebbe insistere sul fatto che quel tipo di ginnastica migliora l'equilibrio che è essenziale durante la deambulazione ma che dopo aver acquisito queste capacità (tempo sul compito) sarà necessario procedere ad ulteriori percorsi per consolidare i risultati ottenuti (rinforzo, perseveranza). Al momento questi interventi rimangono sul piano ipotetico e non ci sono studi sperimentali che supportino tali suggestioni.

## MOTIVAZIONE: IL RUOLO DELL'OPERATORE SANITARIO

L'invecchiamento è spesso definito "l'epoca delle perdite". Tra queste, anche la perdita di motivazione nel rimanere autonomi soprattutto se manca un substrato sociale, economico e di salute che configuri un "buon" invecchiamento. Tuttavia questo concetto usato ed abusato rientra in un contesto di *ageism* piuttosto che di *aging*, laddove per *ageism* intendiamo quell'atteggiamento culturale che interpreta la vecchiaia come condizione negativa (15). Nel lavoro con gli anziani la consapevolezza della motivazione diventa importante per un più raffinato ed approfondito percorso comportamentale da parte dell'operatore. La *performance* dell'operatore sanitario subisce l'influenza di molti fattori personali ed extra-personali/lavorativi ma spesso essa stessa è determinante sulla salute psico-fisica dei propri pazienti. Se la relazione di aiuto si fonda sulla fiducia, sull'empatia e sulla professionalità, l'operatore potrebbe giocare un ruolo discriminante nel raggiungimento dell'*outcome* riabilitativo. Un aspetto poco

discusso ma con valenza scientifica di grande rilievo, risiede nello sviluppo di un processo motivazionale che tenga conto di una teoria recentemente acquisita: la teoria dei neuroni a specchio. I neuroni specchio sono cellule localizzate nella zona fronto-parietale capaci di reagire non soltanto ad un semplice stimolo, ma anche di 'comprendere' il significato di quello stimolo.

Grazie a questa scoperta si è stabilito che le diverse aree cerebrali non sono suddivise per eseguire distintamente compiti esecutivi e compiti di controllo, ma azione e percezione costituiscono un'unica funzione. Questi neuroni hanno dimostrato di potersi attivare sia per eseguire una determinata azione sia in seguito all'osservazione di un'azione simile compiuta da un altro individuo. Le ricerche si stanno focalizzando sulla determinazione del ruolo di tali cellule specializzate nel determinare empatia fra gli individui (16), e sarebbe altresì interessante comprendere se grazie ai *positive beliefs* del *team* riabilitativo si possa migliorare la *performance* motoria-motivazionale del soggetto e ottenere un miglior successo riabilitativo. Allo stato attuale queste sono solo speculazioni, ma tale filone di ricerca è ancora un continente inesplorato. La sinergia tra neurobiologia e neuropsicologia e la conduzione di studi sperimentali in ambito clinico-riabilitativo potranno eventualmente darci delle risposte più pertinenti.

## BIBLIOGRAFIA

1. [www.who.int/disabilities/world](http://www.who.int/disabilities/world).
2. Anolli L, Legrenzi P. Psicologia Generale. Ed. Il Mulino, Bologna, 2006.
3. Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000;11:227-268.
4. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84:191-215.
5. Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol*. 1954;47:419-27.
6. Ikemoto S, Yang C, Tan A. Basal ganglia circuit loops, dopamine and motivation: A review and enquiry. *Behav Brain Res*. 2015;290:17-31.
7. Starkstein SE, Leentjens AF. The nosological position of apathy in clinical practice. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008;79:1088-92.
8. Remy P, Doder M, Lees A, Turjanski N, Brooks D. Depression in Par-

## MATERIALI DI LAVORO

- kinson's disease: loss of dopamine and noradrenaline innervation in the limbic system. *Brain*.2005;128:1314-22.
9. Lavretsky H, Ballmaier M, Pham D, Toga A, Kumar A. Neuroanatomical characteristics of geriatric apathy and depression: a magnetic resonance imaging study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15:386-94.
  10. Bressan RA, Crippa JA. The role of dopamine in reward and pleasure behaviour-review of data from preclinical research. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2005;427:14-21.
  11. Clarke DE, Ko JY, Kuhl EA, van Reekum R, Salvador R, Marin RS. Are the available apathy measures reliable and valid? A review of the psychometric evidence. *J Psychosom Res*. 2011;70:73-97.
  12. Krapp A. Structural and dynamic aspects of interest development: theoretical considerations from an ontogenetic perspective. *Learning and Instruction*. 2002;12:383-409.
  13. Crespi F. Nefiracetam. *Curr Opin Investig Drugs*. 2002;3:788-93.
  14. Robinson RG, Jorge RE, Clarence-Smith K, Starkstein S. Double-blind treatment of apathy in patients with poststroke depression using nefiracetam. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci Spring*. 2009;21:144-51.
  15. Kydd A, Fleming A. Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature. *Maturitas*. 2015. [Epub ahead of print]
  16. Ferrari PF, Rizzolatti G. Mirror neuron research: the past and the future. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2014;28:369:20130169.

# Il patto di *privacy* nella comunicazione della diagnosi di Alzheimer

**Pietro Vigorelli**

Gruppo Anchise

## INTRODUZIONE

Il problema della comunicazione della diagnosi di demenza, tipo Alzheimer o altre forme, è già stato affrontato in un documento dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría (AIP) del 2010 (1) e più recentemente l'ho ripreso per riesaminarlo, dal punto di vista dell'*Approccio capacitante* (2), restando in consonanza con il documento dell'AIP.

In particolare ho proposto che, in linea di massima, la comunicazione della diagnosi di demenza:

- sia inserita in un contesto di *Alleanza terapeutica* (3);
- sia il risultato di un percorso che coinvolge in modo partecipe il paziente già durante la fase diagnostica;
- sia fatta *per primo* al diretto interessato, appena possibile e in modo chiaro;
- dia pieno riconoscimento alle *Competenze elementari* (competenza a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare, a decidere) (4) del paziente, così come le ha, in qualsiasi fase di malattia si trovi;
- coinvolga anche il *caregiver* principale, col consenso del paziente;
- garantisca una fase successiva in cui vengano affrontati tutti i problemi connessi con il piano terapeutico, i problemi di vita emergenti e le ripercussioni emotive della comunicazione stessa.

In questo articolo mi limito quindi ad affrontare dal punto di vista dell'*Approccio capacitante* un problema specifico, quello della *privacy* e propongo un *patto per la privacy*, in modo analogo a come ho già proposto un *patto per l'accoglienza* (5) al momento dell'ingresso in RSA.

Nel testo che segue, quando cito il medico capacitante non mi riferisco a un medico ideale, ma semplicemente a un medico, in particolare un geriatra, che svolge la sua normale attività professionale indirizzando la relazione medico-paziente secondo l'*Approccio capacitante* (4).

## IL MOMENTO DELLA DIAGNOSI STA DIVENTANDO SEMPRE PIÙ PRECOCE

L'evoluzione culturale, scientifica e della prassi medica ha portato, almeno nelle grandi città e nei centri dove le UVA sono più attive, a formulare la diagnosi di probabile malattia di Alzheimer in fase abbastanza precoce, quando il paziente è ancora autosufficiente nelle attività di base della vita quotidiana e presenta solo qualche difficoltà in alcune attività strumentali. Talvolta il soggetto svolge ancora un'attività lavorativa o è appena andato in quiescenza ed è del tutto consapevole dei deficit cognitivi che presenta. È utile fare riferimento proprio a questi soggetti perché con la tendenza a ottenere una diagnosi sempre più precocemente questo tipo di persone nei prossimi anni non costituirà l'eccezione bensì la regola. Già oggi, personalmente, è sempre più frequente che mi trovi a formulare la diagnosi di Disturbo Neurocognitivo lieve o maggiore (DNC nel DSM 5) (6) in persone ancora ben inserite nella vita sociale.

## UNA SITUAZIONE TIPICA

La situazione tipica cui faccio riferimento è quella di una persona di circa sessant'anni che giunge all'osservazione perché preoccupata per la presenza di

## SPUNTI DI DIBATTITO

disturbi di memoria associati a qualche episodio di deficit che lo ha particolarmente turbato (un momento di disorientamento nello spazio o di vuoto mentale, un mancato riconoscimento di una persona cara, la dimenticanza di un appuntamento importante ...). Spesso il soggetto viene di propria iniziativa ma si fa accompagnare dal coniuge, anch'egli visibilmente preoccupato.

In questi casi il medico capacitante si occupa innanzitutto di favorire la costituzione dell'*Alleanza terapeutica*, poi procede agli accertamenti necessari informando di volta in volta l'interessato dei risultati. Inoltre chiede l'autorizzazione a coinvolgere e informare anche il coniuge. Nella mia esperienza sono abituato a dividere le consultazioni in due parti; la prima in cui è presente solo il paziente, la seconda in cui chiedo al paziente di chiamare il familiare che fino a quel momento è rimasto in sala d'attesa.

Il percorso diagnostico richiede sempre più di un incontro, spesso alcuni mesi, e questo tempo è utile per consolidare l'*Alleanza terapeutica*.

## UNA PRATICA CLINICA LONTANA DALLE LINEE GUIDA

Quando il medico arriva a raccogliere gli elementi sufficienti per formulare la diagnosi, si pone il problema della comunicazione.

C'è chi ritiene che la comunicazione della diagnosi sia dannosa per l'ammalato, ma questa tesi non è confermata da diversi studi (7-10) citati nel documento dell'AIP (1). Si tratta solo di un pregiudizio dietro cui qualcuno si rifugia. Al contrario, la comunicazione della diagnosi, non solo:

- risponde a un principio etico e deontologico
- rispetta l'autonomia del paziente
- rispetta il desiderio del paziente di conoscere la diagnosi

ma anche

- rende più facile spiegare al paziente i suoi sintomi
- migliora la compliance ai trattamenti medico-assistenziali
- favorisce l'accettazione delle limitazioni e delle difficoltà che la malattia comporta
- rende più facile discutere con il paziente dei suoi problemi e delle sue paure per trovare nuove soluzioni adattative.

In Italia, purtroppo, la pratica clinica è ancora molto distante dalle linee guida, anche se su queste c'è un ampio consenso teorico. Spesso la comunicazione viene rinviata nel tempo, oppure viene delegata a un familiare, oppure è parziale e reticente. Non è eccezionale che la diagnosi venga comunicata solo al familiare e che il paziente ne resti all'oscuro, immerso nel segreto (altrove ho già discusso sulla "tossicità" del segreto) (11).

Comunicazioni di questo tipo, non solo sono inadeguate, ma dal punto di vista dell'*Approccio capacitante* sono *incapacitanti* e contribuiscono a creare ulteriori problemi.

Il medico che non comunica la diagnosi al paziente in modo chiaro e a tempo debito lo fa illudendosi di fare del bene, si autogiustifica pensando di agire per non fare soffrire il paziente. In realtà questo atteggiamento nasce dal timore di non essere in grado di reggere le proprie emozioni e quelle del destinatario della comunicazione; in altre parole, nasce dall'incapacità di far fronte a un proprio dovere professionale.

Il risultato di questa situazione è molto sfavorevole per il paziente.

## LE CONSEGUENZE DELL'ERRORE COMUNICATIVO

Oggi la paura dominante per le persone intorno ai sessant'anni è proprio quella di avere la malattia di Alzheimer.

Il soggetto che abbiamo preso ad esempio è già preoccupato per le eventuali conseguenze della malattia, per il rischio di perdere la considerazione degli altri, di perdere il controllo della propria vita; teme di perdere la stima di familiari, amici e colleghi e si sente minacciato nella propria autostima.

Quando il medico è reticente, il soggetto si conferma nei suoi timori, pensa che la sua malattia sia tanto terribile da essere indicibile, inconfessabile. Le sue paure sono tanto grandi che non ha il coraggio di parlarne, di incalzare il medico per ottenere le informazioni veritiere che gli spettano.

Comincia così un declino che passa attraverso il silenzio, la tristezza, l'isolamento e che porta alla progressiva rinuncia a vivere in modo attivo. Quello che si ottiene è un aumento della sofferenza e un vero effetto dementigeno (*excess disability*).

## IL PUNTO DI VISTA DELL'APPROCCIO CAPACITANTE

Per capire la questione dal punto di vista dell'*Approccio capacitante* è necessaria una breve premessa.

Nel corso degli ultimi dieci anni ho proposto l'*Approccio capacitante* come stile relazionale da adottare con tutte le persone con demenza, dal grado lieve al grado severo, 24 ore su 24, in tutti i contesti [vari contributi sono già stati pubblicati su questa rivista (12-17); per una bibliografia più completa si può consultare [www.gruppoanchise.it](http://www.gruppoanchise.it)]

L'approccio si basa sull'ascolto e sulla scelta delle parole da dire, in modo da restituire all'interlocutore il riconoscimento delle sue *Competenze elementari* (5), così come lui le manifesta, nel momento in cui si esprime: *la competenza a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare, a decidere*. In questo modo si può davvero fare una medicina centrata sulla persona, una medicina cioè che riconosca all'altro la sua dignità e la sua validità come interlocutore, anche se con demenza.

Tornando alla situazione descritta sopra, dal punto di vista dell'*Approccio capacitante* essa comporta, invece, la negazione delle *Competenze elementari* che il paziente possiede e che non gli vengono riconosciute: in particolare, *La competenza a comunicare* e *La competenza a contrattare*.

Lo si tratta come se non fosse in grado di dialogare sulle cose che lo riguardano, di capire e di farsi capire; come se non fosse in grado di discutere, negoziare e prendere decisioni sulla propria vita.

Così facendo si tende a svalutare la persona; anche se si è animati da buoni propositi si tende a negare la sua dignità e si impedisce il nascere di una reazione resiliente, di una reazione cioè che spontaneamente può aiutare il soggetto a far fronte alle sue difficoltà con le sue stesse forze.

## CHE COSA FARE?

Il medico capacitante agisce in modo opposto a quello descritto sopra, parte cioè dal riconoscimento delle *Competenze elementari* dell'interlocutore, anche se ha un Declino Neurocognitivo. Il soggetto tipo che ho preso ad esempio, lo conosco bene nella mia pratica professionale e ogni geriatra lo incon-

trerà sempre più frequentemente. Non dobbiamo avere paura a comunicare la diagnosi. Facciamolo con prudenza, ma facciamolo! In questo modo, non solo adempiremo a un dovere deontologico, ma scopriremo che così facendo l'*Alleanza terapeutica* si rinforza, il paziente si sente davvero riconosciuto come persona, nella sua dignità e con le sue competenze. E ce ne è grato.

Perché tutto questo avvenga in modo positivo, pur nella gravità della malattia, è però necessario completare la comunicazione con un patto di *privacy*.

### Il patto di *privacy*

Fin dall'inizio di questo articolo ho sostenuto l'opportunità di comunicare la diagnosi in modo chiaro al diretto interessato, ma nella pratica clinica si incontrano vari ostacoli. Uno consiste nell'abitudine sociale, almeno in Italia, di ricevere in consultazione contemporaneamente il paziente e il familiare che lo accompagna, come se fosse necessario tenerlo sotto tutela anche nell'ambulatorio medico.

### Una questione di *setting*

Per poter realizzare il *patto di privacy* è necessario suddividere la consultazione in due parti, come già accennato sopra. Nella prima parte la comunicazione avviene con solo il paziente presente. In questa occasione il medico specifica anche che il rapporto medico-paziente è un rapporto a due, appunto tra il medico e il paziente, *tra noi due*. Il medico si impegna a fornire le informazioni a lui per primo e solo col suo permesso a fornirle anche al familiare di riferimento che lo accompagna. Poi aggiunge che, trattandosi di una malattia che comporta disturbi di memoria, il medico ha bisogno di sentirsi libero, se lo ritiene necessario ed eccezionalmente, di rivolgersi direttamente anche al familiare e, se lo ritiene opportuno, di rispondere alle sue richieste. Il medico capacitante contratta apertamente col paziente i termini della questione e, personalmente, dico al paziente che per me è necessario avere il suo consenso. Tutto questo richiede circa cinque minuti.

### Il riconoscimento delle *Competenze elementari*

Il tempo dedicato al *patto di privacy* è tempo necessario e ben speso. In questo modo il paziente riceve sì la diagnosi di una malattia grave e che fa paura (in

## SPUNTI DI DIBATTITO

molti casi già lo sospettava), ma partendo da una chiara diagnosi e dal *patto di privacy* si sente riconosciuto e trattato come persona. Una persona dignitosa e competente, una persona in grado di capire e di comunicare, di sopportare anche le cattive notizie. In questo modo sente di poter far fronte alle proprie difficoltà e nel seguito potrà trovare le sue personali risposte per reagire a una situazione che ora conosce chiaramente e saprà che può chiedere aiuto ed essere ascoltato.

## LA SECONDA FASE DELLA CONSULTAZIONE

Dopo aver contrattato col paziente il *patto di privacy*, il medico capacitante invita il paziente a coinvolgere anche il familiare e contratta con lui, con altrettanta chiarezza, lo stesso patto:

- il rapporto medico-paziente è, appunto, tra medico e paziente, quindi il medico fornirà le informazioni direttamente a lui;
- dato che ci si trova di fronte a una malattia che comporta disturbi di memoria, la presenza del familiare è importante, qualche volta è necessaria, ma in linea di massima resta in secondo piano;
- il medico dichiara anche di aver concordato col paziente che, se risultasse opportuno, potrà rivolgersi direttamente al familiare e questi potrà rivolgersi al medico.

## C'È UN PROBLEMA DI TEMPO?

La sostenibilità della procedura proposta è difficilmente compatibile con la tempistica delle visite nelle UVA. Me ne rendo conto, questo è un problema serio e deve essere affrontato. D'altra parte è necessario trovare delle soluzioni perché solo così si fa della buona medicina e si contribuisce alla cura dei pazienti che si affidano a noi. Una proposta concreta consiste nel richiedere e registrare una doppia visita, una a nome del paziente e una a nome del familiare, in occasione della comunicazione della diagnosi.

## CONCLUSIONE

In precedenza molto è stato scritto riguardo alla co-

municazione della diagnosi. In questo breve articolo ho messo a fuoco problemi e soluzioni che riguardano il momento preciso della comunicazione della diagnosi di Disturbo Neurocognitivo lieve o maggiore, sottolineando l'importanza di contrattare un *patto di privacy*, prima con il paziente, poi con il familiare di riferimento.

In tal modo il medico realizza davvero la medicina centrata sulla persona che tutti auspicano, rafforza l'*Alleanza terapeutica* e permette al paziente di continuare ad essere responsabile della propria vita e a sentirsi tale.

## BIBLIOGRAFIA

1. Documento preparato da Fabrizio Asioli, Alberto Cester, Massimo Musico e approvato nel X Congresso Nazionale SIGG. La comunicazione della diagnosi di demenza. *Psicogeriatrics*. 2010;3:7-13.
2. Vigorelli P. Alzheimer: Come favorire la comunicazione nella vita quotidiana nonostante la malattia. Cap. 5. La comunicazione della diagnosi. Franco Angeli. 2015 (in press).
3. Vigorelli P. L'Alleanza terapeutica con la persona malata di Alzheimer. *Psicogeriatrics*. 2010;2:73-76.
4. Vigorelli P. L'Approccio Capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer. Franco Angeli, 2011.
5. Vigorelli P. Aria nuova nelle Case per Anziani. Progetti capacitanti. Cap. 10 (pag. 142-144) Il Patto d'accoglienza. Franco Angeli, 2012.
6. American Psychiatric Association Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5). Raffaello Cortina Editore, 2014.
7. Jha A, Tabet N, Orrell M. To tell or not to tell. Comparison of older patients' reaction to their diagnosis of dementia and depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:879.
8. Dautzenberg P, van Marum R, van Der Hammen R, Paling H. Patients and families desire a patient to be told the diagnosis of dementia: a survey by questionnaire on a Dutch memory clinic. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18 (9):777-9.
9. Elson P. Do older adults presenting with memory complaints wish to be told if later diagnosis with Alzheimers disease? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(5):419.
10. Campbell K, Sticking C, Hougham G, Whitehouse P, Danner D, Sachs G. Dementia, Diagnostic Disclosure and Self-Reported Health Status. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(2):296-300.
11. Vigorelli P. Aria nuova nelle Case per Anziani. Progetti capacitanti. Cap. 2 (pag. 32-41) Il segreto. Franco Angeli, 2012.
12. Vigorelli P. Sugli effetti del parlare e del fare degli operatori geriatrici. *I luoghi della cura*. 2014;3:14-16.
13. Vigorelli P, Carli Ballola L. L'Approccio Capacitante nei progetti museali per persone con demenza. *I luoghi della cura*. 2014; 2: 22-27.

14. Vigorelli P. La tutela della sicurezza degli assistiti attraverso metodi alternativi alla contenzione: un commento. *I luoghi della cura*. 2014;1:30-31.
15. Vigorelli P. Non esiste una riabilitazione per l'autonomia, è l'autonomia che riabilita. *I luoghi della cura*. 2010;1:22-26.
16. Vigorelli P. La Capacitazione come metodologia di empowerment nella cura del paziente affetto da demenza di Alzheimer. *I luoghi della cura*. 2006;4:15-18.
17. Vigorelli P. L'arte di conversare con il paziente afasico post ictus. *I luoghi della cura*. 2004;2:28-31.