



# GERIATRIA EXTRAOSPEDALIERA

Organo ufficiale dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri



*Galen in un affresco del XIII secolo. Anagni - Cripta del Duomo*

Dicembre 2014 - Volume IX - Numero 3-4



# GERIATRIA EXTRAOSPEDALIERA

---

## ORGANIGRAMMA DELLA RIVISTA

**Direttore Responsabile:** Saverio Marino

**Editor in chief:** Giovanni Gelmini

**Comitato di Redazione:** Rocco Amendolara, Laura Calcara, Pietro Gareri, Giancarlo Isaia, Michele Garulli, Mara Dilda, Ciro Manzo, Titti Pavese, Morena Pellati, Cristina Basso, Luisa Guglielmi, Lorenzo Sampietro, Roberto Bellavigna, Antonietta Marino, Giuliana Mercadante .

**Comitato Scientifico:** Giuseppe Abate, Giuseppe Andreis, Fabrizio Arrigoni, Francesco Badagliacca, Luisa Bartorelli, Gianpaolo Bocconcelli, Piero Angelo Bonati, Renato Bottura, Carmine Cafariello, Vincenzo Canonico, Andrea Capasso, Alberto Cester, Robin Chattat, Julie Lidia Citarella, Raffaele Conforti, Antonino Maria Cotroneo, Domenico Cucinotta, Luigi Di Ciocco, Silvana Maria Di Placido, Andrea Fabbo,

Luigi Forgione, Pasqualina Insardà, Attilio Giacummo, Gianbattista Guerrini, Francesco Landi, Vincenzo Leoci, Carmine Macchione, Marcello Maggio, Ernesto Palummeri, Giuseppe Paolisso, Gabriele Peperoni, Francesco Perticone, Franco Rengo, Franco Romagnoni, Alberto Pilotto, Francesco Santamaria, Umberto Senin, Alessandra Tognetti, Marco Trabucchi, Orazio Zanetti.

## CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

**Presidente:** S. Putignano

**Vice Presidente:** L. Forgione

**Segretario:** C. Volpe

**Tesoriere:** F. Santamaria

**Past President:** S. Marino

**Editor in Chief "Geriatrics Extraospedaliera":** G. Gelmini

**Responsabile attività scientifica - Newsletter:** P. Gareri

**Responsabile attività di ricerca:** A. Giacummo - I. Pavese

**Consiglieri:** R. Conforti - A.M. Cotroneo - G. Peperoni

**Revisori dei conti:** Membri effettivi: R. Lacava - P. Cervera - F. Amoroso

**Membri supplenti:** F. Annunziata - P. Scognamiglio

**Probi Viri:** Membri effettivi: V. Leoci - G. Cerqua - M.C. Bollini

**Membri supplenti:** L. Iallonardo - G. Puzio

**Comitato scientifico Congresso Nazionale**

**Coordinatore:** E. Palummeri

**Componenti:** L. Bartorelli, L. Calcara, V. Canonico, A.M. Cotroneo, A. Fabbo, P. Gareri, G. Gelmini, G. Guerrini, L. Iallonardo, I. Pavese



# GERIATRIA EXTRAOSPEDALIERA

## CONSIGLI DIRETTIVI REGIONALI

### CAMPANIA:

Presidente: Lucia Iallonardo  
Vice Presidente: Tommaso Genovese  
Segretario: Giuliano Cerqua  
Tesoriere: Pasquale Cervera  
Responsabile scientifico: Andrea Capasso

### CALABRIA:

Presidente: Roberto Lacava  
Past President: Pietro Gareri  
Vice Presidente: Maurizio Berardelli  
Segretario: Alberto Castagna  
Tesoriere: Francesca Mazzei  
Responsabile scientifico: Pasqualina Insardà  
Sezione Nursing: Enedina Gravina

### PUGLIA:

Presidente: Francesco Badagliacca  
Vice Presidente: Silvia Picillo  
Segretario: Roberta Chiloiro  
Responsabile scientifico: Giuseppe Pistoia  
Delega ai rapporti con i Medici di Medicina Generale e le relative Associazioni: Marino Antonio Solazzo  
Delega ai rapporti con l'Università e le altre Società Scientifiche: Francesco Torres  
Delega ai rapporti con le Istituzioni e gli Specialisti Territoriali: Immacolata Pavese  
Delega ai rapporti con le Professioni Sanitarie: Katia Pinto

### LAZIO:

Presidente: Raffaele Conforti  
Vice Presidente: Pio Pellegrini  
Segretario e Tesoriere: Giovanni Sergio  
Responsabile scientifico: Carmine Cafariello  
Referente per la Psicogeriatría: Antonio Braconaro  
Relazioni con i Medici di Medicina Generale: Carmelo Praticò  
Sezioni Professioni Sanitarie: Presidente: Silvana Maria Di Placido  
Consiglieri: Filippo Corte - Angelica Ciurescu - Pierangela Gravante - Rossella Cassanelli

### EMILIA ROMAGNA:

Presidente: Piero Angelo Bonati  
Segretario: Andrea Fabbo  
Tesoriere: Giuseppe Buonanno  
Responsabile scientifico: Giovanni Gelmini  
Delega ai rapporti con l'Università e con le figure professionali di area psicologica: Rabih Chattat  
Delega ai rapporti con le Istituzioni e le altre Società Scientifiche: Clelia D'Anastasio  
Relazioni con le altre Figure Professionali (MMG, Infermieri, Fisioterapisti, Assistenti Sociali): Morena Pellati  
Delega ai rapporti con le organizzazioni dei servizi territoriali (rete dei servizi): Elisabetta Silingardi  
Sezione Nursing: Presidente: Antonietta Marino  
Consiglieri: Rocco Amendolara - Michele Garulli - Pierangela Guerzoni  
Dirigente Ufficio Infermieristico A.USL Modena - Distretto 2: Luigi Ralli

### SICILIA:

Presidente: Gioacchino Oddo  
Vice Presidente: Laura Calcara  
Segretario: Marcello Tomarchio  
Tesoriere: Giovanni Veneziano  
Delega ai rapporti SIGG: Vito Sciacca Parrinello  
Delega ai rapporti SICUD: Sara Manuele  
Sezione Professioni Sanitarie: Presidente: Julie Lidia Citarrella  
Vice Presidente: Elena Patorno  
Segretario: Hichem Bejaoui  
Referente Area Riabilitazione: Vincenzo Salerno  
Referente Area Infermieristica: Patrizia Fortezza  
Referente Area Assistenti Sociali: Cettina Bonomolo  
Referente Area Case Management : Gioacchino Drago  
Consiglieri: Tania Piccione - Violetta Valenti - Calogero Ninotta - Episcopo Gianfranco

### VENETO

Presidente: Maria Cristina Bollini  
Vice Presidente: Vincenzo Leoci  
Segretario: Lucia Soattin  
Tesoriere: Maria Beatrice Baggio  
Responsabile scientifico: Adalberto Bordin  
Rapporti con le Residenze Protette: Adalberto Bordin  
Rapporti con le Istituzioni e le altre Società Scientifiche: Alberto Cester  
Relazioni con le altre Figure Professionali (MMG, Infermieri, Fisioterapisti, Psicologi, Assistenti Sociali): Fernanda De Romedi  
Sistemi di Valutazione Multidimensionale: F. Tiozzo

### PIEMONTE – VALLE D'AOSTA

Presidente: Carmine Macchione  
Vice Presidente: Gianluca Isaia  
Segretario: Antonino Busceti  
Tesoriere: Giuliana Mercadante  
Responsabile scientifico: Antonino Maria Cotroneo

### LIGURIA

Presidente: Ernesto Palummeri  
Vice Presidente: Lorenzo Sampietro  
Segretario: Tiziana Leale  
Consiglieri: Alberto Cella - Roberto Anselmo - Ekaterini Zigoura - Natalia Vello

### LOMBARDIA

Presidente: Corrado Carabellese  
Vicepresidente: Gianbattista Guerrini  
Segretario: Renato Bottura  
Consiglieri : .Alberto Zanoni - Raffaele Latella - .Angelo Ceretti  
Chiara Ubezio

# Sommario

Geriatria extraospedaliera.....	pag.	4
Il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento al paziente anziano: una proposta operativa del working group age - invalidita' civile.....	“	6
Il commento .....	“	10
Una artrite acuta di polso “sfortunata” .....	“	11
La relazione come cura per migliorare la qualità di vita nelle case residenze: l'esperienza di villa Matilde di Bazzano .....	“	14
Il geriatra e il vecchio invalido .....	“	17
La pratica della contenzione in Geriatria .....	“	18
Medical Humanities e Gentle Care .....	“	22

# Geriatrica extraospedaliera

Organo ufficiale dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri

Sede: Via G. Tenore, 17 - Napoli - Italia - [www.associazionegeriatri.it](http://www.associazionegeriatri.it)

**G**eriatrica Extraospedaliera pubblica contributi redatti in forma di editoriali, articoli originali, review, presentazione di casi clinici, lettere al Direttore aventi ad oggetto tematiche relative alla Geriatrica Territoriale e alle attività dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE).

L'invio degli articoli avviene esclusivamente per via elettronica al seguente indirizzo e-mail: [savmar@tin.it](mailto:savmar@tin.it) oppure [saverio.marino@associazionegeriatri.it](mailto:saverio.marino@associazionegeriatri.it).

I contributi devono essere accompagnati da una dichiarazione degli Autori che l'articolo non è stato inviato ad alcuna altra rivista, né che è stato accettato altrove per la pubblicazione.

Gli Autori inoltre devono dichiarare se hanno ricevuto finanziamenti o se hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento con Aziende i cui prodotti vengano citati nel testo.

## Compilazione:

- Informazioni Generali: Il testo deve essere scritto utilizzando il programma Word (versione PC e MAC). E' preferibile utilizzare il carattere "Times New Roman" con interlinea 2. Le pagine devono essere progressivamente numerate ed ordinate secondo il seguente schema: titolo del lavoro; nomi e cognomi degli autori per esteso; istituto di appartenenza con indirizzo completo del primo autore comprensivo di e-mail (per eventuale corrispondenza); riassunto in italiano (esclusi editoriali e lettere); parole chiave (da un minimo di 3 ad un massimo di 5); testo; eventuali ringraziamenti; bibliografia completa; eventuale menzione del Congresso al quale i dati dell'articolo siano stati presentati (in toto o in parte).
- Abbreviazioni: la prima comparsa di una abbreviazione deve essere sempre preceduta dal termine completo che la stessa sostituisce.
- Nome di Farmaci: va usato il nome farmacologico.
- Tabelle: devono essere dattiloscritte una per pagina e numerate progressivamente con numerazione romana. Nel testo della tabella e nella legenda, si consiglia utilizzare i seguenti simboli: \*, §, \*\*,.....
- Bibliografia: le voci bibliografiche vanno numerate secondo l'ordine di citazione riportando: cognome ed iniziale del nome degli Autori, titolo del lavoro, nome della rivista abbreviato ex Index Medicus, anno di pubblicazione, volume, prima ed ultima pagina dell'articolo.  
Esempio: Bernabei R., Barillaro C. : La valutazione multidimensionale e gli strumenti di seconda generazione. Ger. ExtraOsp. 2006; Volume IV (3-4):11-15  
Nel caso di un libro, si indicheranno nel medesimo modo il nome degli Autori, il titolo, il numero dell'edizione, il nome dell'Editore, il luogo di pubblicazione, il numero del volume e le pagine (iniziale e finale).
- Esame dei contributi: i contributi inviati verranno esaminati dal Direttore responsabile e dal Comitato di redazione, inviati ad un referee esterno facente parte del Comitato Scientifico e quindi eventualmente accettati per la pubblicazione. Agli Autori è riservata la correzione ed il rinvio delle sole prime bozze del lavoro entro sette (7) giorni dall'invio. Il primo nome verrà informato, tramite e-mail, circa l'accettazione o meno del contributo entro massimo 30 giorni.

**Importante:** i lavori inviati, una volta accettati per la pubblicazione, non verranno restituiti. Il comitato di redazione si riserva il diritto di apportare al testo modifiche di uniformità redazionale che si dovessero rendere necessarie.

**Abbonamenti:** Geriatrica ExtraOspedaliera è una rivista trimestrale che viene inviata gratuitamente ai soci dell'AGE in regola con il pagamento della quota annuale di iscrizione.

**COPYRIGHT:** i lavori pubblicati rimangono di proprietà della rivista e possono essere riprodotti solo previa autorizzazione del Direttore Responsabile e citandone la fonte.





## 11° CONGRESSO NAZIONALE

### *“Prendersi cura dell’anziano fragile...”*

*Sessioni:*

- *La coscienza della fragilità e ...*
- *Geriatra e Medicina Generale*
- *Lo sguardo verso il territorio*
- *Nutrizione*
- *Disturbi cognitivi nell’anziano*
- *Osteoporosi e fratture da fragilità: il ruolo del territorio*
- *Prevenzione e terapia in cardiologia geriatrica*
- *I luoghi delle cure come servizi alla persona*
- *Broncopneumologia e Geriatra*

*New format:*

- *Protagonisti alla sbarra*  
*“ Problemi etici e giuridici nei luoghi delle cure”*
- *Il Confessionale*  
*“L’Anziano fragile: la sessualità nei luoghi delle cure”*

*Testimonial per:*

- *Successful aging*
- *La vecchiaia può attendere*

*Ricerca:*

- *Cognidage*
- *Workgroup AGE*
- *Studio IDEALE*

---

**18-21 marzo 2015 - Hotel Aran Mantegna – Roma**

Info: [age@concertosrl.net](mailto:age@concertosrl.net) // 08119569195

# Il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento al paziente anziano: una proposta operativa del working group age - invalidità civile.

di *Giovanni Veneziano, Ciro Manzo, Vincenzo Canonico, Tommaso Genovese, Francesco Badagliacca, Salvatore Putignano ed il Working Group AGE sulla Invalidità Civile*

**Parole chiave:** indennità di accompagnamento, ADL, Barthel index, MMSE.

**Riassunto:** il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento all'anziano rappresenta da sempre un delicato banco di prova per una corretta collaborazione tra le diverse figure interessate. Viene presentata e discussa una proposta operativa frutto del lavoro di uno specifico gruppo costituitosi tra il 2013 ed il 2014 all'interno dell' AGE (Associazione Geriatri Extraospedalieri) . L'utilizzazione di tre sole scale valutative (ADL, Barthel index , MMSE), così come proposto da tale working group, consente di "collocare" gli anziani esaminati in tre livelli (Livello 0, compatibile con concessione di indennità di accompagnamento ; Livello 1, compatibile con concessione con revisione dell'indennità di accompagnamento ; Livello 2, non compatibile con la concessione dell'indennità di accompagnamento). L'applicazione sistematica di tale griglia valutativa ha fatto registrare una percentuale di concordanza totale (tra il parere espresso dal geriatra di concedere o meno l'indennità di accompagnamento) e la decisione finale assunta dagli organismi competenti (Commissioni medico-legali, Giudice del lavoro) pari al 92 % su 393 pazienti valutati. Quando la stessa griglia valutativa è stata applicata ai soli anziani con demenza (160/393) si è registrata una percentuale di concordanza totale pari al 98,12 %.

**PREMESSA NORMATIVA:** l'indennità di accompagnamento per invalidità civile è stata istituita con l'art. 1 comma 1° della legge 18/1980 . Prevede il riconoscimento di una indennità economica a totale carico della stato ai "mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche.....(omissis) ....che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua". Tale indennità viene riconosciuta al solo titolo della minorazione, senza considerare il reddito eventualmente posseduto dall'invalido e la sua eventuale attività lavorativa. Può – evidentemente – essere riconosciuta soltanto al soggetto già riconosciuto invalido civile totale (100%) . L'art. 6 del D.L. 509/88 ha modificato l'art. 2 della legge 118/1971 introducendo un terzo comma che, in relazione ai soggetti ultrasessantacinquenni, pone la condizione non della impossibilità ma delle "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età" . Un consolidato orientamento ministeriale (Circolare Ministero Tesoro n. 14/1992 ; Circolare Ministero della Sanità n. 500.6 del 17/03/1986) e giurisprudenziale (Cassazione 1339/1993 , 15303/2001, 4172/2001...) ribadisce l'importanza della continuità e permanenza del bisogno di assistenza per la concessione di detta indennità. A tutt'oggi la valutazione medico-legale del paziente affetto da demenza fa ancora riferimento alle Tabelle Ministeriali contenute nel Decreto Ministeriale (D.M.) del 5 febbraio 1992, pubblicato su Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26/02/1992, supplemento ordinario. In tali tabelle i codici che fanno espresso riferimento alla demenza sono il codice 1001 (Alzheimer con deliri o depressione ad esordio senile), 1002 (Demenza iniziale), 1003 (Demenza grave). Altri codici tabellari (1101, 1102, 1103) che fanno

riferimento al solo deficit di memoria (lieve, moderato, grave) hanno un valore estremamente limitato in quanto – come noto – il solo deficit di memoria non è sufficiente a porre diagnosi di demenza. Alla luce della legislazione vigente, solo gli anziani con codici tabellari 1001 e 1003 (percentuale invalidante fissa pari al 100 %) possono essere valutati per l'eventuale concessione dell'indennità di accompagnamento ; mentre l'anziano con demenza iniziale (codice tabellare 1002) può vedere riconosciuta una percentuale invalidante non superiore al 70 % e – pertanto – non essendo, di per sé un invalido civile totalmente inabile, non può essere valutato per tale riconoscimento. Il codice tabellare 1003 può essere applicato per qualsiasi forma di demenza, purchè di grado severo, indipendentemente dal fatto che trattasi di demenza Alzheimer-type o di altre note forme (a corpi di Lewy, fronto-temporale.....).

Dal 1° gennaio 2010 il processo di accertamento sanitario di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, è caratterizzato dai seguenti elementi di novità:

- la certificazione sanitaria, compilata on line dal medico certificatore, attiva l'input per l'istanza di riconoscimento dello stato invalidante;
- alla domanda, compilata anch'essa on line, viene abbinato il certificato precedentemente acquisito; completata la connessione tra i due moduli (certificato e sezione domanda), il sistema ne consente l'inoltro telematico all'INPS direttamente da parte del richiedente o per il tramite di un Patronato;
- in fase di accertamento sanitario, la composizione delle Commissioni ASL è integrata dalla presenza di un medico dell'INPS;
- i verbali sanitari sono redatti in formato elettronico, a disposizione degli uffici amministrativi per gli adempimenti conseguenti.

Gli accertamenti sanitari conclusi con giudizio unanime dalla Commissione Sanitaria previa validazione da parte del Responsabile del CML territorialmente competente, allorché comportino il riconoscimento di una prestazione economica, danno luogo all'immediata verifica dei requisiti socio economici, al fine di contenere al massimo i tempi di concessione ; gli accertamenti sanitari conclusi con giudizio a maggioranza sono soggetti a successiva verifica con riesame degli atti o eventuale disposizione di una nuova visita. In ogni caso, la razionalizzazione del flusso procedurale tende a contenere i tempi dell'eventuale concessione;

- la Commissione Medica Superiore effettua il monitoraggio complessivo dei verbali e ha, comunque, facoltà di estrarre posizioni da sottoporre a ulteriori accertamenti agli atti o con disposizione di nuova visita;
- l'INPS diventa unica controparte nell'ambito del contenzioso. Nel caso in cui il giudice nomini un consulente tecnico, alle operazioni peritali dovrà obbligatoriamente presenziare un medico INPS.

L'I.N.P.S. effettua delle verifiche ordinarie nella misura tra il 2 ed il 5% sui verbali definiti annualmente dalla Commissione medica ASL, indipendentemente dal loro esito, attraverso un controllo da parte di Cen-

tri Medico Legali dislocati in regioni diverse da quelle in cui è avvenuto l'accertamento, al fine di realizzare obiettivi di omogeneizzazione valutativa con modalità di interazione territoriale. Il piano di verifiche straordinarie sulla permanenza dello stato invalidante programmato per l'anno 2010 ha previsto l'effettuazione di 100.000 visite.

**SCOPO:** allo scopo di proporre e condividere un modello operativo di tipo numerico che possa essere utilizzato nella valutazione medico-legale per il riconoscimento (o meno) dell'indennità di accompagnamento al soggetto ultrasessantacinquenne affetto da demenza, si è costituito da circa un anno all'interno dell'AGE (Associazione Geriatri Extraospedalieri) un gruppo di studio (qui di seguito denominato Working Group – W.G.). Tale W.G. è composto da geriatri con esperienza anche di tipo medico-legale, operanti in diverse regioni italiane. **MATERIALI E METODI:** il lavoro dei componenti del W.G. AGE si è articolato in una prima fase di approfondimento delle normative attualmente vigenti in materia nonché delle proposte operative già esistenti; in una seconda fase di confronto tra le singole esperienze personali maturate in qualità di componenti di Commissioni ASL/INPS o come consulenti geriatri di tali commissioni o ancora come consulenti tecnici (d'ufficio o di parte) di tribunali; in una terza fase di messa a punto di una proposta operativa; in una quarta fase – infine – di verifica dell'efficacia ed utilità in termini di condivisione dello schema operativo proposto.

La proposta operativa scaturita è consistita nell'esprimere parere favorevole o contrario alla concessione dell'indennità di accompagnamento attraverso la combinazione dei punteggi di sole tre scale valutative rappresentate dal punteggio alle ADL sec. Katz et al (1), al Barthel index (2) (utilizzato nella versione a ventesimi, allegato (1) e del MMSE (Mini Mental State Examination, nella versione italiana validata da Magni et al., 3). La somministrazione del MMSE era "ammessa" solo per gli ultrasessantacinquenni affetti da demenza (o dichiarati tali). In base ai punteggi ottenuti all'ADL, al Barthel index e al MMSE i soggetti sono stati stratificati in tre fasce: 0 / 1-3 / 4-6 / per il punteggio alle ADL; 0-2 / 3-7 / 8-20/ per il punteggio al Barthel, < 10 / 11-17 / 18-26 / in base al punteggio al MMSE.

I soggetti ultrasessantacinquenni non affetti da demenza che presentavano un punteggio 0 alle ADL e tra 0 e 2 al Barthel sono stati classificati di Livello 0; quelli con punteggio alle ADL tra 1 e 3 e tra 3 e 7 al Barthel sono stati classificati di Livello 1; quelli – infine – con punteggio ADL tra 4-6 e > 7/20 al Barthel di Livello 2 (Tabella 1).

Tabella 1: Griglia valutativa per ultrasessantacinquenni non affetti da demenza

LIVELLI	0	1	2
ADL	0	1-3	4-6
Barthel Index	0-2	3-7	> 7

Il livello 0 consente il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.
Il livello 1 consente il riconoscimento dell'indennità con revisione a 12 mesi.
Il livello 2 non è compatibile con la concessione dell'indennità.

Allo stesso modo, i soggetti ultrasessantacinquenni con demenza che presentavano un punteggio 0 alle ADL, tra 0 e 2 al Barthel ed inferiore a 10 per il MMSE sono stati classificati di Livello 0, corrispondente a difficoltà persistenti a svolgere la totalità dei compiti e funzioni proprie dell'età. Gli anziani con punteggio ADL tra 1 e tre, punteggio Barthel tra 3 e 7, punteggio MMSE tra 11 e 17 sono stati classificati di Livello 1, corrispondente al riscontro di difficoltà persistenti a svolgere parte dei compiti e funzioni proprie dell'età. Infine, gli anziani con punteggio ADL compreso tra 4 e 6, Barthel tra 8 e 20, MMSE tra 18 e 26 sono stati classificati di Livello 2, corrispondente al non riscontro di difficoltà persistenti a svolgere la quasi totalità dei compiti e funzioni proprie dell'età. Anche in questo caso, per i soggetti in livello 0 veniva

espresso parere favorevole alla concessione dell'indennità di accompagnamento; per quelli in livello 1, parere favorevole con necessità/indicazione a successiva visita di revisione della sussistenza dei requisiti sanitari, per solito a 12 mesi; per quelli in livello 2 – infine – parere sfavorevole/negativo alla concessione dell'indennità di accompagnamento (Tabella 2).

Tabella 2 : Griglia valutativa per ultrasessantacinquenni affetti da demenza.

**RISULTATI:** Le valutazioni sono state effettuate nella città di Palermo e nella provincia sud di Napoli. Hanno coinvolto 5 commissioni di prima istanza operanti a Palermo, 3 commissioni di prima istanza operanti a Pomigliano d'Arco (NA), 4 giudici del Tribunale di Torre Annunziata – sezione previdenza e lavoro.

Sono stati valutati consecutivamente 393 soggetti ultrasessantacinquenni (150 di sesso maschile e 243 di sesso femminile, Grafico 1). Di questi, 160 affetti da demenza (54 maschi e da 106 femmine) (Grafico 2).

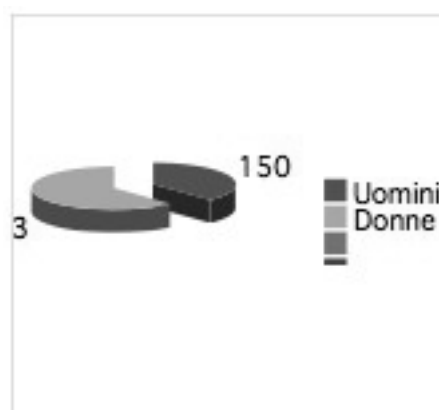


Grafico 1: Campione totale diviso per sesso.

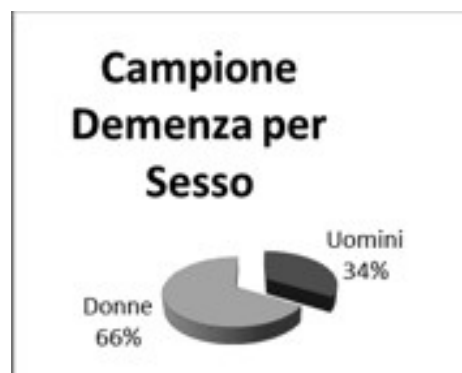


Grafico 2: Gruppo Demenza, per Sesso

Nel gruppo "Ultrasessantacinquenni affetti da Demenza" è stata registrata una concordanza totale tra il parere espresso attraverso la griglia valutativa proposta e la decisione finale assunta dalle Commissioni medico-legali e/o dall'Autorità Giudiziaria pari al 98,12% (157 valutazioni condivise/160; una discordanza totale; due concordanze parziali).

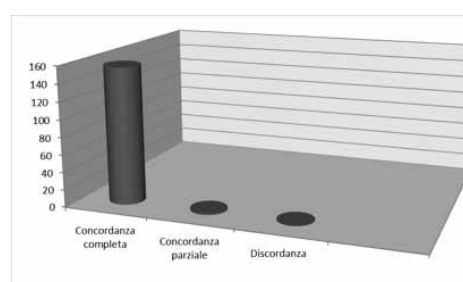


Grafico 3: Ultrasessantacinquenni affetti da Demenza



Considerando invece il gruppo di tutti gli ultrasessantacinquenni valutati, la percentuale di concordanza totale è risultata pari al 92 % (362/393 valutazioni condivise) con una discordanza totale di appena il 3 % circa (10/393).

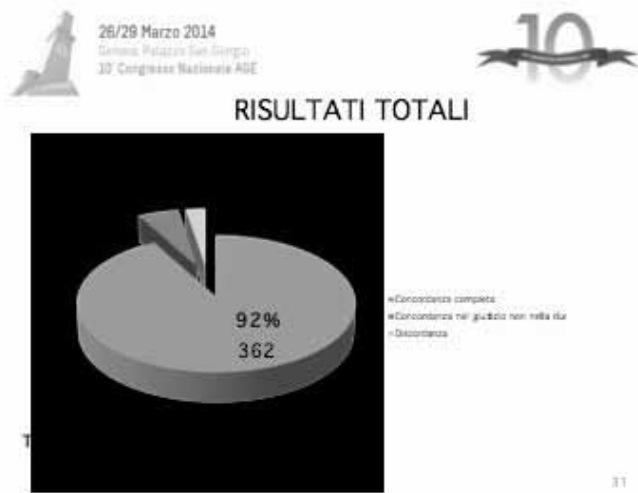


Grafico 4: ultrasessantacinquenni valutati.

**DISCUSSIONE:** il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento all'anziano affetto da demenza rappresenta un delicato banco di prova per una collaborazione serena e costruttiva tra i diversi soggetti interessati. La ricerca di un linguaggio comune tra le parti coinvolte rappresenta una premessa necessaria ed indispensabile per evitare sterili ed infruttuose polemiche e contrapposizioni (4), a maggior ragione a fronte di interessi risarcitori (non sempre motivati e fondati) da parte dell'anziano, dei patronati, degli avvocati difensori. Non di rado, tali finalità risarcitorie rappresentano l'unico motivo di richiesta di valutazione verso il Centro distrettuale delle Demenze (5,6).

La ricerca di un linguaggio comune, evidentemente, non può non tener conto delle oggettive differenze esistenti nei linguaggi tecnici utilizzati. Così, ad esempio, scale valutative ampiamente utilizzate in ambito geriatrico possono essere di difficile "accettazione" in ambito medico-legale e la loro proposizione può trovare non poche "resistenze" anche in un ambito strettamente giurisprudenziale.

Un esempio emblematico è rappresentato dalla scala di Tinetti per l'andatura e l'equilibrio (7). È noto che la scala di Tinetti mostra un buon indice predittivo per caduta dell'anziano: l'anziano con punteggio uguale o inferiore ad 1 viene considerato come "non deambulante" mentre quello con punteggio tra 2 e 19 come "deambulante a rischio di caduta". Ha questa scala un valore "aggiunto" tale da giustificare il suo utilizzo routinario in ambito medico-legale insieme ad altre scale valutative? Probabilmente no. La valutazione di un anziano deambulante a rischio di caduta non ha alcun senso, infatti, in ambito medico-legale, dove ogni valutazione va fatta su dati attuali, stazionari/stabilizzati e costanti e non già solo potenziali. E la valutazione della non deambulabilità dell'anziano è già compresa nell'ADL e nel Barthel index.

Altro esempio è rappresentato dalle scale di valutazione della Comorbidità Somatica, CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) o altre. Anche in questo caso, scale ampiamente validate ed utilizzate sembrano mostrare modesta utilità in ambito strettamente medico-legale. Nel caso di infermità plurime, infatti, il medico legale procede alla valutazione dell'invalidità incominciando a distinguere se si tratta di infermità in concorso tra di loro (quando interessano lo stesso organo o apparato) o in semplice coesistenza. Nel primo caso, valutata separatamente la singola menomazione, procede ad una valutazione complessiva proporzionata al valore tariffato per la perdita totale anatomo-funzionale dell'organo o dell'apparato; nel secondo caso - invece - utilizza la scala di Balthasar o formula riduzionistica o formula a scalare (8). Può, pertanto, l'utilizzo routinario della CIRS e/o di altre scale di valutazio-

ne della comorbidità somatica trovare una giustificazione in medicina legale? Evidentemente no, considerato che il punteggio da tali scale espresso non ha alcuna utilità né margini di applicazione in ambito medico-legale.

Più complesso è certamente il discorso sul peso medico-legale delle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (9). La possibilità, infatti, di identificare le funzioni "strumentali" valutate dalle IADL (usare il telefono, fare la spesa, cucinare, usare mezzi di trasporto, la gestione del danaro, l'assunzione dei farmaci, lavare la biancheria, l'igiene domestica) con i c.d. atti quotidiani della vita o con i compiti e funzioni proprie dell'età, infatti, non è stata chiarita in maniera definitiva neppure dalle diverse Circolari e sentenze della Suprema Corte esistenti al riguardo. In proposito, la circolare n. 14 del 29/09/1992 del Ministero del Tesoro ha inserito nell'elenco esplicativo degli atti quotidiani della vita alcune delle funzioni strumentali sopra citate, precisando ad esempio come per "atti quotidiani della vita sono da intendersi.....l'effettuazione di acquisti e compere, la preparazione dei cibi, .....la capacità di accudire alle faccende domestiche, la conoscenza del valore del danaro.....la guida dell'automobile per necessità legate a funzioni vitali....". In tale circolare, cioè, vengono espressamente indicate alcune delle funzioni valutate dalle IADL. Gli orientamenti della Suprema Corte sono al riguardo non univoci. Così la sentenza della Cassazione n. 14293 del 1999 ha stabilito che l'invalido che sia in grado di attendere autonomamente e senza alcun grave pericolo alla quasi totalità degli atti quotidiani della vita quali lavarsi, vestirsi, nutrirsi, deambulare all'interno della propria abitazione, attendere a passatempi ed occupazioni non impegnative..... non ha diritto all'indennità di accompagnamento anche se per le sue menomate condizioni di salute sia impossibilitato ad uscire di casa e ad attendere alle più dispendiose faccende domestiche in ragione del maggior impegno fisico che dette attività comportano. Nel 2004, con sentenza n. 8060 la stessa Cassazione ha ritenuto sussistente il diritto all'indennità di accompagnamento anche nel caso in cui il soggetto sia in condizioni di compiere da solo gli elementari atti quotidiani della vita qualora non sia in grado di uscire dalle mura domestiche al fine di provvedere al rifornimento necessario di viveri e medicinali. Quel che rimane costante è che tali limitazioni e/o impossibilità abbiano carattere di stabilità e permanenza e non già di occasionalità. Ne consegue che anche una pluralità di atti se privi di cadenza quotidiana non determina la non autosufficienza prevista dalle normative vigenti laddove un solo atto che abbia cadenza quotidiana, per la sua rilevanza, può attestare di per sé la necessità di una assistenza giornaliera continua (Cassazione n. 13362 del 2003, Cassazione n. 88 del 2005). Nel caso specifico dell'anziano con demenza, la capacità dell'individuo a compiere gli atti quotidiani della vita deve essere intesa non solo in senso fisico e cioè come "mera idoneità ad eseguire gli atti in senso materiale" ma anche come capacità di intenderne significato, portata, importanza (Cassazione n. 1268 del 2005): e questo, evidentemente, sposta l'attenzione ed il contesto valutativo sulla capacità di programmazione o quanto meno di comprensione dell'atto materiale da parte dell'anziano demente. Proprio per la complessità della valutazione delle IADL, complessità non chiaramente risolta neppure dalla Suprema Corte, il W.G. AGE ha deciso (sia pure non all'unanimità) di non inserire tale valutazione nella griglia operativa proposta, ritenendo che i punteggi IADL potessero rappresentare elemento di "scontro" e di "confittualità" piuttosto che parti costitutive di un linguaggio comune. La determinazione di ADL e del Barthel index nasce, come noto, in un setting di tipo riabilitativo (1,2) e non medico-legale. E tuttavia le funzioni esaminate consentono, in maniera rapida e precisa, di stabilire se ci troviamo o meno in presenza di incapacità alla deambulazione senza aiuto permanente di un accompagnatore, o a compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua. Un punteggio alle ADL pari o superiore a 4 (corrispondente ad un punteggio Barthel pari o superiore ad 8/20) ad esempio non realizza le condizioni previste dalla legge per la concessione dell'indennità di accompagnamento. Per quanto concerne il MMSE, le tre fasce di punteggi sono state individuate considerando un punteggio < 10/30 per la demenza grave (an-

che in accordo a quanto disciplinato, almeno limitatamente alla malattia di Alzheimer, dalla nota 85 AIFA) e considerando un punteggio pari o superiore a 18 compatibile con l'espletamento della gran parte degli atti quotidiani della vita. Ciò anche in accordo con la stadiazione funzionale FAST (Functional Assessment Staging Test) proposta da Auer e Reisberg limitatamente alla demenza Alzheimer-like (10). Alla fine, per tutte le considerazioni e valutazioni espresse, il WG AGE ha concluso che una griglia operativa limitata ai punteggi di sole tre scale (ben note anche ad interlocutori non medici), possa rappresentare una base operativa adeguata. E l'elevata percentuale di concordanza totale che si è riscontrata passando dal piano teorico a quello attuativo ha, al momento, confermato la validità pratica di tale proposta. Cionondimeno, alcune criticità sono emerse.

**PUNTI DI DOMANDA:** ADL e Barthel Index hanno lo stesso peso e lo stesso significato quando applicato ad ultrasessantacinquenni con demenza e senza demenza? Il punteggio di ADL e Barthel index possono essere utilizzati sic et simpliciter in Medicina Legale?

> Nel lavoro originale di Katz et al, indipendente significa "in assenza di supervisione". Inoltre, il soggetto che si rifiutasse di effettuare una determinata azione/funzione deve essere considerato come non performante (anche se si pensa che sia capace di svolgerla correttamente e compiutamente). Anche nel lavoro originale di Mahoney e Barthel il punteggio massimo non può essere attribuito se il soggetto richiede supervisione. Ciò può far abbassare significativamente il punteggio sia nell'anziano demente (per la severità della demenza stessa) che nell'anziano "istruito" (da familiari, avvocato, patronato, medico di parte.....) su cosa dire e cosa fare.

Il MMSE rappresenta un utile strumento valutativo in Medicina Legale per l'anziano affetto da demenza non -Alzheimer?

> Al di là dei grossi limiti valutativi ancora oggi espressi dalle Tabelle ministeriali ex D.M. 05/02/1992, il punteggio al MMSE non sostituisce tutto l'insieme dei dati (anamnestici, clinici, strumentali, testistici...) che il geriatra mette in campo nella valutazione dell'anziano con disturbi cognitivi, ma vuole semplicemente rappresentare un dato "semplice" per pesare la gravità (o meno) della demenza.

ADL index e Barthel index sono adeguati a valutare l'eventuale concessione di indennità di accompagnamento per il soggetto ultrasessantacinquenne affetto da neoplasia maligna?

> L'integrazione di tali indici con scale espressamente validate per la valutazione delle conseguenze della chemioterapia (e non) nel soggetto con malattia neoplastica (la scala di Karnofsky, ad esempio), appare opportuna e dovrebbe essere espressamente prevista (cfr. Allegato 2).

**CONCLUSIONI:** la griglia valutativa proposta dal W.G. AGE appare, pur nella sua semplicità, fortemente aderente al dettato normativo e ai prevalenti orientamenti giurisprudenziali inerenti la concessione dell'indennità di accompagnamento al paziente ultrasessantacinquenne affetto da demenza, in specie nella parte in cui detta indennità debba essere riconosciuta ai soggetti con difficoltà persistenti a svolgere compiti e funzioni proprie dell'età. La proposta di esprimere tale parere attraverso numeri (deducibili da scale valutative di rapida e semplice effettuazione) non ha inteso "banalizzare" tutta la complessità della valutazione geriatrica ma ha voluto esprimere, più semplicemente, un tentativo di trovare un linguaggio comune con figure professionali (mediche e non) a vario titolo coinvolte nella valutazione medico-legale delle demenze ai fini dell'indennità di accompagnamento. Ed anzi l'elevatissima percentuale di concordanza registrata nelle prime 160 schede di valutazione indica che tale proposta operativa rappresenta uno strumento valido, ampiamente condiviso ed in grado di armonizzare, in ambito medico-legale, il lavoro del geriatra con gli altri suoi interlocutori. La "riproducibilità" di tale griglia di valutazione è stata confermata dalla pari "efficacia" dimostrata sia in contesti regionali differenti (Sicilia, Campania) che in contesti medico-legali differenti (Commissioni di prima istanza, Giudice del lavoro). E' evidentemente auspicabile che tale proposta operativa possa trovare, così come avvenuto in altre regioni, interlocutori e condivisione in altre società scien-

tifiche parimenti interessate (SIGG, AIP, SIMLA...), nella dirigenza dell'INPS nonché nella classe politica (11,12).

I punti di domanda emersi nel corso del lavoro del WG rappresentano, evidentemente, altrettante prospettive di lavoro su cui provare ad intervenire per migliorare l'attuale proposta operativa che - evidentemente - vuole rappresentare solo un modello di work in progress e non già uno schema immodificabile e rigido.

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA (Barthel Index) (Mahoney FL, Barthel DW)

<b>Alimentazione</b>		
Completamente indipendente		0
Necessità di aiuto per tagliare, versare,...		1
Indipendente		2
<b>Trasferimenti (letto - sedia/carrozzina e ritorno)</b>		
Dipendente, non controlla il tronco da seduto		0
Necessità di molto aiuto (1 o 2 persone)		1
Necessità di poco aiuto verbale o fisico		2
Indipendente		3
<b>Pulizia del mattino</b>		
Necessità di aiuto		0
Indipendente per viso, mani, denti o dentiera, pettinarsi, radersi		1
<b>Uso del W.C.</b>		
Dipendente		0
Necessità di aiuto ma può fare qualcosa da solo		1
Indipendente (mettere e togliere gli abiti, usare la carta igienica, usare e pulire la padella)		2
<b>Fare il bagno</b>		
Dipendente		0
Indipendente (anche in doccia)		1
<b>Mobilità</b>		
Non è in grado di spostarsi		0
Indipendente con la carrozzina, anche per girare		1
Cammina con l'aiuto, verbale e fisico, di una persona		2
Indipendente		3
<b>Scale</b>		
Completamente dipendente		0
Necessità di aiuto (verbale, fisico, meccanico)		1
Indipendente		2
<b>Vestirsi</b>		
Dipendente		0
Necessità di aiuto, ma fa circa la metà del lavoro		1
Indipendente (compresi lacci, bottoni, lampo...)		2
<b>Abito</b>		
Incontinente (o è necessario clistere fatto dall'assistente)		0
Incontinenza occasionale (una volta a settimana)		1
Continente		2
<b>Vesiciv</b>		
Incontinenza o cateterizzato da altri		0
Incontinenza occasionale (meno di una volta nelle 24 h)		1
Continente		2
<b>Totale</b>		___/20

Allegato 1 : Barthel Index, scala a ventesimi utilizzata nel lavoro

Scala (o Indice) di Karnofsky

ATTIVITÀ LAVORATIVA	ATTIVITÀ LAVORATIVA	CURA PERSONALE	SINTOMI/ SUPPORTO SINTOMI	PUNTEGGIO
COMPLETEZZA	COMPLETEZZA	COMPLETEZZA	COMPLETEZZA	100
DEPREZZATA LIEVE	LIEVE DEPREZZATA A CAMMINARE	COMPLETEZZA	NEI SINTOMI MINORI	90
DEPREZZATA LIEVE GRAVE	DEPREZZATA MODERATA (con assistenza parziale)	LIEVE DEPREZZATA	ALCUNI SINTOMI	80
INABILE	DEPREZZATA MODERATA (in stato psico-motorio in crisi)	SINTOMI MAGGIORI	ALCUNI SINTOMI (alto grado di energia)	70
	GRAVE DEPREZZATA A CAMMINARE/ CULCISE	DEPREZZATA MODERATA - GRAVE	SINTOMI MAGGIORI	60
	ALZATO PER CILIEGI IL 50% DELLA GIORNATA	GRAVE DEPREZZATA	SINTOMI MAGGIORI	50
	A LETTO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA	LIMITATA CURA DI SÌ	ASSISTENZA SANITARIA STAZIONARIA (per trasporto a sporti televisivi)	40
	PARTE	INABILE	INDICAZIONE SOSPENSIONE CURE/ALLENAMENTO/ DOMICILIO SOSPENSIONE SANITARIA INFERNO	30
* SALTARE PER CONDIZIONE E SUPPORTO SOSPENSIONE CURE			GRAVE COMPLICAZIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI	20
** SALTARE PER CONDIZIONE E SUPPORTO SOSPENSIONE CURE			GRAVE COMPLICAZIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI	10
*** CONDIZIONE INVALIDANTE CONDIZIONE E SUPPORTO SOSPENSIONE CURE			MORTALE	0

Karnofsky DA, Burchenal JH. "The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer." In: MacLeod CM (Ed), Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ Press (1949)

Allegato 2 : Scala di Karnofsky

## Bibliografia

- 1) Katz S, Down TD et al. : Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970 ; 10: 20-30 ;
- 2) Mahoney FI, Barthel DW : Functional evaluation : the Barthel index. *Md State Med* 1965 ; 14: 61-65 ;
- 3) Magni E, Binetti G . et al. : Mini-mental state examination : a normative study in Italian elderly population. *Eur J Neurol* 1996 ; 3 (3) : 198-202 ;
- 4 ) Manzo C. : Il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento nell'anziano : alla ricerca di un linguaggio comune. *Geriatrics Extraospedaliera* 2008 ; vol. VII (1) : 49-51 ;
- 5 ) Manzo C, Ianuale N. et al. : : La cura dell'anziano affetto da demenza : interessa ancora a qualcuno ? – Comunicazione Convegno Regionale AIP, Viterbo, 29/02 – 01/03/2008 ;
- 6) Manzo C, Ianuale N et al. : Il peso della valutazione a fini medico-legali dell'anziano con presunto decadimento cognitivo in un centro territoriale dedicato. *Psicogeriatrics* 2010, 2 : 51-54 ;
- 7) Tinetti M.E. : Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *JAGS* 1986 ; 34 (2): 119- 126;
- 8) Modalità d'uso della nuova tabella d'invalidità. D.M. 5.2.1992 : Approvazione della nuova tabella indicative delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti. G.U. 26/02/1992 n. 47, Supplemento ordinario ;
- 9) Lawton MP : Instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 ; 9 : 179- 186 ;
- 10) Auer S, Reisberg B : The GDS/FAST staging system. *Int Psychogeriatr* 1997 ; 9 (suppl. 1) : 167-171 ;
- 11) Cembrani F, Ciraolo G et al : La valutazione medico-legale della disabilità in psicogeriatrics (la frammentarietà e le disequità del welfare). *Psicogeriatrics* 2009 ; IV (1) : 33 – 63 ;
- 12) Scarpino O, Alessandrini P et al. : La valutazione medico-legale dell'invalidità civile delle persone affette da malattia di Alzheimer e le altre demenze correlate: documento di indirizzo del gruppo Alzheimer della regione Marche. *Psicogeriatrics* 2010 ; V (2) : 65-72

## Il commento

di *Vincenzo Canonico*

Dei problemi legati all'invalidità civile, all'indennità di accompagnamento ed in generale ai benefici di legge per il soggetto anziano con o senza demenza me ne occupo da alcuni anni, per la precisione dall'anno 2009, quando con Patrizia Bruno organizzammo a Napoli uno dei Corsi regionali dell'Associazione Italiana Psicogeriatrics (AIP) dal titolo "Il paziente anziano demente: il legittimo riconoscimento dell'invalidità civile". Durante il Corso, al quale parteciparono numerosi geriatri di diversa estrazione, ci fu un dibattito vivace e costruttivo per cui il Prof. Trabucchi, presente a Napoli, nel gennaio 2010 mi chiese di tenere una relazione al Consiglio Direttivo dell'AIP su "Il riconoscimento dell'invalidità civile nel paziente anziano demente: appunti per un documento". In quella sede mi affidarono l'incarico di scrivere un documento dettagliato, che preparammo con Patrizia, da approvare e presentare nelle sedi istituzionali, INPS ed altre, per condividerne i contenuti e rendere più omogenea e trasparente la concessione dell'invalidità e dell'assegno di accompagnamento da parte degli Organi preposti. Successivamente ad ottobre 2010 a Palermo al Congresso Nazionale dell'Associazione Geriatrics Extraospedalieri (AGE) il Presidente Salvatore Putignano mi chiese di tenere una relazione su "I riconoscimenti dei benefici di legge per i pazienti con malattia di Alzheimer". Presentammo il quell'occasione il nostro documento aggiornato, ne discutemmo con i presenti, alcuni dei quali, viste le criticità riscontrate in molte regioni italiane su un tema così delicato, in primis Andrea Fabbo, decisero di provarlo autonomamente. A gennaio 2011 a Torino in occasione del Consiglio Direttivo dell'AIP il documento dal titolo "La certificazione per l'indennità di accompagnamento" fu definitivamente approvato. Nel documento, in sintesi, oltre che richiamate tutte le norme che negli anni hanno regolato l'indennità di accompagnamento, veniva proposta la concessione o meno in base ai risultati di una griglia in cui venivano inseriti i punteggi di sei test di prestazioni cognitive, funzionali e di comorbilità, dai quali risultava un punteggio finale che avrebbe dato luogo alla concessione definitiva, alla concessione con revisione o al rifiuto dell'assegno di accompagnamento. Durante l'anno 2011 con Patrizia abbiamo più volte incontrato a Napoli ed a Roma i dirigenti dell'INPS, i quali, molto interessati apparentemente alla proposta innovativa e soprattutto oggettiva, tuttavia non hanno dato seguito, come promesso, ad un riconoscimento ed attuazione della nostra proposta.

Questa piccola "premessa storica" era doverosa per capire da dove siamo partiti per arrivare ai giorni nostri ed alla proposta del gruppo di lavoro AGE. Nel 2013 dopo il Congresso Nazionale AGE tenuto a Napoli il Consiglio Direttivo dell'Associazione ha deliberato la costituzione di una serie di gruppi di lavoro tra i quali quello sulla "Invalidità Civile" coordinato da me e Giovanni Veneziano, del quale facevano parte 9-10 geriatri territoriale. Il gruppo ha lavorato in questo primo anno di attività con scambio di informazioni via mail, analisi di materiale scientifico e 3-4 phone conferences, oltre che incontri in occasione di Congressi Nazionali. La partecipazione dei singoli componenti alle attività si è andata man mano assottigliando. Devo dare atto a Ciro Manzo di essere stato un vero "punto di forza" per tutti noi, al fine di rispettare le scadenze che ci eravamo prefissate. Abbiamo "partorito" dopo ampia revisione di opinioni, la proposta che leggerete con i test e la griglia e la prima esperienza su un numero discreto di pazienti portata avanti in questi mesi da Giovanni e Ciro, visto il loro ruolo e l'esperienza maturata nelle Commissioni per l'invalidità Civile. Al Congresso Nazionale AGE di Genova di marzo u.s. Ciro ha presentato sinteticamente i primi dati.

Tengo a precisare che non si tratta di un punto d'arrivo : l'attività del gruppo continua e tutti noi siamo aperti a suggerimenti scaturiti da esperienze personali. Credo in ogni caso si tratta di un ottimo risultato per l'AGE avere uno strumento che possa dare chiarezza in un settore dove, attualmente, dopo la fase pluriennale di concessione senza controllo (che ha dato luogo a tanti abusi riportati dalla stampa nazionale), c'è bisogno di criteri oggettivi e trasparenti per coniugare bisogni e risorse in tempi di crisi. L'auspicio è di poter allargare l'esperienza condotta da Giovanni e Ciro , confrontando ed integrando con quanto portato avanti da Andrea Fabbo in Emilia, con il quale c'è un dibattito aperto .

Visto che l'AGE ha un numero consistente di specialisti geriatri sul territorio nazionale, i risultati di valutazioni ai fini dell'accompagnamento su scala nazionale daranno ampia visibilità all'Associazione e permetteranno di fare chiarezza in favore di chi ha bisogno di questo riconoscimento per alleviare un carico familiare spesso molto gravoso.



# Una artrite acuta di polso “sfortunata”

di **Ciro MANZO**, Responsabile Servizio Reumatologia ex Ospedale “Mariano Lauro”, distretto 59 (penisola sorrentina) - ASL NA 3 sud - **Siro GRASSI**, Dirigente II° livello UOC Ortopedia Ospedale Evangelico “Villa Betania”, Ponticelli (NA).

**Parole-chiave:** condrocalcinosi articolare, malattia da deposito di pirofosfato di calcio, artrite.

**RIASSUNTO:** viene presentato il caso clinico della signora A.C. che in occasione dei festeggiamenti per il suo ottantesimo compleanno sviluppò una violenta artrite al polso sinistro e che, dopo aver ricevuto le terapie e le diagnosi più diverse, scoprì di avere una patologia che “solo” il reumatologo sembrava conoscere.

Una artrite acuta di polso può rappresentare quadro d’esordio di tutta una serie di patologie, sia che si tratti di quadri infiammatori di stretta pertinenza reumatologica (tra queste, la gotta, l’artrite psoriasica, la malattia da deposito di pirofosfato di calcio...) sia che costituisca manifestazione di patologie non reumatiche (malattie infiammatorie croniche intestinali, neoplasie ...). Raramente il polso è scenario di fase flogistica della osteoartrosi primaria. Viene descritto il caso travagliato di una paziente con episodi ricorrenti di artrite acuta di polso.

**LA SIGNORA A.C.:** era da mesi che la signora A.C. stava organizzando i festeggiamenti per il proprio ottantesimo compleanno. Aveva riunito tutti i suoi figli, nipoti e parenti in un noto ristorante della sua città per offrire loro un pranzo degno di così importante ricorrenza. E tutto stava andando per il meglio, quando – all’improvviso – incominciò ad avvertire un dolore lancinante al polso sinistro seguito nel giro di pochi minuti da tumefazione e rossore. Il dolore era di intensità tale da costringerla a lasciare di botto la posata con la quale stava sollevando un pezzo di pesce. Immediatamente soccorsa da una delle figlie, medico, le era stato applicato localmente del ghiaccio che le aveva portato un beneficio solo modesto. Nel giro di meno di un’ora il polso era diventato il doppio rispetto al destro e terribilmente bollente. Non c’era posizione che le desse sollievo. Dovette aspettare il ritorno a casa per poter assumere un anti-infiammatorio che le consentì di riposare appena qualche ora, la notte. Il mattino successivo, di buon’ora, si sottopose ad analisi di laboratorio e ad una radiografia di polso, in comparativa. Le analisi di laboratorio confermavano la flogosi (VES = 54 ; PCR = 29,2 vs < 6,0 ; alfa2globuline = 1,88 vs < 1,10) con uricemia nella norma e negatività di Reuma test, Waaler Rose, anti-citrullina, anti-nucleo. La radiografia veniva refertata come “osteoporosi diffusa, sclerosi di alcune ossa del carpo con restringimento della rima articolare come da osteoartrosi. Presenza di formazioni cistiche intraossee”. (figura 1).



**Figura 1**

**LA PAZIENTE A.C. :** al momento del verificarsi dell’artrite di polso, la signora A.C. era affetta da ipertensione arteriosa, nefrolitiasi bilaterale ( in anamnesi coliche renali recidivanti), lieve ipercolesterolemia con HDL ed LDL nella norma, osteoporosi primitiva, obesità di grado moderato con IMC pari a 37 e complicanze degenerative a carico delle articolazioni portanti (specie ginocchia, rachide dorso-lombare, caviglie), flebolinfedema cronico bilaterale agli arti inferiori. Assumeva 5 farmaci, di cui tre quotidianamente per l’ipertensione arteriosa e due settimanalmente per l’osteoporosi. Vedova, viveva da sola con la figlia medico, rimanendo da sola gran parte della giornata. Destrimane, aveva conservato fino agli 80 anni una sufficiente autonomia ; occasionalmente ricorreva alla collaborazione di una domestica .

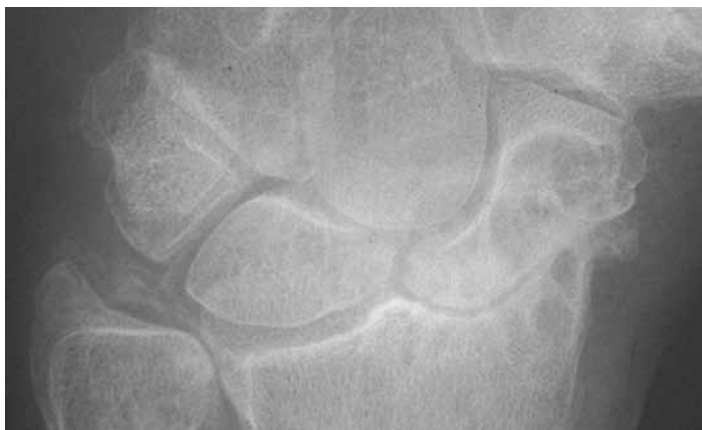
**LE DIVERSE PERIPEZIE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE :** L’artrite della signora AC fu oggetto di valutazione da parte di diversi ortopedici e venne variamente interpretata : chi sospettò un trauma (malgrado venisse fermamente escluso sia dalla paziente che dalla figlia...), chi pensò ad una artrite settica, chi ad una artrite gottosa , chi – infine – incominciò a sospettare un quadro paraneoplastico attivando tutta una serie di indagini in tal senso (per fortuna della paziente, tutte negative). Nel frattempo, la signora era costretta a sospendere l’anti-infiammatorio che stava assumendo (diclofenac 150 mg bis in die) per una crisi ipertensiva e a ricorrere all’assunzione di un cortisonico (prednisone 25 mg due volte al giorno), poi sospeso per netto innalzamento della glicemia. Per fortuna, l’artrite si risolveva in circa una settimana ma, dopo un periodo di tregua di circa un mese, si ripresentava esattamente nella stessa sede. Si procedeva allora ad una infiltrazione locale con acido ialuronico associata a terapia orale con analgesici (paracetamolo 1000 mg bis in die), ottenendo tuttavia soltanto una attenuazione del dolore ma non della *functio laesa*. Ed anzi, a distanza di 5 giorni dalla infiltrazione, la povera signora assisteva ad una netta recrudescenza della tumefazione e del rossore del suo polso che si risolvevano solo con applicazioni locali di ghiaccio, passaggio dall’analgesico ad un anti-infiammatorio non steroideo ad alto dosaggio, introduzione di diuretico dell’ansa per un più adeguato controllo della pressione arteriosa. A questo punto, perdurando la negatività degli indici laboratoristici per autoimmunità reumatologica, si decideva di consultare un nuovo ortopedico che proponeva una valutazione artroscopica del polso con prelievi bioptici. L’esame istologico escludeva la presenza di tessuto neoplastico e la presenza di foci infettivi, indicando la presenza di calcificazioni da deposito di pirofosfato di calcio. Nel mentre la figlia della paziente provvedeva a contattare, dietro consiglio dell’ortopedico che aveva eseguito l’artroscopia, uno specialista reumatologo, un nuovo attacco colpiva il polso, mettendo la signora in uno stato di profonda agitazione e preoccupazione.

**CHE TIPO DI ARTRITE HA AVUTO LA PAZIENTE ?** La signora A.C. ha avuto una monoartrite da deposito di pirofosfato di calcio (P.C.). L’utilizzo di un cortisonico solubile iniettato localmente (metilprednisolone emulsionato 20 mg) insieme ad una compressa di Colchicina (2 mg/die nei primi due giorni e poi 1 mg/die per i successivi 90 giorni) consentiva di risolvere il quadro acuto e prevenire l’insorgenza di nuovi attacchi. L’anamnesi positiva per nefrolitiasi suggeriva il sospetto di un iperparatiroidismo primitivo ed autorizzava l’attuazione di indagini laboratoristiche in tal senso che escludevano – tuttavia - la presenza di un iperparatiroidismo primitivo.

vo. A distanza di un anno, la signora non ha più presentato attacchi artritici né al polso né in altre sedi articolari.

**DISCUSSIONE :** l'artrite da deposito di PC rientra, insieme alla più nota gotta e alle meno frequenti artriti da fosfato di calcio e da idrossiapatite, nel capitolo delle Artriti da Microcristalli. La formazione di depositi di PC è fortemente età-dipendente e pertanto assai frequente nel grande vecchio : viene infatti riportata una prevalenza di calcificazioni da PC fino al 60% nel soggetto over-85 (1). Ma, dal momento che la gran parte delle informazioni utilizzate per gli studi epidemiologici proviene dalla forma a localizzazione alle ginocchia (che rappresenta la localizzazione di gran lunga più frequente di deposito di PC, ma certamente non l'unica), non è affatto temerario sostenere che la prevalenza debba essere anche maggiore. In condizioni normali non si formano cristalli di PC. La loro formazione avviene attraverso meccanismi complessi, in parte non ancora completamente chiariti, alla realizzazione dei quali certamente danno un contributo importante sia fattori sistemici quali l'eccesso di ioni calcio e ioni fosforo in circolo sia l'azione locale di fattori favorevoli (ferro, ad esempio) o ostacolanti (magnesio, tra questi). I cristalli di PC si localizzano caratteristicamente su fibrocartilagini (menischi, legamento triangolare del carpo, sinfisi pubica) o su cartilagine ialina. Presenza di PC NON è tuttavia sinonimo di artrite : infatti soltanto una modesta percentuale di soggetti con depositi di PC sviluppa un quadro clinico. Nella maggior parte, invece, tale presenza configura un reperto radiografico occasionale e non sintomatico (Condrocalcinosi Articolare sensu strictiori, C.A.). Inoltre, l'artrite acuta rappresenta solo una delle modalità di presentazione della malattia da deposito di pirofosfato di calcio (CPPD), essendo descritta anche una forma cronica ed una forma associata ad osteoartrite (OA) (2). Accanto alla forma sporadica della malattia è stata descritta fin dal 1958 (3) una forma familiare di CA e di CPPD, trasmessa con carattere autosomico dominante e ad insorgenza precoce (per lo più tra III° e IV° decade di vita).

L'artrite acuta da microcristalli (e quindi anche da CPPD) è una monoartrite che raggiunge la sua massima espressività clinica in poche ore e, per solito, tende a presentare un decorso autolimitante con segni e sintomi che si risolvono in pochi giorni (4, 5). Il riscontro a semplice radiografia standard di calcificazione di strutture fibrocartilaginee, insieme con questo dato clinico, rafforza sensibilmente il sospetto diagnostico. Nel caso clinico presentato, la presenza della calcificazione del legamento triangolare del carpo (figura 2) non era stata segnalata dal radiologo repertante.



**Figura 2 :** Calcificazione legamento triangolare carpo (freccia).

L'indagine biptica precisava che tale calcificazione era dovuta a deposito di pirofosfato di calcio e, con ciò, consentiva di confermare la diagnosi. Infatti le calcificazioni non sono esclusivamente formate da P.C. ma possono essere anche di altra natura, ragion per cui il riscontro di una calcificazione in una sede di artrite acuta è fortemente sospetta per CPPD ma non patognomica. Inoltre, in una articolazione sede di artrite acuta da CPPD le calcificazioni possono

anche non essere visibili radio graficamente e, pertanto, ribaltando il percorso diagnostico, l'assenza di calcificazioni radiologicamente (o ecograficamente) apprezzabili in una articolazione sede di artrite acuta non esclude la possibilità che si tratti di artrite da CPPD.

A posteriori, la diagnosi finale consentiva di comprendere anche cosa era successo nel travagliato iter terapeutico della paziente. L'infiltrazione di acido ialuronico in una articolazione sede di CPPD può infatti favorire un attacco acuto : ciò vale particolarmente quando si utilizza un acido ialuronico ad alto peso molecolare (6). Un approccio chirurgico (anche mini invasivo) su articolazione sede di CPPD può parimenti favorire l'insorgenza di un nuovo attacco acuto o slentizzare in senso artritico una C.C. fino ad allora asintomatica. In generale, un attacco acuto di CPPD può essere innescato da un trauma locale (ma non era stato certamente questo il caso della signora AC). L'intervento di meniscectomia in soggetto con CPPD o CC va – pertanto - valutato con estrema cautela ed attenzione. Il rischio di CPPD in post-meniscectomia è – infatti – 5 volte maggiore nel ginocchio operato che nel ginocchio controlaterale non operato (7). Cionondimeno nella pratica clinica frequentemente si assiste ad interventi di meniscectomia in ginocchia sede di CPPD, anche nel grande vecchio, ritenendo che l'asportazione del menisco calcificato in un ginocchio sede di versamento recidivante possa essere risolutiva. Il più delle volte – invece – non solo la meniscectomia non risolve il problema, ma può paradossalmente favorirlo !

L'associazione CPPD + nefrolitiasi ha suggerito la possibilità che la nostra paziente potesse avere un iperparatiroidismo primitivo. Tra le condizioni associate alla CPPD, infatti, l'iperparatiroidismo primitivo è quella più frequente. E' stato stimato che i pazienti con CPPD hanno un rischio tre volte maggiore di avere un iperparatiroidismo rispetto a quelli che non hanno questa patologia (2). Meno frequentemente la CPPD si associa ad emocromatosi, ad ipomagnesemia, a malattie renali, ad ipotiroidismo. Tali eventualità devono sempre essere tenute presenti nella pratica clinica e sistematicamente ricercate (Tabella A)

**TABELLA A :** Analisi di sangue da effettuare di routine nei soggetti con CA e con CPPD

Calcio, Fosforo	Fosfatasi alcalina	Magnesio	Ferritina	Paratormone, PTH	Funzionalità renale	TSH
-----------------	--------------------	----------	-----------	------------------	---------------------	-----

Da un punto di vista terapeutico, mentre nulla può essere fatto in caso di C.A. (in quanto non esiste alcun trattamento per poter impedire la formazione di cristalli di P.C. o per dissolvere gli stessi cristalli una volta che si sono formati), molto può (e deve) essere fatto in corso di CPPD. Sono stati pubblicati pochissimi studi randomizzati e controllati sulla terapia della CPPD e molte informazioni sono state ricavate dall'esperienza fatta sulla gotta. Questo è uno dei tanti motivi per cui la CPPD è stata storicamente denominata anche "pseudogotta" (3). Nell'aprile del 2011 un comitato di esperti EULAR (lega europea per la lotta alle malattie reumatiche) ha pubblicato su *Annals of the Rheumatic Diseases* (organo ufficiale della stessa EULAR) un insieme di raccomandazioni per la terapia della CPPD (2). Meno della metà di tali raccomandazioni raggiungeva un livello di evidenza Ib e solo una raggiunge un livello di evidenza Ia, secondo lo schema classificativo proposto da Shekelle e coll. (8). L'utilizzo della Colchicina, un derivato del Colchico (3), sia in terapia dell'attacco acuto per la sua azione sul meccanismo di presentazione dei cristalli di PC all'inflammasoma (9) che in profilassi (10) è noto da tempo. L'efficacia della Colchicina è – ovviamente – maggiore in quelle forme (infrequenti ma non eccezionali) in cui al deposito di PC si associa anche il deposito di cristalli di urato (CPPD + gotta). L'utilizzo di farmaci anti-infiammatori (steroidi e non steroidi) è opportuno in considerazione anche della rapidità e "violenza" del manifestarsi dell'attacco acuto : ovviamente valgono le raccomandazioni per il loro impiego nell'anziano, specie se con importante comorbidità e



carico farmacologico. In articolazioni sedi di cospicuo versamento articolare, quale il ginocchio, la semplice aspirazione del liquido sinoviale (ricco di mediatori della flogosi e di cristalli) può determinare un pronto sollievo, anche se – ovviamente – in assenza di un approccio farmacologico locale e/o sistemico, il versamento tende a riformarsi (anche con rapidità).

**CONCLUSIONI** : la CPPD rappresenta una causa frequente di artrite nell'anziano e vieppiù nel grande vecchio. Alcuni studi epidemiologici la indicano come la terza causa più frequente di reumatismo infiammatorio nell' over – 80 (11). La conoscenza di questa patologia non può, pertanto, non far parte del bagaglio culturale del geriatra. Il ginocchio rappresenta la sede più frequentemente colpita, seguita a debita distanza dal polso. Le modalità di presentazione tipiche dell'artrite cristalli-correlata insieme alla documentazione radiografica di calcificazioni nella sede anatomica colpita aumenta significativamente il sospetto diagnostico di CPPD, la cui diagnosi di certezza – tuttavia – può essere ottenuta solo con la ricerca dei cristalli di PC nel liquido sinoviale con il microscopio a luce polarizzata oppure con l'esame istologico. E' buona regola (come confermato anche dal caso clinico descritto) che il geriatra veda direttamente le radiografie e non si limiti a leggerne solo il referto. Secondo l'esperienza di colleghi ecografisti, anche le informazioni ottenute da un esame ecografico sono particolarmente utili per la precisazione diagnostica. Molte delle informazioni su questa malattia sono state ottenute dallo studio dell'altra, ben più nota, artropatia da cristalli che è la gotta (3). Ciò ha giustificato la denominazione storica di "pseudogotta" per la CPPD, che – tuttavia – dovrebbe essere definitivamente abbandonata (2). Malgrado nota da secoli, la CPPD ha ancora oggi pochissimi studi randomizzati controllati per la sua gestione farmacologica.

Il caso clinico descritto conferma che la CPPD può determinare una artrite acuta anche in sedi differenti da quella classica al ginocchio. Si tratta di una monoartrite abbastanza agevolmente gestibile in termini diagnostici e soprattutto terapeutici.....a patto che la si sappia riconoscere.

***"Chi ha occhio, trova quello che cerca anche ad occhi chiusi"***

*(Italo Calvino)*

#### **COSA E' UTILE RICORDARE ?**

- 1) Una monoartrite che raggiunge la massima intensità e violenza nell'arco di poche ore deve far pensare (ove si escludi una chiara noxa traumatica) ad una Artrite da Cristalli;
- 2) La presenza su Rx standard dell'articolazione infiammata di calcificazioni a carico di strutture fibrocartilaginee e/o della cartilagine ialina aumenta significativamente la possibilità diagnostica che si tratti di monoartrite da deposito di pirofosfato di calcio ;
- 3) La ricerca dei cristalli di Pirofosfato di Calcio nel liquido sinoviale e/o in campioni biotici rappresenta il gold standard diagnostico. E tuttavia in presenza del solo quadro clinico e radiografico, il medico pratico ha il "diritto" di trattare la monoartrite come se fosse una CPPD (anche come criterio ex adiuvantibus) ;
- 4) La CPPD si manifesta, nella forma acuta, come una monoartrite. Il riscontro di una oligoartrite o di una poliartrite deve, pertanto, portare ad escludere, nel ragionamento diagnostico, la possibilità che ci si trovi di fronte ad una CPPD ;
- 5) In presenza di una artrite il primo specialista che dovrebbe essere consultato dovrebbe essere il reumatologo e non l'ortopedico (o il fisiatra).....

#### **Bibliografia**

- 1) Felson DT, Anderson JJ et al : The prevalence of chondrocalcinosis in the elderly and its association with knee osteoarthritis : the Framingham study. J Rheumatol 1989;16: 1241-1245 ;
- 2) Zhang W, Doherty M et al. : European League against rheumatism recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part I : terminology and diagnosis. Ann Rheum Dis 2011, 70 (4) : 563- 570 ;
- 3) Manzo C, Manzo E : La condrocalcinosi articolare : un breve excursus storico. Ger Extraosp 2014 (submitted for publication) ;
- 4) Doherty M, Abhishek A : Calcium pyrophosphate crystal associated arthropathy. In : Hochberg MC, Silman AJ et al. : Rheumatology. Mosby ed, 2011, 1875 ;
- 5) Arveux I, Stritynsky C et al. : Acute articular chondrocalcinosis episodes in the elderly subject. On a prospective evaluation in short-stay geriatric care and a literature review. Revue Geriatr 1999 ; 24 : 63-68 ;
- 6) Reichenbach S, Blank S et al : Hylan versus Hyaluronic acid for osteoarthritis of the knee : a systematic review and meta-analysis. Arthritis Rheum 2007 ; 57 : 1410-1418 ;
- 7) Doherty M, Watt I, Dieppe PA : Localised chondrocalcinosis in post-menisectomy . Lancet 1982 ; 1 : 1207-1210 ;
- 8) Shekelle PG, Woolf SH et al : Clinical guidelines : developing guidelines. BMJ 1999 ; 318 : 593-596 ;
- 9) Martinon F, Petrilli V et al : Gout-associated uric acid crystals activate the NALP-3 inflammasome. Nature 2006 ; 440 : 237-241 ;
- 10) Alvarellos A, Spilberg I : Colchicine prophylaxis in pseudogout. J Rheumat 1986 ; 13 : 804-805 ;
- 11) Salaffi F, De Angelis R, Grassi W : Prevalence of musculoskeletal conditions in an Italian population sample : results of a regional community – based study. The MAPPING study. Clin Exp Rheumatol 2005 ; 23 : 819-828.

# La relazione come cura per migliorare la qualità di vita nelle case residenze: l'esperienza di villa Matilde di Bazzano.

di **M. Garulli**, Coordinatore Responsabile "Casa Residenza Villa Matilde di Bazzano" (PR) - KCS Caregiver Cooperativa Sociale

La qualità della vita è un concetto complesso e soggettivo, che dipende da diversi fattori quali lo stato di salute, l'ambiente sociale, i fattori psicologici della persona. All'interno di una casa residenza la sua misurazione è ancor più difficile perché entrano in gioco anche le caratteristiche della struttura, l'organizzazione della vita quotidiana, i particolari dell'ambiente, le relazioni che si instaurano con il personale e la famiglia. Uno degli obiettivi principali dell'assistenza dovrebbe essere quello di dare pari valori alla qualità della vita e alla qualità di cura, garantendo il più alto livello di autonomia possibile agli ospiti, il mantenimento della dignità individuale e la possibilità di prendere le proprie decisioni, anche in base alle preferenze individuali. L'assistenza all'interno delle residenze non può essere soltanto valutata mediante indicatori del processo di cura e outcome clinici basati sull'assenza di eventi negativi degli ospiti (ad esempio lesioni da decubito, cadute). Non può essere dimenticato che gli anziani vivono nelle residenze per mesi o anni per cui diventa importante poter valutare dove sono ancora possibili la loro percezione della qualità di vita e la soddisfazione sull'assistenza ricevuta. La vita in struttura andrebbe vissuta come "sentirsi a casa", un luogo dove trovarsi a proprio agio in un clima il più familiare possibile. La residenza in altri termini non può essere vista semplicemente come un luogo di custodia dell'anziano, ma deve farsi carico anche delle sue attese ed esigenze, compresa quella di vivere serenamente e nel modo più vicino alle sue convinzioni e ai suoi principi. Il risultato di benessere e di qualità della vita dell'utente accolto all'interno di una casa residenza/rsa deve essere quindi l'obiettivo primario del prendersi cura della persona, l'outcome sul quale valutare l'organizzazione nel suo complesso, perché se è certo che si sta male se si è mal curati/assistiti, non è sempre detto che per ottenere la miglior qualità di vita sia sufficiente esser ben curati. Questi due parametri devono essere misurati e condizionare anche le nostre scelte organizzative. Oggi sarebbe molto facile e riduttivo abbandonarsi a una lamentela sulle scarse risorse a nostra disposizione mentre possibili miglioramenti organizzativi a volte dipendono prima ancora che dall'aumento delle risorse economiche (pure importanti), dalla valorizzazione delle potenzialità del capitale umano già a nostra disposizione, dalle competenze che i professionisti sanno mettere in campo. È necessario pensare che ogni atto, procedura, processo, possa comunque essere migliorato; i miglioramenti non sempre sono condizionati dall'immissione di risorse ma sono possibili anche con modifiche organizzative o comportamentali. Dobbiamo contrastare i rischi di possibili organizzazioni, dove il personale è costretto ad agire come in "catene di montaggio" nelle quali l'unica priorità del lavoro di cura diventa il rispetto di orari per svolgere specifiche attività d'assistenza; dove il fare tecnico ha il sopravvento sulla psicologia del malato, sulla sua sensibilità e sull'importanza di una comunicazione corretta tra personale e anziano. All'interno delle strutture residenziali per evitare questo rischio è necessario diffondere a tutti gli operatori dell'equipe curante, la consapevolezza dell'importanza della relazione. È bene ricordare che l'obiettivo di

primaria importanza per realizzare interventi di qualità è considerare l'atto di cura nelle sue duplici, e non scindibili, parti, l'intervento tecnico e la relazione. L'insoddisfazione del paziente per la cattiva comunicazione con l'operatore ha un peso molto superiore a qualsiasi altra insoddisfazione circa le competenze tecniche. Anche se non si potranno mai soddisfare i molteplici bisogni di tutti, l'abilità e lo sforzo nella comunicazione del nostro personale lasciano un marchio indelebile nei nostri utenti, nelle loro famiglie. Nel nostro lavoro dobbiamo essere in grado di percepire i disagi, consapevoli che a volte basta un sorriso, una carezza o un abbraccio, al momento opportuno, per migliorare sintomi e vissuti giornalieri di un anziano fragile. Spesso una parola guarisce e cura più della medicina o danneggia più della malattia. Un tono di voce caldo e calmo, una maggiore attenzione ai piccoli desideri dell'ospite, la sensibilità nel cogliere i disagi non manifestati dalla persona, qualifica l'operatore intelligente che sa combinare tecnica e creatività. Relazione, contatto, sorriso e buon umore possono essere il valore aggiunto nelle strutture residenziali. Se sottovalutiamo il valore della modalità con la quale ci si rapporta agli anziani, si perde di vista una delle più importanti competenze richieste alla professione di aiuto, ossia la capacità di entrare in empatia con l'anziano, cogliendo le sue esigenze e parlando la sua lingua. La regola d'oro rimane sempre quella di mettersi al posto delle persone verso le quali si presta un determinato servizio e farglielo come vorremmo fosse fatto a noi e nel modo che più gradiremmo. L'attuale necessità di potenziare oltre la qualità di cura anche quella di vita è dimostrata anche dal fatto che l'ultima revisione del sistema di controllo statunitense delle Nursing Home, il Minimum Data Set (MDS revisione 3, ottobre 2010), ha inserito numerose domande e valutazioni dirette a esplorare gli elementi della qualità di vita delle persone ricoverate in strutture protette. Negli Stati Uniti già dal 1998 il Center For Medicare Services (CMS) e l'Università del Minnesota, nell'ambito del progetto Measures, Indicators and Improvement of Quality of Life in Nursing Homes, la cui responsabile Rosalie Kane ha elaborato un questionario mediante il quale valutare gli aspetti della qualità della vita non indagati dal Minimum Data Set (MDS), in particolare quelli psicologici e sociali. Si tratta di uno strumento innovativo poiché è somministrato direttamente ai residenti. È stato dimostrato, infatti, che il giudizio di parenti e amici della persona ricoverata presenta delle differenze con quanto dichiarato dall'ospite stesso. La qualità di vita percepita nell'ambito di una residenza è un concetto diverso dalla qualità di vita in generale perché si tratta di un ambiente sottoposto a regole spesso rigide e fuori dal controllo dell'individuo. Tale questionario può essere somministrato anche ai soggetti con deterioramento cognitivo lieve/moderato mentre per le persone affette da demenza o problemi psichiatrici o neurologici gravi e quindi non in grado di rispondere, dovrà essere il personale addetto all'assistenza a osservare il comportamento del residente e da questo ricavare le informazioni di benessere/malessere/piacevolezza della persona. Lo studio di Rosalin ha definito 11 ambi-

ti da indagare per le persone ricoverate in RSA, che sono: autonomia, individualità, dignità, privacy, divertimento/piacere, attività significativa, relazione, sicurezza, confort, benessere psicologico, competenza funzionale e capacità funzionale. È stato elaborato un questionario composto di 54 item validato in due studi successivi su indicazione dei Centers For Medicare & Medicaid Services. L'impiego di tre protocolli per tre modalità di osservazione (10 minuti di osservazione al momento del pasto, 10 minuti durante le attività e un'osservazione casuale diretta all'interno della struttura) ha permesso di identificare 5 comportamenti predittivi di una bassa qualità della vita a livello di struttura che sono: il personale conversava sopra la testa del residente; il personale spingeva la carrozzina del residente senza parlare con lui o senza spiegargliene la motivazione; il residente manifestava sofferenza; il residente chiedeva aiuto in situazioni di sofferenza ed era ignorato dal personale; il residente non era più impegnato in attività. Altri elementi critici emersi durante l'osservazione del pasto sono i seguenti: il personale parlava in modo infantile al residente; il personale poneva domande al residente circa modificazioni del peso, movimenti intestinali, continenza e altre informazioni private in luogo pubblico, mentre altri residenti potevano ascoltare; il personale non rende comprensibile le "regole" della struttura e da ciò derivano limitazioni nelle scelte della persona. Quali possono essere quindi le "attese" delle persone non autosufficienti a noi affidate? Gli anziani da noi accolti desiderano semplicità di parole e linguaggi, essere rispettati nella volontà, nei desideri, nella privacy, nelle abitudini di vita, essere ascoltati perché da qui si vede la dignità che si riconosce alla loro persona. Le persone accolte desiderano essere riconosciuti nel proprio potere negoziale, potersi fidare e sentirsi seguiti dal personale. È evidente che la somministrazione di questa scala va comunque inserita in una valutazione complessiva di tipo multidimensionale che consideri anche lo stato funzionale, lo stato di salute percepita e il tono dell'umore, perché queste variabili influenzano la qualità di vita. Per ogni domanda l'intervistatore chiede all'ospite di esprimere il suo livello di soddisfazione se l'ospite non riesce a fornire una risposta adeguata, l'intervistatore può semplificare la domanda. Nella tabella sottostante sono riportati i dati riguardanti la somministrazione del questionario agli ospiti della casa residenza Villa Matilde di Bazzano. Il suo utilizzo avviene da circa due anni. Le informazioni ottenute evidenziano che la percezione della qualità della vita è in generale positiva, d'altra parte alcune misure, quali le attività dotate di significato per l'ospite e le relazioni interpersonali, indicano la possibilità di miglioramento.

SCALA SULLA QUALITÀ DELLA VITA (Ver. Dicembre 21, 2001, Università del Wisconsin)	DATI RELATIVI A 29 QUESTIONARI SOMMINISTRATI ANNO 2014 AD OSPITI CON MMSE < 14/30 COME VALUTATA LA SUA QUALITÀ DELLA VITA ALLA VILLA MATILDE DI BAZZANO IN RELAZIONE A:						
	OTTIMA	BUONO	SUFFICIENTE	POCO	SI	NO	NON SA / NON RISPONDE
SE SENTI FISSAMENTE A SUO AGIO?	0	0	(2) 6,89%	0	(26) 89%	(1) 3,44%	0
LA CASA RESIDENZA FA PER TE QUANTO TI VOUREBBI?	(1) 3,44%	(1) 3,44%	(2) 6,89%	(2) 6,89%	(17) 58,62%	(6) 13,79%	(6) 6,89%
HA LA PRIVACY CHE DESIDERI?	(1) 3,44%	(1) 3,44%	(4) 13,79%	(1) 3,44%	(18) 62,06%	(2) 6,89%	(2) 6,89%
HA LA POSSIBILITÀ DI FARE DELLE SCELTE NELLA VITA DI TUTTI I GIORNI?	(1) 3,44%	(3) 10,34%	(2) 6,89%	(3) 10,34%	(11) 37,93%	(4) 13,79%	(4) 13,79%
SENTE CHE LA SUA DIGNITÀ È RISPETTATA?	(2) 6,89%	(4) 13,79%	(3) 10,34%	(1) 3,44%	(19) 65,51%	0	0
HA COSE INTERESSANTI DA VEDERE E DA FARE QUI?	(1) 3,44%	(1) 3,44%	(2) 6,89%	(1) 3,44%	(12) 41,37%	(9) 31,03%	(2) 6,89%
LE PIACONO I CIBI ED I PASTI?	(2) 6,89%	(2) 6,89%	(6) 20,68%	(4) 13,79%	(15) 51,72%	0	0
È IN GRADO DI SEGUIRE I SUOI INTERESSI E LE SUE PREFERENZE?	0	0	(1) 3,44%	(5) 17,24%	(15) 51,72%	(3) 10,34%	(5) 17,24%
HA BUONE RELAZIONI INTERPERSONALI E DI AMICIZIA?	(2) 6,89%	(2) 6,89%	(1) 3,44%	(2) 6,89%	(17) 58,62%	(5) 17,24%	0
SI SENTI AL SICURO?	(2) 6,89%	0	(2) 6,89%	0	(25) 86,2%	0	0
SONO SODDISFATTO I SUOI BISOGNI SPIRITUALI E RELIGIOSI?	(1) 3,44%	0	(2) 6,89%	(1) 3,44%	(21) 72,41%	0	(3) 10,34%
LA SUA QUALITÀ DI VITA IN GENERALE È BUONA?	(2) 6,89%	(3) 10,34%	(5) 17,24%	(1) 3,44%	(17) 58,62%	0	(1) 3,44%

La valutazione della qualità della vita deve contribuire alla pianificazione di un intervento d'assistenza individualizzato centrato sulle scelte effettive, sulla storia e sul benessere della persona evidenziando le aree di possibili miglioramenti organizzativi per il raggiungimento di tale obiettivo. Il monitoraggio della qualità della vita deve rap-

presentare il faro dell'assistenza ma richiede allo stesso tempo un'organizzazione flessibile in grado di rispondere attraverso l'approccio multidimensionale ai reali bisogni e alle attese delle persone affidate ai nostri servizi. Ogni servizio deve adottare un sistema per la rilevazione d'indicatori della qualità della vita dei propri utenti; della qualità dell'assistenza e delle cure (ad esempio attraverso il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi dei piani assistenziali individualizzati; del livello d'uso dei mezzi di contenzione, etc.); dell'incidenza di eventi sentinella (ad esempio cadute, lesioni da decubito, malnutrizione, disidratazione, infezioni, etc.); del livello di qualità percepita dei familiari (ad esempio tramite questionari valutazione servizio). I dati riguardanti il raggiungimento degli obiettivi dei piani assistenziali dei 213 ricoveri temporanei svolti dall'anno 2008 al 2013, oltre ad essere un indicatore della qualità della cura erogata, dimostrano anche la potenzialità della casa residenza nel fornire risposte temporanee alle numerose dimissioni difficili ospedaliere e al supporto alla domiciliarità attraverso ricoveri di sollievo, in particolare per i caregiver che assistono al domicilio familiari affetti da demenza.

VILLA MATILDE BAZZANO									
ANNO 2008 2009 2010 2011 2012 2013 N° RICOVERI TEMPORANEI TRAMITE FINIRI									
RISORSA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA (N°) 213									
TIPOLOGIA DI RICOVERI									
I (1) (51,20%)					II (2) (48,80%)				
RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)					RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)				
RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)		RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)		RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)		RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)		RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)	
100	23	0	0	0	0	0	0	0	0
BASILICHE PRINCIPALI PER TIPOLOGIA DI RICOVERO									
RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)		RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)		RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)		RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)		RICOVERI TEMPORANEI SVOLTI PRESSO AL CARICARIO ASSISTENZA FAMILIARE (RICOVERI DI SOCCORSO)	
100	23	0	0	0	0	0	0	0	0

TIPOLOGIA OBIETTIVO PAI	NUMERO OBIET.	BAL	NON BAL	PERC. BAL
GESTIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO IN PARTICOLARE DADE SFUGO AL WANDERONO E GESTIRE I MOMENTI DI EVENTUALE AGITAZIONE SOSTENERE LE CAPACITÀ COGNITIVE RESONARE MANUTENENDO DI UN BUON COMPLESSO PSICOLOGICO EQUILIBRATO	40	38	0	95%
DISALIMENTAZIONE CROGNICI PROGNOSTICI	22	14	1	64%
RICOVERO POTENZIALMENTE CHIANI SPERIMENTO DELLE AUTONOMIE NELLE ATTIVITÀ DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA	100	99	1	99%
RICOVERO POTENZIALMENTE CHIANI SPERIMENTO DELLE AUTONOMIE NELLE ATTIVITÀ DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA	24	24	0	100%
MANUTENERE INTEGRATA LA CUTE EVITARE IL FORMARSI DI LESIONI DA DECUBITO	74	69	5	93%
ILLEGGERE LEZIONI DA DECUBITO/SPERIMENTO POSTI	29	28	1	97%
INTERVENTO CHIRURGICO	13	13	0	100%
RICORDARE LEZIONI DA DECUBITO/SPERIMENTO POSTI	13	13	0	100%
MANUTENERE IL LIVELLO REGOLARIZZATO EVITARE IL FORMARSI DI OCCLUSIONI INTERSTITIALI	18	18	0	100%
CAUSARE UNA ADEGUATA ALIMENTAZIONE/IDRATAZIONE EVITARE SITUAZIONI DI DISIDRATAZIONE (MALNUTRIZIONE POLMONITI/INFEZIONI)	66	61	5	92%
MANUTENERE IL COMPLESSO ALTERNATIVO EVITARE CRISI	29	27	2	93%
PROPRIO GLUCOSIO	24	24	0	100%
SOCIALIZZAZIONE/AMBIENTAMENTO	69	62	7	90%
ALTRI	0	0	0	0%
TOTALE	513	503	10	98%

È bene ricordare che non ci può essere benessere dell'anziano senza che ci si occupi della qualità di vita di chi assiste e di quanto il clima organizzativo sia centrale sulla qualità delle relazioni. Una bassa qualità di vita del personale d'assistenza conduce, infatti, a un'inevitabile bassa qualità di vita della persona accolta in struttura. Il lavoro in

genere e ancor più il lavoro di cura richiede un'attività d'equipe, dove il personale possa svolgere l'assistenza con uno stato mentale il più riposato e sereno possibile ricercando buoni rapporti con tutti, con gli utenti, i caregiver, i colleghi e i propri responsabili. Per finire ciò che porta benessere all'utente non è quindi solo l'aspetto terapeutico e assistenziale ma tutte le dimensioni delle relazioni, quei cosiddetti beni relazionali che si creano tra utente e operatore nel contesto sociale dell'attività di cura. L'attenzione alla relazione da parte del personale è la caratteristica più importante per la qualità percepita dall'utente e dalla sua famiglia, è ciò che può rendere più gradito e apprezzato il "servizio offerto" poiché intriso di quel valore aggiunto che rappresenta sostanzialmente "il motore" della vita vissuta, uno degli aspetti fondamentali caratterizzanti la qualità di vita. All'interno delle nostre organizzazioni dobbiamo quindi puntare a sviluppare/monitorare le competenze relazionale del nostro personale. La qualità del servizio si gioca "nel momento della verità", nel modo in cui le conoscenze, le capacità il saper essere del personale è messo in pratica nel processo di erogazione a livello operativo fra operatori/professionisti e persona/famiglia. Il personale deve essere inserito in un percorso continuo di formazione, di valutazione e riconoscimento delle proprie competenze comprese quelle relazionali.

### **Bibliografia**

- La relazione come cura nell'assistenza geriatrica - G. GELMINI – G. BRAIDI – Maggioli Editori 2011;
- Qualità della vita o qualità della cura? – Lina Bertolini, Marco Pagani - I luoghi della cura Anno IX-N°3 – 2011; 20-25.
- Guaita A. Linee guida della SIGG per le RSA;
- Kane RA. Definitions, measurement and correlates of quality of life in Nursing Home: Toward a Reasonable Practice, Research and policy Agenda. The Gerontologist. 2002;
- Kane RL Measures Indicators and Improvement of Quality in Nursing Home 2003;
- Kane R. Meeting the challenge of Chronic illness The Johns Hopkins University press, Baltimore, 2005;
- Trabucchi M. La misura oggettiva dei risultati come metro di valutazione dei servizi alla persona: l'esempio della geriatria. La promozione della salute. ISU 2000.



# Il geriatra e il vecchio invalido

di *Giovanni Sergio*

Vecchio: “Chi è lei? ...” (stando in poltrona con le gambe sollevate su uno sgabellino)

Geriatra (entrando in stanza, accompagnato dal badante del vecchio): “Sono un dottore della USL!”

Vecchio: “Buongiorno... si sieda... prego... Grazie di essere venuto!”

Geriatra: “Sono venuto per vedere come va... Sua figlia è stata da noi alla USL e ha chiesto l'assistenza domiciliare... Che problemi ha alle gambe?”

Vecchio: “Le gambe?... Ah ... non so... mi fanno male...”

Geriatra: “Ma riesce a camminare un po'... per casa?”

Vecchio: “Poco... Mi aiuto col bastone... Spesso mi appoggio a lui” - si rivolge al badante - “sa... è tanto bravo, mi aiuta... se non ci fosse lui...”

Geriatra: “Eh, lo capisco... Andate d'accordo?”

Vecchio: “Sì!... certo!... Cucina bene... Gli indiani cucinano bene...”

Geriatra: “E con lui esce ogni tanto?”

Vecchio: “No, purtroppo... non ce la faccio... Vorrei andare in chiesa... al Centro anziani... dove una volta ci passavo tante ore... e ballavo... Lo sa?... ero molto bravo a ballare con mia moglie... Lei non c'è più... e mi tocca arrangiarmi da solo... o quasi...”

Geriatra: “Da come parla direi che lei ha studiato e lavorato bene...”

Vecchio: “Ho fatto fino alle Magistrali a Messina e poi ho insegnato alle scuole elementari... Sono un maestro!”

Geriatra: “Apprezzo molto i maestri e le maestre... Sono fondamentali... perché la scuola, insieme con la famiglia e la sanità è una delle tre colonne portanti della società...”

Vecchio: “Vero... vero... magari tutti parlassero come lei!... Invece adesso si pensa a divertirsi... a giocare... a mangiare bene... Una volta quel poco che si aveva sembrava chissà che... e c'era più serietà, più onestà...”

Geriatra: “Sono d'accordo con lei... Sa anch'io non sono mica tanto giovane... Mi avvicino alla sessantina... e ho già i capelli brizzolati...”

Vecchio: “Lei è un giovanotto in confronto a me che ho novant'anni...”

Geriatra: “Portati bene... se non fosse per quella frattura che le ha causato questi problemi...”

Vecchio: “Eh, sì! ... Non ci voleva proprio... tre anni fa, dopo la morte di mia moglie... Sa, ero proprio giù... Non capivo più niente, non ricordavo nemmeno che giorno era... Poi il dottore... sa... quello di famiglia, m'ha dato una cura e sono andato pure al centro diurno per tre mesi... La compagnia degli animatori e di altri vecchi come me m'ha fatto bene...”

Geriatra: “L'immagino... Consiglio spesso agli anziani come lei di far domanda per andarci... ma non tutti si convincono...”

Vecchio: “Dottò, perché dice ‘anziani’, ... dica ‘vecchi’... non c'è niente di male a chiamarci così... Suona anche meglio... Ci fa sentire più saggi...”

Geriatra: “Se preferisce... E... senta... come va l'appetito? Dorme la notte? Trattiene le urine?...”

Vecchio: “Caro dottore, che vuole che le dica... Proprio tutto bene non va... Col caldo che c'è stato l'appetito se n'è andato (ci fa pure rima!...)... però ho cercato di bere gli otto bicchieri d'acqua al giorno, come mi ha detto il mio dottore... Quanto a dormire... faccio un pilolino nel pomeriggio... Sbaglio lo so... me l'ha detto pure il dottore... ché poi non dormo la notte... ma a metà giornata sono troppo stanco e devo stendermi un po'... Per le urine, porto il pannolone... Sa... ho fatto l'operazione alla prostata, ma non è andata un gran che... Che potrebbe

segnarmeli i pannoloni?... Li sto comprando... e non che costino tanto poco...”

Geriatra: “Sì... sì... non c'è problema... Che taglia porta?”

Vecchio: “La large... mi pare... sa... ho ancora un po' di pancetta!”

Geriatra: “Ma... l'invalidità ce l'ha?... Ha fatto la domanda?”

Vecchio: “Certo... ho l'invalidità al cento per cento già da due anni... per via della frattura... Ma l'accompagno no... Non è che lei può fare qualcosa? E un po' di fisioterapia a casa potrei farla?”

Geriatra: “Per l'invalidità... posso farle una certificazione un po' complessa, dove si dice che non è capace di camminare da solo e di badare a se stesso... Lei però deve fare la domanda di aggravamento, si chiama così, alla USL. Può andarci il suo amico aiutante... i giorni dispari della settimana dalle nove alle dodici... Per la fisioterapia a casa purtroppo l'attesa è lunga: non ha avuto fatti acuti adesso... Può provare coi centri convenzionati... Le lascio un elenco...”

Vecchio: “Va bene... e quanto tempo passerà per avere l'accompagno?”

Geriatra: “Un po' di più di quando ha avuto l'invalidità”

Vecchio: “Ho capito...Faccio prima ad andarmene... ma... chissà... Comunque... crede che me lo daranno?”

Geriatra: “Penso proprio di sì... Io scriverò che lei ha bisogno di aiuto per fare il bagno, per vestirsi, per andare a gabinetto, per uscire di casa...”

Vecchio: “A proposito, dottò, me la fa la carrozzina?” (con aria sorniona)

Geriatra: “Ma certo... Non si preoccupi... Gliela prescrivo che può spingersela anche da sé... Lei è capace di farlo...”

Un sorriso illuminò gli occhi del vecchio, che assaporava così il piacere di mettere nuovamente il naso fuori dalla porta.



# La pratica della contenzione in Geriatria

di **Raffaele Conforti**, Specialista in Gerontologia e Geriatria - Dirigente scientifico RSA

L'argomento della contenzione fisica delle persone assistite è da sempre dibattuto dagli operatori sanitari e assistenziali, soprattutto in ambito geriatrico e psichiatrico e non sempre è di semplice soluzione. Tale problematica riguarda soprattutto il trattamento del paziente geriatrico e di quello psichiatrico all'interno di strutture quali le residenze sanitarie assistenziali, le case protette, le comunità alloggio, le case di riposo, i reparti psichiatrici, ecc.

Il ricorso all'utilizzo di mezzi contenitivi tuttavia, può avvenire anche in unità operative ospedaliere di medicina, chirurgia, o durante i servizi di Pronto Soccorso.

Per **contenzione** si intende l'uso di mezzi fisici, farmacologici o ambientali che limitano le capacità di movimento volontario della persona assistita.

**Le principali motivazioni** che inducono a prescrivere mezzi di contenzione fisica negli anziani prevalentemente istituzionalizzati, ma anche per quelli gestiti a domicilio sono:

- prevenire i traumi da caduta dovuta a causa accidentale e/o patologica;
- impiego, come ausilio, per fornire un supporto per una corretta postura;
- prevenire i traumi da comportamento agitato o violento in soggetti con patologie a carattere neurodegenerativo (demenza ecc.);
- rendere possibile un esame diagnostico o una terapia e/o poter garantire la sicurezza del trasporto in barella.

Il riferimento di legge specifico è all'articolo 60 del Regio Decreto n. 615 del 1909 che recita: "Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del Direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione."

La prescrizione del mezzo di contenzione è pertanto di competenza medica, e tuttavia la sua necessità deve essere discussa da una équipe multidisciplinare e comunque la sua realizzabilità deve essere preceduta da un consenso informato valido.

Il **consenso informato** deve essere personale, esplicito, consapevole e documentato e deve essere richiesto direttamente all'assistito interessato capace di intendere e volere, per il quale non ha alcuna validità il consenso espresso dai suoi famigliari.

I soggetti incapaci di intendere e volere *devono* essere interdetti secondo l'articolo 414 del Codice Civile e il loro trattamento richiede il preliminare consenso informato validamente espresso dal rappresentante legale nominato dal Giudice tutelare. Quindi il consenso firmato dal famigliare di un demente non interdetto non appare giuridicamente valido.

L'obbligo di acquisire un consenso informato è sancito anche dagli articoli 33-35-37 del codice di deontologia medica e la sua violazione è considerata una negligenza colposa (sentenza n. 384 del 15/01/1997 della Cassazione Civile, sez. III).

La sottoscrizione dell'interessato o del suo rappresentante legale, della prescrizione medica alla contenzione fisica motivata deve precedere la sua applicazione.

In Italia si stima che il ricorso ai mezzi di contenzione in settori geriatrici e psichiatrici, abbia una percentuale variabile dal 20 al 50% dei casi.

La contenzione fisica della persona assistita, che si configura come atto coercitivo e quindi in contrasto con la libertà della persona, è ammessa solo nei casi nei quali essa possa rappresentarsi come prov-

vedimento di vigilanza, di custodia, di prevenzione o di cure; quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona, a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto.

Il Codice Penale, infatti, prevede situazioni nelle quali la contenzione è **giustificata** (stato di necessità- art. 54 c.p.), o è **dovuta** (omicidio colposo, art. 589 c.p.).

Qualora la contenzione fosse ingiustificata perché sostenuta da motivazioni di carattere disciplinare o per sopperire a carenze organizzative o, ancora, per convenienza del personale sanitario, si possono configurare i reati di sequestro di persona ( art. 605 c.p.), violenza privata (art. 610 c.p.), maltrattamento (art. 572 c.p.).

Qualora per l'uso dei mezzi di contenzione si verificassero danni alla persona (lesioni traumatiche, asfissia, patologie funzionali ed organiche, ecc.) si potrebbero configurare altre ipotesi di reato, per responsabilità colposa (art. 589 c.p.), omicidio colposo (art. 590 c.p.), lesioni personali colpose o per violazione dell'art. 586 c.p. (morte o lesioni come conseguenza di altro delitto).

In ambito professionale il corretto comportamento degli operatori è che si adoperino affinché il ricorso alla contenzione fisica, farmacologica e ambientale sia evento straordinario e motivato e non metodica abituale di accudimento.

**La contenzione** è considerata una **scelta condivisibile** quando vi si configuri l'interesse della persona, una **scelta inaccettabile** quando sia una implicita risposta alle *necessità istituzionali*.

In ambito professionale infermieristico si fa riferimento in materia al **Codice deontologico dell'infermiere** promulgato nel maggio 1999 e revisionato nel 2009.

In ambito professionale medico si fa riferimento in materia al **Codice di deontologia medica**.

L'adozione di **linee guida** è uno strumento indispensabile, anche per il fatto che non è possibile garantire un processo assistenziale efficace e rispettoso della dignità del paziente, in assenza di un documento formale che definisca con chiarezza i criteri per:

- analizzare i casi clinici in cui si considera utile ed appropriata la pratica della contenzione;
- scegliere il mezzo di contenzione più adeguato;
- garantire un'omogeneità di comportamento nell'applicazione e nel monitoraggio della contenzione.

L'istituto giuridico della interdizione ha trovato la naturale evoluzione con la Legge 9 gennaio 2004, n.6 (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.14 del 19/01/2004) che introduce in materia di interdizione e di inabilitazione l'istituto dell'amministratore di sostegno. Tale legge all'art. 1 recita: "La presente legge ha la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente." Nasce così la figura dell'**amministratore di sostegno**. I soggetti che possono richiedere la nomina dell'amministratore di sostegno sono gli stessi che possono fare domanda di interdizione e inabilitazione così come definiti dall'art. 406 c.c.:

- il **potenziale beneficiario stesso**, anche se minore, ma tra il 17° e 18° anno di età;
- il **coniuge**;
- la **persona stabilmente convivente** con il soggetto non autonomo (qui la legge non fornisce indicazioni precise, ma la giurisprudenza

intende includere i conviventi *more uxorio*, i conviventi omosessuali e le convivenze anche amicali non affettive);

- i parenti entro il quarto grado in linea retta e collaterale (genitori, figli, nonni, bisnonni, zii, cugini, nipoti);
- gli affini entro il secondo grado (parenti dell'altro coniuge);
- il tutore;
- il curatore;
- il Pubblico Ministero;
- i responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza alla persona; quest'ultima è da ritenersi un'importante novità.

L'amministratore di sostegno è nominato, in via esclusiva, dal giudice tutelare presso il tribunale del luogo dove l'interessato ha residenza e domicilio. I soggetti aventi titolo possono presentare domanda presso la Cancelleria dell'ufficio del magistrato addetto. Al fine di accelerare i tempi della nomina, elemento utile è integrare agli atti del ricorso una dettagliata certificazione medica che si soffermi sulle incidenze delle patologie del soggetto e sulle sue capacità e autonomia.

Per la **contenzione fisica** vengono impiegati prevalentemente i seguenti presidi:

- **spondine da letto:** ne esistono di vari tipi, possono essere a scatto e già applicate al letto di degenza o essere asportabili da parte del personale. Non vanno mai utilizzate se esiste la possibilità, da parte del paziente, di scavalcarle;
- **Bracciali di immobilizzazione:** sono solitamente in gomma schiuma o in poliuretano e rivestiti in materiali morbidi e traspiranti, come il vello. Possono essere regolati tramite chiusure in velcro e robuste cinghie di fissaggio con fibbie. Possono anche essere utilizzati in situazioni di emergenza nel caso di auto-etero-lesionismo.
- **Fascia per carrozzina:** è costituita da un cuscinetto imbottito, morbido, comunemente rivestito di materiale traspirante; è dotato di cinghie d'ancoraggio che ne permettono il fissaggio alla poltrona o alla carrozzina. Per questione di sicurezza è da evitarne l'uso sulle normali sedie che, data la loro leggerezza, non impediscono alla persona di alzarsi e trascinarne con sé la sedia.
- **Fascia pelvica:** è costituita da una mutandina in cotone o in materiale sintetico con cinghie di ancoraggio e fibbie di chiusura per applicazione a sedie o carrozzine. La fascia previene anche la postura scorretta, evitando lo scivolamento in avanti del bacino. Le varianti alla fascia pelvica possono essere costituite da: divaricatore inguinale, fasce antiscivolamento, corsetto con bretelle, corsetto con cintura pelvica.
- **Tavolino per carrozzina:** è di facile applicazione e fissaggio tramite rotaia scorrevole e viti poste sotto i braccioli della carrozzina. Impedisce di sporgersi davanti e permette l'utilizzo del piano d'appoggio per eventuali attività.
- **Fasce di sicurezza per il letto:** sono solitamente costituite da una fascia imbottita applicata alla vita del paziente e fissata al letto mediante cinghie di ancoraggio. Consentono libertà di movimento permettendo la postura laterale e seduta.
- **Corpetti:** vengono prevalentemente impiegati per mantenere una corretta postura del tronco.

I mezzi di contenzione e soprattutto il loro utilizzo scorretto e/o prolungato possono indurre danni che possiamo suddividere in tre categorie:

**-traumi meccanici:**

- strangolamento;
- asfissia da compressione della gabbia toracica;
- lesione dei tessuti molli superficiali.

**-malattie funzionali e organiche:**

- decondizionamento psicofisico;
- incontinenza;
- lesioni da decubito;
- infezioni;
- diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare;
- aumento dell'osteoporosi.

**-sindromi della sfera psicosociale:**

- stress;
- umiliazione;
- depressione;
- paura e sconforto.

La **contenzione farmacologica** è la strategia alla quale si ricorre, prevalentemente, per quei pazienti che presentano disturbi della sfera cognitivo-comportamentale (demenza, parkinson-demenza, stato confusionale acuto o *delirium*, ecc.).

La fragilità è la maggiore vulnerabilità che caratterizza l'anziano, fa sì che il *delirium* possa costituire la manifestazione più ricorrente.

Molti sono i fattori che possono predisporre l'anziano al *delirium*, tra questi:

- processi di invecchiamento cerebrale;
- ridotta capacità di adattamento omeostatico;
- alterazioni sensoriali nella vista e nell'udito;
- elevata incidenza e prevalenza di patologie croniche;
- cambiamenti collegati con l'età nella farmacocinetica e farmacodinamica verso i farmaci;
- stress psico-sociali dovuti al ricorso sempre più frequente dell'istituzionalizzazione dell'anziano.

La sintomatologia conclamata è caratterizzata da un alterato stato di coscienza, disturbo della memoria, dell'orientamento, alterazioni percettive come distorsioni (macropsia e /o micropsia), illusioni e allucinazioni più spesso visive, ma anche uditive, tattili ed olfattive, percepite dal paziente come reali, alle quali tende a reagire emotivamente (agitazione psico-motoria, aggressività, ecc.) o con il comportamento (fuga, ecc.).

Va chiarita la causa di tali disturbi escludendo alterazioni metaboliche e/o iatrogene, attraverso: un'anamnesi completa raccolta possibilmente con l'aiuto dei famigliari, un esame obiettivo e neurologico, un esame completo di laboratorio, la somministrazione di scale di valutazione psicocognitive come il MMSE (*Mini Mental State Examination*), la CAM (*Confusion Assessment Method*), la DRS (*Delirium Rating Scale*).

La contenzione farmacologica va evitata per quanto possibile, tentando di rassicurare il paziente con l'intervento di operatori esperti e dedicati e con la sensibilizzazione ed il coinvolgimento alla gestione dei famigliari. Quando è necessario ricorrere all'intervento farmacologico è buona pratica l'impiego di aloperidolo endovenoso, che agisce rapidamente, ha meno effetti collaterali anticolinergici, pochi metabolici attivi e bassa probabilità di causare sedazione ed ipotensione. Quando sono prescritti farmaci sedativi si deve usare il dosaggio minimo efficace, per il più breve tempo possibile.

Quando si utilizzano i neurolettici si può incorrere in numerosi effetti collaterali. Il più temibile è la **sindrome maligna da neurolettici**, rara ma gravissima, che comporta rigidità muscolare e aumento delle CPK, febbre, instabilità autonomia e leucocitosi; in questi casi il neurolettico va sospeso immediatamente.

Gli antipsicotici atipici (olanzapina, quietapina, risperidone) hanno mostrato una buona efficacia ed una minore incidenza di effetti collaterali rispetto agli antipsicotici classici. Vanno impiegati al dosaggio minimo efficace e quando il quadro clinico si sia risolto e/o stabilizzato, tentarne la riduzione progressiva del dosaggio fino alla sospensione.

La **contenzione ambientale** è la strategia alla quale si ricorre per quei pazienti affetti da patologie neurodegenerative (demenza, ecc.) la cui sintomatologia prevalente è il vagabondaggio afinalistico.

È una strategia alla quale si "può fare ricorso" impiegando spazi dedicati: ampi, ben illuminati, sorvegliati e arredati in modo da non recare danno al paziente. Deve essere usata per tempi brevi e molto spesso va associata una contenzione farmacologica.

Il disagio ricorrente arrecato al paziente da tale strategia è una sensazione di paura, di umiliazione, di punizione, di sconforto, di decondizionamento psicofisico.

In qualità di dirigente scientifico in RSA, in materia di protezione e tutela dell'ospite ho condiviso e realizzato con tutte le figure professionali il seguente protocollo operativo.

#### “Disposizioni operative per la tutela e protezione degli ospiti”

- I pazienti che sono portatori di patologie che comportano rischio di caduta (sindrome vertiginosa, morbo di Parkinson, demenza, patologie iatrogene, ecc.), devono essere tutelati, in primis, attraverso una valutazione clinica globale nel tentativo di identificare la causa del rischio, e successivamente attraverso un adeguato programma terapeutico e di riabilitazione. Tale programma viene concordato dai sanitari della struttura con il team della fisioterapia;
- la necessità dell'impiego di presidi protettivi (cintine protettive, spondine ai letti ecc.) viene valutata dal medico responsabile che provvederà ad educare il paziente e/o i famigliari per identificare e concordare le strategie più idonee che saranno validate da firma di entrambe le parti. Tutto ciò, pur essendo a conoscenza che “il concetto di protezione” attualmente viene culturalmente e legalmente, molto spesso identificato come “contenzione”

Per i pazienti che necessitano dell'impiego dei suddetti ausili il **protocollo operativo essenziale** è il seguente:

- mobilitare ogni due ore il paziente facendogli compiere una deambulazione assistita di dieci minuti;
- valutare ogni tre-quattro ore l'eventuale insorgenza di effetti dannosi direttamente attribuibili agli ausili di tutela quali: abrasione, ulcere da decubito, edemi agli arti inferiori, ematomi, ecc.;
- accompagnare il paziente al bagno per stimolarne le funzioni fisiologiche e tentare di ripristinare la fisiologica funzionalità e/o provvedere all'igiene intima;
- frizionare con apposite creme le zone a rischio per lesioni da decubito;
- rassicurare il paziente incoraggiandolo a considerare, l'impiego degli ausili come temporaneo;
- per ogni paziente deve essere identificata la strategia più idonea;
- la tutela del paziente deve essere attuata con i criteri di comfort e sicurezza ;
- periodicamente verrà fatta una rivalutazione clinica per decidere la possibilità della dismissione dell'impiego dei presidi protettivi.

E' evidente la necessità di **linee-guida** elaborate e condivise da un comitato di esperti (medico, psicologico, giuridico, bioetico).

In conclusione, possiamo affermare che il personale medico, infermieristico, fisioterapico e di assistenza deve adoperarsi affinché il ricorso alla contenzione fisica, farmacologica e ambientale, sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento; deve considerare la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia implicita risposta alle necessità istituzionali.

Non bisogna mai dimenticare che molti disturbi dell'anziano possono essere “contenuti” dedicando loro attenzione, professionalità, rassicurazione e *amore*.

#### Bibliografia

Conforti, R. L'evoluzione dell'assistenza geriatrica in una casa di cura per anziani. *Anziani oggi*, vol. 1/1996: pgg.97-100, Centro di promozione e sviluppo dell'assistenza geriatrica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma 1996.

Conforti, R. Lo stato confusionale acuto nell'anziano. *Geriatrics*, vol. XVIII n.3, pgg. 189-192, C:E:S:I, Roma, 2006.

Conforti, R. Disposizioni operative per la tutela e la protezione degli ospiti in RSA- Protocollo 3 luglio 2008. RSA Livia Tiberina, Castelnuovo di Porto, Roma, 2008.

Gastaldi, S. Quando il Diritto dà sostegno. *Pro Terza Età*, n. 29 Anno X: pgg.37-45, Anaste, 2006

Marin, M. Contenzione fisica nelle case per anziani e responsabilità medico legali. *M.D. Medicinae Doctor, Filo diretto*, n.27, Anno X: pgg.16-17, 1 ottobre 2003.

Poli, N.; Rossetti, A.M.L. Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica. *Nursing Oggi*, n.4: pgg. 58-67, 2001.

Zanetti, E.; Costantini, S. Uso dei mezzi di contenzione fisica. Gruppo di Ricerca geriatrica, Brescia- Divisione di Geriatria, Ospedale del Filetino, Azienda USL 5, La Spezia.

Codice Deontologico dell'Infermiere, Federazione Nazionale Collegi Ispasvi, Roma, 2009.

Codice di Deontologia Medica, art. 33-35-37, Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Roma, 23/01/2007.

Gazzetta Ufficiale n.14 del 19-01-2004, Legge 9 gennaio 2004 n.6.

# *Il diritto alla qualità della vita non ha età*



## **KCS caregiver Cooperativa sociale**

nasce dall'unione di esperienze consolidate e qualificate in Strutture Socio-Sanitarie e in aziende di servizi alberghieri di livello nazionale, Operiamo come azienda leader nella gestione globale e integrata di Strutture specializzate per la terza e la quarta età e per i disabili.

Grazie alla nostra esperienza acquisita negli anni, siamo in grado di adeguare efficacemente i nostri modelli organizzativi alle singole realtà mantenendo invariato il livello di qualità dei servizi sul territorio.

### **La nostra MISSIONE:**

promuoviamo una nuova cultura dell'assistenza: consideriamo gli anziani, le persone fragili e i disabili non più esclusivamente come soggetti di bisogni passivi, ma anche come soggetti attivi e fonti di risorse. Appliciamo un metodo scientifico avvalendoci anche dell'ausilio di uno staff di professionisti esterni, tra cui medici geriatri e psicologi. Offriamo a tutti i nostri utenti soluzioni personalizzate secondo i più elevati standard qualitativi.

### **Cosa FACCIAMO:**

Offriamo servizi socio-assistenziali, assistenza diretta alla persona, servizi infermieristici e di riabilitazione psico-motoria, oltre alla gestione di centri per anziani, minori e diversamente abili. Miriamo a obiettivi innovativi, coordinando competenze approfondite e multidisciplinari.

Dai servizi erogati alla formazione del personale, dalle tecniche di lavoro alla scelta dei fornitori, mettiamo in atto un processo di miglioramento continuo che si stende a tutti i livelli della nostra struttura. La ricerca costante della qualità è, allo stesso tempo, strumento e fine ultimo di tutte le nostre attività.

### **Il nostro APPROCCIO:**

Tre sono i punti imprescindibili: efficienza del modello organizzativo e gestionale; efficacia delle prestazioni, grazie a operatori motivati, preparati e dotati di mezzi adeguati; soddisfazione del Cliente come misura per valutare i risultati.

Per raggiungere questi obiettivi effettuiamo una costante opera di aggiornamento e formazione delle nostre risorse umane. L'impegno per offrire le massime garanzie ai nostri Clienti e a tutti i partners istituzionali ci ha portato a essere i primi, in Italia ad ottenere la Certificazione ISO 9001 nel nostro settore, e, in seguito le certificazioni ISO 14001 e SA 8000.

## **KCS gruppo cooperativo paritetico**

Costituito ai sensi degli artt. 2545 septies del Codice Civile, è lo strumento individuato per massimizzare le sinergie fra le varie società che fanno capo a KCS caregiver a vario titolo. Le società aderenti al Gruppo Cooperativo Paritetico condividono i valori etici, morali, comportamentali e professionali che da sempre caratterizzano KCS, beneficiano di tutti i servizi amministrativi e di supporto alla gestione potendo in tal modo concentrare i propri sforzi sulla gestione dei servizi tipici della singola società.

### **KCS live**

Nasce come ulteriore risposta alle difficoltà dell'attuale mercato, rivolta ad una clientela privata interessata ad appaltare i servizi socio assistenziali, sanitari ed eventualmente alberghieri (ristorazione, pulizie, lavanderia).

È subentrata a KCS caregiver in alcuni contratti grazie all'adozione del regime di non applicazione I.V.A., individuando in tale opportunità offerta dalla normativa la possibilità di proporsi al Cliente con una sia pur lieve riduzione di prezzo che, considerate le difficoltà economiche attuali, in alcuni casi risulta determinante per il mantenimento o l'acquisizione di servizi.



Via dell'Artigianato 22 – 20864 Agrate Brianza (MI)

Tel. 039.65.61.71 – Fax 039.60.56.765

[direzione@kcscaregiver.it](mailto:direzione@kcscaregiver.it) - [www.kcscaregiver.it](http://www.kcscaregiver.it)

***Consideriamo gli anziani e i disabili come soggetti attivi e fonti di risorse.***



# Medical Humanities e Gentle Care

di **Fabrizio Arrigoni**, *Psicopedagoga, Counselor filosofico, Docente di Pedagogia e Antropologia e dei Laboratori di Gerontologia presso l'Università di Brescia.*

L'espressione "medical humanities" non ha un corrispettivo vicino alla lingua italiana, questo già da principio può fornire un interessante spunto di riflessione. L'importante dialogo tra medicina e scienze umane può essere l'occasione di una rivalutazione della medicina generale e della relazione medico paziente. Le Medical humanities possono completare i limiti della medicina specialistica, vissuti sia dai medici in termini di frustrazione e inadeguatezza professionale, sia dai pazienti, che chiedono al sanitario un approccio olistico e relazionale ai propri problemi di salute e di vita (LaCombe C., 1993). L'obiettivo generale della medicina è lo studio del malato nella sua integrità, dei modi per assisterlo in maniera comprensiva come essere umano e non come somma di organi più o meno danneggiati. Attraverso questa filosofia la medicina diviene un percorso di autocoscienza del medico come persona: "nessuna altra disciplina giunge così vicina all'essenza dell'essere umano" (Edgar A., Pattison S., 2007).

Le medical humanities permettono di mettere in campo tutte le competenze necessarie a predisporre all'ascolto, a riconoscere, interpretare e agire per porre rimedio alle condizioni di disagio dell'altro, ossia per iniziare una buona pratica del processo di cura.

Le medical humanities sono elementi indispensabili del sapere medico, allo stesso livello delle competenze scientifiche, che invece dominano tuttora il curriculum accademico.

Le medical humanities aiutano a superare lo stereotipo dell'individuo biologico, fatto di corpo, una visione molto semplificata, una persona è sia biologica che relazionale e questa ottica è promossa dalle visioni del mondo delle Medical humanities ed il personale sanitario deve saper entrare in contatto con la realtà sia biologica che relazionale e sociale.

La competenza di riferimento delle Medical humanities si fonda quindi su conoscenze che poggiano su evidenze di tipo diverso da quelle scientifiche, le radici sono rintracciabili nell'antropologia, nella pedagogia, nella filosofia, nell'etica, nella psicologia, nella narrativa, nell'arte. Sono competenze mediche di tipo umanistico quelle che caratterizzano le Medical Humanities. Una parte del malessere che attraversa la medicina oggi trova le sue radici nell'etica, che viene ad avere un duplice significato, il consenso sui criteri che individuano la buona e la cattiva medicina e sulle regole che definiscono i rapporti tra gli operatori sanitari ed i cittadini, area in cui le Medical humanities possono essere strumento di aiuto in una relazione di cura molto profonda tra i due attori.

Il momento di "Malattia" che sta attraversando la medicina dei giorni nostri è chiarito anche da Karl Jaspers chiarisce un altro aspetto fondamentale per le nostre riflessioni: "Il progresso della tecnica, della conoscenza scientifica, se non si accompagna a una consapevolezza dei propri limiti, viola la terapia e violenta il malato, frustrando lo spirito e l'anima". Chirone, il guaritore ferito, il centauro che insegnò l'arte medica a Esculapio, era portatore di ferite inguaribili. Il filosofo H. G. Gadamer, recuperando il mito del centauro Chirone, sostiene che quello occorre per una medicina più umana è la figura del medico visto come un guaritore ferito. Ma per riuscire a comunicare con il malato sarebbe assurdo attendere che il medico si ammalasse: questa consapevolezza deve passare anche attraverso un percorso di maturazione, fatto di una diversa formazione, una pratica clinica più

completa, una versione aggiornata del binomio "scienza e coscienza". La diffusa istanza di "umanizzazione" della medicina sembra invocare meno tecnica e meno scienza: in realtà occorrono più umanità e più scienza: la scienza va arricchita con il sapere delle relazioni, che non è esterno alla professione medica, il vissuto dei pazienti li fa diversi uno dall'altro e richiede risposte diverse al medesimo protocollo.

L'ostacolo maggiore nella comprensione reciproca consiste nella natura intrinsecamente statistica della conoscenza e del ragionamento medico, che fa correre il rischio di trascurare come rumore di fondo informazioni essenziali che può dare il paziente e di perdere la ricchezza di sapere che ogni caso individuale porta con sé. Un altro rischio che corre il paziente è quello di essere ridotto a dato biologico, alla malattia, se non agli organi colpiti: l'utero, il cuore, il fegato, di non sentirsi trattato come una persona intera dotata di corpo e spiritualità. Si discute sempre di più del "dolore inutile", ma la sofferenza va oltre il dolore fisico. Nietzsche ha scritto: "Il malato soffre più dei suoi pensieri che della stessa malattia". Se il medico è competente sulla malattia, il malato è l'unico competente a dire come la vive e la soffre, solo il paziente sa quali sintomi accusa e la descrizione dei sintomi è varia quanto i pazienti stessi. Il medico deve imparare dal malato le informazioni su come vive la malattia.

Quest'esigenza è molto sentita fra i malati e spiega perché molti che si rivolgono alle medicine non convenzionali, forse perché in quei contesti curante e curato si interrogano insieme sul male e la cura. Terzani nel suo racconto sull'approccio con la medicina occidentale dice a questo proposito: "Io ero un corpo, un corpo ammalato da guarire. E avevo un bel dire: ma io sono una mente, forse anche uno spirito e certo sono un cumulo di storie, di esperienze, di sentimenti, di pensieri, di emozioni che con la mia malattia hanno probabilmente avuto un sacco a che fare! Nessuno sembrava volerne o poterne tenere conto. Quello che veniva attaccato era il cancro ben descritto nei manuali. Ma non il mio! Non persi la fiducia nei medici a cui mi ero affidato, anzi. Ma più li conoscevo più sentivo che erano come violini cui mancava una corda. L'esperto di turno non veniva a toccarmi, o ad auscultarmi. La sua attenzione era rivolta esclusivamente a pezzi, alla loro rappresentazione, all'immagine che di quei vari pezzi compariva sullo schermo del suo computer" (Tiziano Terzani, "Un altro giro di giostra", 2004).

Giorgio Bert, medico e studioso della medicina narrativa, sottolinea che "Non molti decenni fa, in un'epoca ancora scarsamente tecnologica, gran parte delle informazioni su cui il medico basava ipotesi diagnostiche e interventi terapeutici emergeva dalla storia clinica del malato. [...] La cosiddetta anamnesi dei vecchi trattati di semiotica non si limitava alla raccolta dei dati clinici, ma si allargava alla conoscenza del mondo del paziente, dei suoi rapporti familiari e sociali, delle sue convinzioni personali in tema di salute e malattia: era di fatto una narrazione" (Bert, 2006). Successivamente il progressivo e tumultuoso sviluppo di strumenti diagnostici sempre più raffinati e di terapie più efficaci ha per una trentina d'anni quasi cancellato del tutto l'importanza di quelle storie cliniche e la relazione con il paziente era spesso percepita come secondaria. Di conseguenza, negli ultimi decenni si è assistito al graduale sviluppo della Medicina basata sulla narrazione, soprattutto in ambito statunitense, dove sono



nati corsi universitari specifici di Narrative Based Medicine.

Nella vita delle istituzioni di cura diventano fondamentali quindi le storie di malattia (illness narratives) e della medicina narrativa (narrative-based medicine). Questi temi sono considerati rilevanti sia nelle decisioni cliniche, che nelle scelte bioetiche. La raccolta di una vera e propria “storia di malattia” (e non semplicemente un’anamnesi) è ritenuta sempre più importante nella pratica clinica perché è solo attraverso una costruzione di essa che l’operatore sanitario riesce a stabilire una vera e propria partnership col paziente: ascoltare il malato, mediare la biomedicina con i suoi punti di vista, accogliere le sue emozioni è fondamentale non solo per una diagnosi più accurata, ma soprattutto per la sua adesione al trattamento.

Il modello protesico di cura che sviluppa il metodo “Gentle care” si inserisce fortemente nell’area delle medical humanities. In questo metodo di lavoro il primo livello di approccio è rappresentato dalla conoscenza della persona. Questa si configura in primo luogo come conoscenza clinico-funzionale del malato, ma in parallelo diviene anche conoscenza biografica. In questo modo elementi di ordine fisiopatologico, insieme a elementi di ordine personale e di contesto, concorrono a ridurre la distanza tra conoscenza oggettiva dei problemi ed esperienza soggettiva del disagio. L’analisi viene anche estesa ai problemi considerati dal punto di vista dei carer, poiché ogni piano di intervento tiene conto dei bisogni dei diversi attori che costituiscono il triangolo sociale di cura: malato, carer formali (lo staff), carer informali (la famiglia).

Raccogliere la biografia dell’ospite e condividerla con il parente per creare alleanza e per poter impostare l’ambiente in base alle effettive realtà. Elli sostiene che “Il malato ha un sapere: il sapere che egli possiede è il suo vissuto e questo è insostituibile” (Elli, 2006), anche il malato di Alzheimer ha un vissuto insostituibile e da valorizzare. Spesso gli operatori corrono il rischio riferendosi ad una persona disorientata nello spazio e nel tempo, di non interagire con la biografia del soggetto, invece il disorientamento si riferisce al tempo presente e questo non deve negare l’importante valorizzazione del tempo passato.

Lo staff di cura deve dedicare del tempo ad osservare il proprio ambiente e a ripensarlo dal punto di vista dell’anziano. Il metodo della Gentle care rientra nelle medical humanities proprio perché promuove un’alleanza terapeutica tra team medico e familiari del paziente utilizzando la narrazione come strumento, che risulta fondamentale per valorizzare l’apporto dei caregivers e migliorare la loro qualità della vita.

La narrazione nel rapporto medico – paziente diventa cruciale perché come sostiene Beretta Anguissola “La comunicazione col paziente secondo la mia lunga esperienza clinica è la fase più importante dell’incontro medico-malato, è perfino [...] più utile [...] dell’esame obiettivo [...] ed infine è essenziale per impostare la cura del malato” (Beretta Anguissola, 1989)

Fondamentale diventa raccogliere la biografia dell’ospite e condividerla con il parente per creare alleanza e per poter impostare l’ambiente in base alle effettive realtà, dedicando del tempo ad osservare il proprio ambiente e a ripensarlo dal punto di vista dell’anziano.

Quando narriamo, diamo significato alla sequenza di eventi che compongono il racconto e rendiamo esplicito il significato che vi attribuiamo (Bassa Poropat et al., 2003). Un interrogativo sul quale sembra interessante investire è quanto l’utilizzo delle “storie di malattia” possa contribuire all’umanizzazione, al miglioramento della qualità delle cure e all’appropriatezza dei percorsi di assistenza ai pazienti.

Per promuovere l’integrazione della narrazione clinica della malattia, dal punto di vista

biomedico (disease), con quella elaborata dai pazienti e dai familiari (illness) è necessario dare vita a delle trame di relazioni e narrazioni

continuative all’intero delle istituzioni sanitarie.

L’introduzione presso i servizi di cura della metodologia protesica significa adottare la cultura delle medical humanities, promuovere formazioni specialistiche sulla malattia e la medicina narrativa, nuove competenze ed abilità che completano il personale sanitario.

Con l’adozione del metodo della Gentle care all’interno del contesto delle Medical humanities si arriva a costruire una vera storia della malattia dei pazienti, narrata dagli ammalati dove possibile, dagli operatori, dai familiari.

In seguito alle narrazioni raccolte con i malati di Alzheimer attraverso la valorizzazione biografica come fondamento del modello Protesico occorre applicare un’analisi di contenuto (Frake, 1962) per leggere la mappa cognitiva utilizzata per affrontare l’evento malattia e il percorso di cure successivo, cioè dare vita alla “rete semantica della malattia” (Good, 1994).

Una visione generale ed olistica della medicina nell’assistenza ai malati di Alzheimer dove si adotta il modello di cura protesico presuppone una fusione tra l’Evidence based Medicine e la Narrative Based medicine per migliorare la qualità delle cure, l’appropriatezza dell’assistenza, le alleanze terapeutiche tra familiari ed operatori sanitari ed educativi con l’obiettivo di migliorare la qualità della vita dei malati cronici.

Solo così sarà possibile restituire pienamente alla medicina la sua natura profondamente ermeneutica (Leder, 1990), dove l’incontro clinico diventi dialogo e la costruzione di significati condivisi che getti le basi per una rete relazionale di crescita tra operatori, persone con l’Alzheimer ed i familiari.

La “svolta narrativa” ha messo in evidenza l’importanza dell’auto narrazione nel dare significato alle proprie esperienze (Bruner, 1986/1988, 1990/1992; Sarbin, 1986), perché mentre rievochiamo un episodio, lo arricchiamo di sensazioni, ma anche del significato che ha per noi. Inoltre la narrazione aiuta colui che ha una malattia a fare ordine, dare un senso alle esperienze, collocarle a livello spazio-temporale, divenendo così terapeutica. Allo stesso tempo, aiuta il curante a conoscere la persona che ha davanti, per costruire percorsi di cura condivisi, migliorando, in tal modo, la compliance.

Uno stile comunicativo che promuova una profonda relazione d’aiuto riesce a rispecchiare così i problemi della persona con malattia di Alzheimer, le abilità comunicative del personale sanitario stimolano un’aderenza terapeutica dei malati con demenza e dei loro familiari, in quanto migliorano la ricerca di informazioni cliniche e psicosociali importanti (Falvo & Tippy, 1988; Waitzkin, 1985) coinvolgendo per quanto possibile il paziente nel processo decisionale (Greenfield, Kaplan, & Ware, 1985).

Le medical humanities, la medicina narrativa e l’adozione del modello protesico nella nostra professione di cura ci insegnano a considerare i soggetti con malattia di Alzheimer persone, superando il rischio che spesso ho verificato di considerarli solamente soggetti ammalati che non comprendono più la realtà e con i quali quindi non è necessario relazionarsi.

Attraverso le medical humanities che si integrano con il modello della Gentle Care si deve prendere posizione come professionisti della care nella valorizzazione del soggetto e della sua personalità, a dispetto dei deficit derivanti dalla patologia, e restituendogli ciò che è ancora disponibile della sua soggettività.

Non riconoscere alle persone malate di Alzheimer la soggettività rimasta è un omicidio operativo, quasi una nostra protezione, una nostra difesa, dove si incastrano questi ammalati come quelle persone per cui non c’è più nulla da fare e per i quali non conviene sprecare nostre energie.

Il Prof. Cary Smith Henderson (1998), affetto da Alzheimer, scrive nel suo diario durante i primi anni della malattia: “Ero occupatissimo in ogni genere di attività quando ero ancora – vivo – si fa per dire. Poi poco per volta queste cose sono diventate impossibili. Per

cui dobbiamo tenerlo presente – penso – qualcosa che resterà con noi per sempre, finché saremo vivi, almeno”.

Anche i malati di Alzheimer attraversano stati coscienti in cui si rendono conto di perdere contatto con la realtà

Le Medical Humanities ed il Modello integrato della Gentle care ci suggeriscono così di ottimare le nostre capacità di ascolto, dando spazio a normalità possibili, adattando le nostre modalità interattive in conformità alle mutevoli caratteristiche della persona malata e scoprendo che la persona malata esiste, solamente così si può creare un buon clima con la persona e questo ha un forte valore terapeutico. La memoria ed i ricordi sono il segno di ciò che abbiamo vissuto. La demenza non rispetta questo inviolabile diritto e obbliga chi ne è travolto a rinunciare al proprio spazio privato per consegnarlo a chi non può neanche scegliere. Solo la ricerca di nuove normalità possibili potrà offrire alla persona malata di Alzheimer le prospettive di un futuro che, se pur incerto, rimanga rispettoso del suo passato.

### Bibliografia

- Arrigoni F-Nave L. “Come in cielo così in terra:La cura tra medicina e scienze filosofiche” Unicopli edizioni, 2013.
- Biswanger Ludwig (1973), “Essere nel Mondo”, Astrolabio Ubal-dini, Roma
- Bruner, J. (1 988). La mente a più dimensioni. Bari: Laterza. (Original work published 1 986)
- Bruner, J. (1 992). La ricerca del significato. Tornio: Bollati Borin-gieri. (Original work published 1 990).
- Bert G., Medicina Narrativa, Il pensiero Scientifico, Roma, 2007.
- Bert G., Parole di medici, parole di pazienti: counselling e narrati-va in medicina, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2003
- LaCombe M., What is Internal medicine? Ann Intern Med, Phi-ladelphia,1993.
- Goffman Erving (1987) , “Forme del Parlare”, Trento , Edizioni Il Mulino
- Goffman Erving (2001), “Asylums”, Torino , Edizioni di Comu-nità,
- Good, B. Narrare la malattia : lo sguardo antropologico sul rappor-to medicopaziente.
- Heidegger Martin (1976), “ Essere e tempo ” Ed. Longanesi Milano
- Cary Smith Henderson, “ Visione Parziale” Associazione Goffredo de Banfield e Federazione Italiana Alzheimer, 2002, Firenze
- Hillman James (1996), trad.it. “Le forme del potere” Garzanti, Milano
- Hughes Everett (1996), “Le regard sociologique. Essais choisis”, Paris, Edition de L’Hecole des Hautes Etudes in Scienses Sociales
- Foucault M. (1980) “The Confession of the Flash”, in: (Gordon N., a cura di) Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-77, Harvester Press, Brighton.
- Frake, C. Cultural ecology and ethnography. American Antropho-logist, 63(1) , 11 3-1 32. (1 962).
- Terzani T., “Un altro giro di giostra” Longanesi Edizioni, Mila-no,2004.
- Zannini L. (a cura di), Il corpo-paziente, Franco Angeli, Milano, 2004.
- Zannini L., Medical humanities e medicina narrativa. Nuove pro-spettive nella formazione dei professionisti della cura, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.
- Zannini L., Salute, malattia e cura, Franco Angeli, Milano, 2001.