Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abbonamento postale - 70% Roma Aut C/RM/09/2016

ANNO IV **n. 15** gen/feb 2018

residenze SANITARIE

CASE DI CURA CASE DI RIPOSO RSA

SOLUZIONI INNOVATIVE

PER LA SICUREZZA

wissner-bosserhoff

La sicurezza dei residenti e del personale infermieristico è prioritaria.
www.lettielettricilungadegenza.com

BENESSERE

Attività ricreative e tempo libero all'interno delle strutture residenziali

PET THERAPY

Un "assistente" a 4 zampe per i malati di Alzheimer e Parkinson

edisef

VALORE AGGIUNTO

Prevenire le cadute

- Il sistema Bed Exit SafeSense® aumenta la sicurezza durante il riposo.
- La strategia basata su 3 arresti automatici durante le variazioni in altezza offre un intervallo di regolazione confortevole da 27 a 80 cm.

Mobilizzazione sicura

- Il sistema con semi-sponde laterali SafeFree® brevettato, assicura la mobilizzazione in sicurezza offrendo un corretto supporto a seconda della statura dell'ospite.
- L'ausilio di mobilizzazione Mobi-Lift®, disponibile sul Sentida 7-i integrato nelle sponde del letto, sostiene il degente nella mobilizzazione autonoma.

Protezione senza sistemi di contenzione

- Con SafeSense®, il letto di degenza con sensori intelligenti, consente di ridurre in maniera affidabile l'uso di sistemi di contenzione sia di giorno che di notte.

wissner-bosserhoff

Vorresti sapere di più? Contattaci:

e-mail: marketing@linetitalia.com
Tel: 030 3229519

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abbonamento postale 70% Roma Aut C/RM/09/2016

ANNO IV **n. 15** gen/feb 2018

residenze SANITARIE

CASE DI CURA CASE DI RIPOSO RSA

BENESSERE

Attività ricreative e tempo libero all'interno delle strutture residenziali

LA STRUTTURA

Centro Diurno Integrato "Girola-Don Gnocchi"

PET THERAPY

Un "assistente" a 4 zampe per i malati di Alzheimer e Parkinson

edisef

REHABILITATION EQUIPMENT

MOTOmed letto 2 braccia-gambe

MOTOmed viva 2 light complet

Richiedi il catalogo 2017 scaricabile anche dal sito: ***www.chinesport.it***

CHINESPORT spa - Via Croazia, 2 - 33100 Udine - Italy - Tel. 0432 621 621 - Fax 0432 621 620

speciali

2018

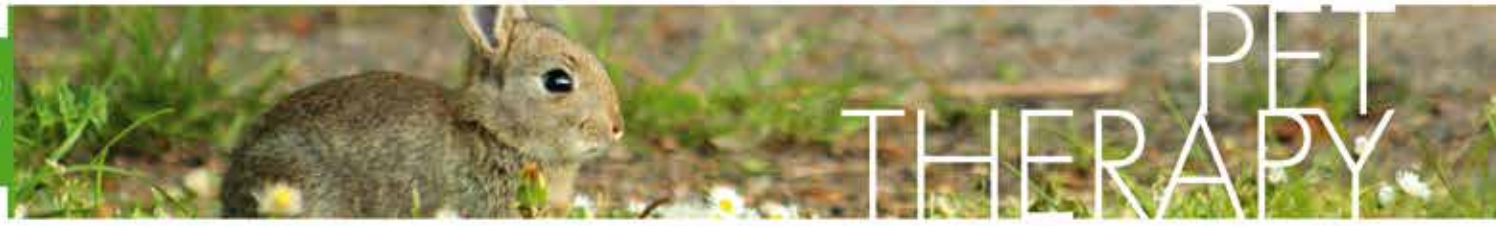
gen/feb

BENESSERE

mar/apr

TECNOLOGIE ASSISTIVE

mag/giu



PET THERAPY

lug/ago

ALIMENTAZIONE

set/ott

LAVANDERIA

nov/dic

ORTOTERAPIA

abbonati su www.residenzesanitarienews.it

edisef

THE QUALITY OF LIFE

Per **CIT**, il letto è il cardine di una filiera di qualità, che inizia nei nostri stabilimenti e prosegue con gli operatori che usano ogni giorno i nostri letti. Per offrire benessere e comfort, sia nell'assistenza che nella vita quotidiana dell'ospite.

ARREDI PER RESIDENZE ASSISTITE
FURNITURE FOR RESIDENTIAL CARE FACILITIES

GRUPPO MALVESTIO

www.citarredi.it

5 EDITORIALE

6 PRIMO PIANO
La salute della donna, ecco i Bollini Rosa
Francesca Merzagora

11 Il volto umano dell'assistenza
Pierluigi Scapicchio, Fernando Boscaino

15 ALZHEIMER
Il Metodo Montessori contro l'Alzheimer
Vincenzo Pedone

18 Come affrontare l'inverno
Loredana Locusta

21 IL MEDICO
Sordità? Istruzioni per l'uso
Andrea Gallo

24 La sordità, un problema sociale
Franco Trabalzini

27 L'INFERMIERE
Catetere venoso, attenti alle infezioni
Vanessa Cecchini

30 ALIMENTAZIONE
Il valore (nutritivo) della cucina orientale
Massimiliano Genna

33 Una bevanda nutrizionale contro l'Alzheimer?
Angelo Bianchetti

36 BENESSERE E ATTIVITÀ RICREATIVE
La teatroterapia in RSA
Giovanni Porta

39 Brain fitness, di cosa si tratta?
Monica Agostoni

41 La qualità (e il valore) del tempo libero
Gabriella Casu, Michele Senatore

44 PET THERAPY
Alzheimer e Parkinson, un aiuto a 4 zampe
Spartia Piccinno

48 LA STRUTTURA
Il CDI del "Girola Don Gnocchi"
La Redazione

51 SCENARI
Chirurgia percutanea del piede
Stefano Ferranti

56 Acqua e benessere, beviamoci su!
Edoardo Guastamacchia, Silvia Sciannimanico

59 Acqua, un prezioso alleato per la salute
Umberto Solimene

62 VETRINA
Massimiliano Genna

ECM

RS100 STRUTTURE 2018

rs100strutture.it

L'eccellenza del territorio, per il territorio

"La movimentazione dell'anziano"

edisef

Il volto umano dell'assistenza

Maria Giulia Mazzoni
Direttore Responsabile

Invecchiare bene senza perdere quello che per noi è il bene più importante: una buona qualità della vita.
Lo abbiamo detto e ridetto più volte, letto ed ascoltato dalle (preziose) testimonianze dei tanti professionisti che, vivendo e lavorando a diretto contatto con gli ospiti delle strutture residenziali, ci hanno raccontato in questi anni di quanto nelle case di riposo sia importante mantenere intatta la percezione del sé e conservare la capacità di relazionarsi con interessi ed affetti. Ricostruire una dimensione umana, una qualità della vita che benché regolata da nuove esigenze sia degna di definirsi tale, resta quindi una condizione necessaria per gli anziani ed un obiettivo da garantire (per quanto possibile) per le strutture che li ospitano.
Fin qui nulla di nuovo, ma quanto emerso dall'evento "Advantage" organizzato a Roma dalla Regione Marche, in collaborazione con il Ministero della Salute e con la Conferenza delle Regioni, ci permette di dar luogo ad una riflessione aggiuntiva e di ragionare attorno al concetto di autonomia. Vediamo perché.
L'evento di Roma ha principalmente presentato i termini di un'azione congiunta che vede coinvolti 22 Paesi dell'Unione Europea chiamati a proporre standard condivisi (ed efficaci) per un'assistenza di qualità capace di sollevare le famiglie da un eccessivo peso legato alla gestione dell'anziano, non privando quest'ultimo di una qualità di vita soddisfacente. Punto cardine di questa operazione è pertanto garantire alla popolazione 'over' il massimo dell'autonomia possibile attivando una rete di assistenza che li metta nelle condizioni di non subire la propria fragilità. Ma entriamo nel merito. Quello su cui il convegno di Roma ha messo l'accento è l'azione congiunta che unisce 22 Paesi dell'Unione Europea e che coinvolge 40 organizzazioni, come l'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (Inrcs), l'Istituto Superiore di Sanità e l'Università Cattolica del Sacro Cuore. "*Dare assistenza di alta qualità* – sottolinea in una dichiarazione Luca Ceriscioli, presidente della Regione Marche, una delle realtà coinvolte attivamente nel programma di Partenariato Europeo per l'Invecchiamento Sano ed Attivo realizzato anche grazie al supporto del Programma Nazionale per l'Internazionalizzazione dei Sistemi Sanitari Regionali denominato "ProMi" – *facendo in modo che le famiglie non vengano travolte dal peso della gestione di un anziano e di dare il massimo di autonomia all'anziano stesso*". Un investimento, quindi, che guarda al futuro di una società che invecchia e che punta a farlo sempre meglio.

Buona lettura.

La salute della donna, ecco i Bollini Rosa

Sono state premiate le 306 strutture ospedaliere italiane che si sono "meritate" i Bollini Rosa conferiti da ONDA, e con l'occasione abbiamo intervistato il presidente – la dott.ssa Francesca Merzagora – con la quale abbiamo parlato di salute e del promettente futuro della medicina di genere

Francesca Merzagora
Presidente Onda

Parliamo di Bollini Rosa. Quest'anno si taglia un traguardo importante.

Quest'anno festeggiamo i 10 anni di attenzione degli ospedali italiani alla salute di genere. Il progetto è partito con un nucleo di 44 strutture originarie per giungere ai 306 ospedali che contiamo oggi e che sono stati premiati il 5 dicembre scorso dal Ministero della Salute. La nostra iniziativa, lo dico con molto orgoglio, ha acquisito in questi anni un importante valore all'interno del sistema-salute del nostro Paese e questo anzitutto perché sostenuta da tutte le principali società scientifiche che si occupano di salute. Ma non è solo questo a renderla speciale. Gli ospedali coinvolti nella rete dei Bollini Rosa promuovono infatti ogni anno svariate attività ad hoc che consentono di facilitare l'accesso alle cure per tantissime persone e, nelle diverse giornate dedicate a patologie specifiche, aprono le loro porte offrendo servizi gratuiti.

Quali caratteristiche deve avere un ospedale per essere 'dotato' di Bollino Rosa?

Deve prevedere al suo interno dei percorsi più attenti alla medicina di genere anche per patologie non prettamente femminili, come il diabete o la cardiologia. Questi ospedali vengono premiati sostanzialmente quando, al loro interno, comprendono specialità cliniche di interesse per la popolazione femminile (diabetologia, dietologia, cardiologia, oncologia, ginecologia etc), prevedendone un percorso diagnostico-terapeutico appropriato e offrendo servizi di accoglienza della paziente (contenimento dell'attesa, terapia del dolore, accompagnamento, telemedicina etc.).

Si arriva ad individuare gli ospedali 'virtuosi' da questo punto di vista grazie alla somministrazione di un questionario che prevede numerose domande alle quali poi vengono attribuiti dei punteggi calcolati a loro volta attraverso un algoritmo che assegna il numero dei bollini. Ultimo passaggio è la valutazione della commissione che aggiunge una valutazione supplementare dedicata ad alcuni aspetti qualitativi non registrati dal test.

Mi permetta una domanda più generica: perché è oggi importante parlare di 'medicina di genere'?

Perché la medicina di genere prescinde dagli aspetti puramente biologici e comprende tutta una serie di variabili trasversali che concorrono alla composizione del quadro generale. Possiamo parlare di un qualcosa di affascinante soprattutto per questo, perché non stiamo parlando di un ramo specifico della medicina, ma di un sistema di lettura della nostra salute che spazia trasversalmente all'interno di tutte le branche specialistiche. Si tratta poi di un approccio che si declina anche nel promettente concetto di 'farmacologia di genere'. Donne, uomini e bambini hanno infatti caratteristiche e fabbisogni differenti tra di loro, il che incide chiaramente sul dosaggio o sull'efficacia dei farmaci che alla luce dei progressi 'di genere' potranno tenere sempre più conto di tutte le variabili che compongono l'essere uomo e l'essere donna.

Concentrandosi sulla salute della donna, e parlando soprattutto di quella delle over 65, quali sono le principali patologie cui occorre prestare attenzione?

Prima di tutto va detto che le principali problematiche di salute riscontrabili nelle donne di una certa età sono legate ad eventi cardiovascolari che rappresentano la prima causa di mortalità nelle donne. È importante sottolinearlo perché ad incidere su questa triste statistica c'è soprattutto una sostanziale inconsapevolezza. Si ritiene, infatti, che questa sia una patologia maggiormente legata alla popolazione maschile e pertanto viene pericolosamente sottostimata quando si parla di donne. È invece vero il contrario: quando

Calendario eventi ONDA 2018

5 febbraio:	Convegno alla Camera dei Deputati: Invecchiamento attivo e autodeterminazione per il fine vita: strategie di tutela dell'anziano
8 aprile:	Open day fibromi uterini: Chiedi, conosci e cura
16-22 aprile:	Open week sulla salute della donna
17 maggio:	Open day cardiovascolare (Regione Lombardia)
10 ottobre:	Open day salute mentale
19/20 settembre:	2° Congresso nazionale ONDA: La donna e la coppia dopo l'età fertile. La salute che cambia: prevenzione, stili di vita, fragilità
12 dicembre:	Premiazione Best Practice Ospedali Italiani Sclerosi Multipla

si manifesta il fisiologico calo degli ormoni le donne sono molto più esposte a problemi di natura cardiovascolare ed il non esserne coscienti comporta un ritardo (a volte fatale) nel riconoscere, e conseguentemente comunicare al proprio medico, la sintomatologia.

Secondo campo da tenere in considerazione è quello oncologico, in particolare i tumori cosiddetti 'big killer', quindi alla mammella, all'ovaio, al collo dell'utero, al colon retto e al polmone. L'importanza della prevenzione, del sottoporsi ad operazioni di screening e della diagnosi precoce sono oggetto di campagne massive anche se non si fa mai abbastanza per sensibilizzare la popolazione femminile a buone abitudini che possono, letteralmente, salvare la vita.

Altri nemici della salute della donna sono l'obesità e le patologie autoimmuni, come la sclerosi multipla che è un problema molto forte su cui è importante non far mai calare l'attenzione. Noi di ONDA abbiamo promosso un progetto dedicato a questa malattia

Bando Bollini RosaArgento – II edizione 2019-2020

Onda, l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, assegna per il biennio 2019-2020 i Bollini RosaArgento alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in possesso di requisiti per garantire una gestione personalizzata, efficace e sicura degli ospiti costituiti per la maggioranza da donne anziane (www.bollinirosargento.it).

Obiettivo

Promuovere a livello nazionale i servizi sanitario-assistenziali dedicati alla gestione delle persone anziane non autosufficienti e fornire alle famiglie un valido strumento per scegliere consapevolmente la struttura più idonea.

Criteri di assegnazione

- Presenza nella RSA di requisiti sanitario-assistenziali che garantiscano una corretta presa in carico dell'ospite non autosufficiente al momento dell'accoglienza sino a tutta la durata del ricovero.
- Presenza nella RSA di ulteriori servizi per garantire un approccio clinico-assistenziale personalizzato e umano in relazione alle esigenze e al profilo psico-fisico degli ospiti anche affetti da demenza.

Modalità di valutazione

- La valutazione dei servizi avviene mediante un questionario di autocandidatura composto da 85 domande definite da un'apposita Commissione multidisciplinare di esperti, compilabile direttamente online sul sito www.bollinirosargento.it, previa compilazione di un modulo di registrazione.
- Sulla base delle risposte fornite a ogni domanda, avente ciascuna un valore prestabilito, un algoritmo matematico elabora un punteggio totale finale e assegna automaticamente da zero a tre bollini.
- La Commissione valida il risultato ottenuto, considerando ulteriori servizi segnalati dalle strutture oltre a quelli già valutati tramite il questionario (iniziative e/o progetti speciali, ecc.).

'Io non sclero' dedicato alle donne giovani colpite da questo dramma e che si ritrovano a doverne affrontare i durissimi contraccolpi psicologici.

Sempre parlando di 'over 65, voi come ONDA avete promosso anche i Bollini rosa-argento. È importante considerare che le esigenze e le patologie cui sono esposte le donne cambiano con il passare del tempo?

Assolutamente sì, soprattutto se consideriamo che le donne (statisticamente) hanno un'aspettativa di vita di 5 anni superiore a quella degli uomini, il che le espone inevitabilmente a più patologie contestuali ed alla politerapia. I Bollini Rosa Argento premiano strutture che intervengono quando la famiglia non può più gestire a domicilio il parente anziano affidandolo a professionisti in grado di garantire la necessaria assistenza. Abbiamo quindi inteso i Bollini RosaArgento come un'indicazione chiara contenente informazioni utili per le famiglie in cerca delle

Modalità di partecipazione al Bando

- L'adesione al Bando è riservata a tutte le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) italiane accreditate al Servizio Sanitario Nazionale.
- È richiesta la presentazione della domanda di adesione da parte di ogni singola struttura a prescindere dalla loro appartenenza amministrativa (Ente gestore, Gruppo, Azienda, ecc.).
- È necessaria la presa visione e la firma, da parte del Direttore di ogni struttura, della lettera di accettazione per la partecipazione al Bando scaricabile dal sito www.bollinirosargento.it, da allegare al modulo di registrazione.
- È richiesto il versamento di un contributo obbligatorio onnicomprensivo di 250 euro + IVA valido per il biennio 2019-2020 per ogni struttura che desidera candidarsi.

Tempistica di partecipazione

Apertura candidature	5 febbraio 2018
Chiusura candidature	31 maggio 2018
Comunicazione esito candidature	entro il 7 settembre 2018
Cerimonia di premiazione strutture vincitrici	13 novembre 2018

Attenzione: i Bollini RosaArgento assegnati in occasione della I edizione del Bando (2017-2018) saranno validi fino al 31 dicembre 2018, pertanto le strutture che desiderano continuare a far parte del Network dovranno presentare una nuova candidatura.

Per info: 02.29015286 – info@bollinirosargento.it – www.bollinirosargento.it

Le iniziative ONDA

Iniziative ancora in corso:

- per il biennio 2017-2018 il Network è composto da 99 RSA ubicate nella maggioranza delle regioni italiane;
- per ogni struttura con i bollini sono state realizzate delle schede informative, pubblicate sul sito www.bollinirosargento.it, in cui sono riportati i servizi valutati e premiati;
- in ogni scheda è possibile per l'utenza lasciare un commento sui servizi erogati utilizzando il box 'Customer Satisfaction';
- diverse le attività svolte nel 2017 che hanno coinvolto le RSA con i Bollini RosaArgento: Webinar rivolti al personale sanitario delle RSA su 'Fragilità dell'anziano' e 'Sicurezza e gestione del rischio nelle RSA', Convegno a Milano sul tema dell'Invecchiamento positivo, Ambulatorio clinico e psicologico per le donne lombarde over 70 in occasione della giornata dell'anziano e ancora in corso, il Concorso letterario 'Dai voce alla tua storia' riservato al personale sanitario, ai caregiver e agli ospiti ricoverati presso le strutture con i Bollini RosaArgento (gli scritti pervenuti saranno premiati in occasione di un incontro Istituzionale a Roma alla Camera dei Deputati il 5 febbraio p.v.).

strutture più idonee a prendersi cura dei loro cari più anziani. Una guida che tenesse conto dei requisiti non tanto clinici, perché questi ci aspettiamo siano presenti nelle strutture convenzionate, quanto sul piano umano isolando le informazioni inerenti ai requisiti di attenzione alla persona.

Assistiamo, fortunatamente, ad un moltiplicarsi delle campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica alle tematiche della salute ed al concetto di prevenzione. In termini comunicativi a suo avviso si fa abbastanza?

ONDA esiste da 12 anni e quello che posso riscontrare è che oggi si parla senz'altro di più di salute e di prevenzione. Quello che bisognerebbe fare, come passo successivo, è il cercare di aumentare l'aderenza, ossia fare in modo che le donne non solo recepiscano il messaggio, ma che lo interiorizzino e che quindi conseguentemente pongano in atto comportamenti virtuosi. E questo sia dal punto di vista della prevenzione, adottando stili di vita corretti, sia come diagnosi precoce aderendo a campagne di screening.

Per passare dal 'dire al fare' le chiederei se a suo avviso il nostro Sistema Sanitario Nazionale è adeguato a rispondere al bisogno di salute delle donne del nostro Paese.

Sicuramente gli ospedali e le strutture premiate dai Bollini si distinguono per una grande attenzione proponendo dei servizi adeguati e di qualità. C'è però, ed è innegabile, ancora una grande disparità tra le varie realtà italiane all'interno delle quali coesistono servizi non comparabili. Il divario tra Nord e Sud è ancora, in effetti, molto marcato.

Chiuderei parlando di ONDA. Quali i progetti in programma?

Nel 2018 abbiamo in programma il nostro congresso nazionale, il prossimo settembre, che come tema centrale avrà la donna e la coppia nella post-fertilità. Prima di questo, aderiremo alla Giornata nazionale della salute della donna, 22 aprile, organizzando una Open Week (16-22 aprile) con i nostri ospedali che apriranno le porte alla popolazione. Rinnoveremo poi i consueti Open Day dedicati a specifiche patologie e ultimo, ma non in ordine di importanza, saremo protagonisti di un convegno organizzato alla Camera dei Deputati dove andremo a premiare i vincitori del concorso 'Diamo Voce alle emozioni' dedicato al lato umano delle esperienze in RSA.

Il volto umano dell'assistenza

Cosa significa, realmente, prendersi cura di un anziano? In questo singolare dibattito il dott. Fernando Boscaino e il dott. Pierluigi Scapicchio ne ricostruiscono la dimensione umana analizzando anche l'impatto sociale di un mondo che sta sensibilmente invecchiando

Pierluigi Scapicchio
Psichiatra e geriatra; già presidente della Società Italiana di Psichiatria, fondatore della Società Italiana di Psicogeriatria, Direttore di 'Psichiatri Oggi'

Fernando Boscaino
Dottore in Sociologia, già dirigente PA – Enti Locali, direttore esecutivo ISUE, direttore di RSA

"Un Mondo Badante", questo il tema della VII edizione della Scuola estiva di alta formazione in Etica della Scienza "Stefano Buffardi", organizzata dall'Istituto di Scienze Umane ed Esistenziali in collaborazione con l'Istituto Italiano per gli Studi Filosofici – entrambi di Napoli – che quest'anno si è tenuta in Giulianova (TE) con il patrocinio della Presidenza del Consiglio Regionale Abruzzo. A commento delle due giornate di lavori, svoltesi il 29 e il 30 settembre, è intercorsa una conversazione tra Pierluigi Scapicchio e Fernando Boscaino che pubblichiamo qui di seguito. Ovviamente, il dialogo riportato non comprende tutti i temi trattati, anche per ragioni di spazio editoriale; tuttavia, chi fosse interessato può trovare la gran parte delle relazioni presentate sul sito www.isue.it, sezione 'eventi' alla voce Scuola "Stefano Buffardi" in Etica della Scienza, e gli interventi dei relatori appresso citati.

Professore, il sottotitolo del convegno recita "scelte e problemi esistenziali dei caregivers, tra le incertezze della scienza e i dubbi dell'etica"; secondo te (o lei?) abbiamo correttamente dibattuto l'argomento? O siamo andati fuori traccia, come ci dicevano i docenti di Lettere quando sbagliavamo il tema in classe?

Fernando Boscaino
Ti dico subito il mio pensiero. In primo luogo la scelta: ci è sembrato opportuno focalizzare l'attenzione in merito al problema dell'assistenza all'anziano ed al grande anziano – specialmente quelli con gravi non autosufficienze, che diventano sempre di più – su chi materialmente presta l'assistenza, e quando parlo di

chi presta l'assistenza materiale non mi riferisco al "badante" – informale o professionalizzato che sia – ma a tutto il personale coinvolto nel processo, medici (soprattutto geriatri), infermieri, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, psicologi, ed anche… direttori di struttura! Cercare di capire e comprendere il vissuto più profondo degli operatori, il loro investimento emotivo, il rischio usurante, le possibili strategie e gli interventi per prevenire o attenuare il burn out ci è sembrato argomento non sufficientemente considerato nel quadro complessivo della problematica, a tutto vantaggio delle riflessioni e considerazioni sui protocolli assistenziali, le procedure, i budget, i 'minutaggi assistenziali' (arriveremo ai DRG anche per l'assistenza geriatrica?); insomma, ci è sembrato che il problema di chi "si prende cura dei badanti" non sia ancora alla ribalta dell'attenzione. Mi dirai che tutte le professioni sanitarie, insieme a molte altre, sono usuranti e a rischio burn out e sono d'accordo (penso a taluni comparti industriali o alle forze dell'ordine, ad esempio), ma, per restare nel campo delle professioni sanitarie, mi sento di dire che per chi fa assistenza geriatrica vi è un elemento di frustrazione aggiuntivo rispetto alle altre specialità sanitarie, anche quelle più delicate e più direttamente a contatto con la sofferenza: ad esempio, quelli che lavorano in oncologia, cardiochirurgia, neurochirurgia, ortopedia e rianimazione vedono, con casistiche che solo 40/50 anni fa ci saremmo sognati, il loro lavoro coronato dal "successo": vite salvate, *restitutio ad integrum*, ripresa e mantenimento anche per lunghissimo tempo delle normali attività sociali, lavorative, relazionali; per chi lavora in geriatria, in tutte le declinazioni delle figure e dei ruoli, il "successo" è rappresentato unicamente dall'accompagnare nel modo più decoroso e dignitoso possibile le persone loro affidate all'*exitus*. Cioè: per quanto mi sforzi e faccia, la persona che mi è stata affidata muore, e non mi sembra molto consolatorio sapere che la morte è l'esito naturale della vita.

Pierluigi Scapicchio
Va bene, Nando. Mi sembra di poter dire che, complessivamente, il focus del tema è stato rispettato da gran parte degli intervenuti; d'altra parte, in questo tipo di eventi, una certa diversità di lettura sul tema proposto è da mettere in conto; gli interventi, tuttavia, sono stati tutti pertinenti al quadro generale di riferimento, l'assistenza agli anziani o, come dici tu e concordo, all'assistenza geriatrica ed ai problemi che essa pone in capo a chi di questa assistenza si fa carico. Mi è sembrata molto puntuale ed anche un utile "ripasso", per esempio, la disamina che Renato Pisanti ci ha proposto sulla letteratura in merito alla sindrome di burn out. Voglio subito sottolineare arti due aspetti che mi sono parsi rimarchevoli. Il primo: l'inserimento tra i relatori delle due giovani infermiere professionali che ci hanno "raccontato" della loro esperienza; non capita spesso, in questo tipo di appuntamenti, che si dia voce a chi opera "in prima linea" a chi cioè materialmente "si sporca le mani" nelle operatività quotidiane del prendersi cura dell'anziano non autosufficiente: igiene e pulizia, medicazioni LDD, aiuto all'alimentazione, gestione dell'alimentazione artificiale, e quant'altro. Il secondo: mi sono parsi particolarmente felici il titolo e la relazione di Nicoletta Orthmann, che bene ha fatto a sottolineare la necessità di passare, per le RSA, da una impostazione di "semplice" accoglienza a luoghi di cura, con particolare attenzione alla dimensione decisamente al femminile del fenomeno, come peraltro testimoniano i dati, copiosi ed attuali, che ci ha portato; la prevalenza di donne nel "Mondo Badante" sia sul versante di chi riceve che di chi presta la cura è un dato incontrovertibile. Bisogna prendere atto che le persone che vengono ospitate nelle RSA, o RA o RP, o comunque si voglia chiamarle, sono sempre più vecchie, con non autosufficienza sempre più grave, quasi sempre portatrici di comorbilità, con deficit cognitivi marcati e, paradossalmente, con aspettativa di vita sempre più lunga. L'ultimo rapporto ISTAT ci dice che nel 2050 l'Italia sarà il terzo Paese più vecchio al mondo, con tutto ciò che comporta, e con questo fatto i decisori che governano il welfare dovranno fare i conti.

Fernando Boscaino
Concordo professore, ed aggiungo una con-

siderazione: il fatto che gli anziani, o le loro famiglie, ricorrano alle strutture di accoglienza in età sempre più avanzata ed in condizioni sempre più critiche (nella sua relazione Annalisa Di Palma ci rappresenta, tra le altre, che l'80% degli istituzionalizzati è in una fase severa o molto severa della condizione psicofisica) non sarà anche perché, specialmente al Sud, l'anziano molto frequentemente rappresenta l'unica fonte di reddito familiare? Si tende quindi a tenerli in casa il più a lungo possibile e sono le figure femminili che si caricano sempre di più del ruolo di badante informale, rinunciando, gioco forza, ad altre possibilità nella loro vita, prime fra tutte quelle lavorative e di relazioni sociali. Credo che sia anche per questo che la dott.ssa Orthmann, parlando di "nuove" RSA, sottolinea che si tratta di una sfida al femminile.

A proposito della dott.ssa Di Palma e della sua puntuale relazione, mi sembra importante il suo 'appello' all'implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) che, sebbene pensati per il Piano Nazionale Demenze (sancito dall'accordo Stato – Regioni – Autonomie, G.U. del 13.01.2015) e che dovrebbero/potrebbero coniugare e sintetizzare i due aspetti, cura ed assistenza, ben potrebbero adattarsi alle multiproblematicità dell'anzianità e della vecchiaia. Altro punto del suo intervento che sottolineerei è quando ci ricorda "che i bisogni emergenti a seguito dell'allungamento della vita, del probabile aumento delle disabilità e delle cronicità richiedono risposte personalizzate" da parte degli attori istituzionali dei servizi sanitari e, aggiungerei io, dei servizi sociali (ma continuo a pensare che l'integrazione socio-sanitaria auspicata dalla L. 328/2000 resti una grande incompiuta o, se vogliamo, un 'atto mancato') che devono, o dovrebbero, "porre in essere strategie di politica sanitaria" mediante "la possibilità di disegnare a priori dei percorsi 'razionali e controllati' per le singole malattie, per i quali sia possibile stabilire in anticipo un budget di spesa". A parte che sostituirei l'espressione "strategie di politica sanitaria" con "strategie di politica socio-sanitaria" e l'espressione "singole malattie" con "singole persone" e – spero che Annalisa non me ne voglia – porrei l'accento sullo stabilire in anticipo un budget di spesa. Professore, è possibile che non debba trovarsi una mediazione tra il vecchio sistema di pagamenti "a piè di lista" e la rigidità del sistema DRG o dei budget stabiliti in anticipo?

Pierluigi Scapicchio

Bella domanda, che girerei, però ai famosi decisori che governano il welfare che dicevi tu o agli attori istituzionali di cui parla la dott.ssa Di Palma. È certo che una persona, quand'anche malata, non può essere ridotta al contenuto del corrispondente DRG. Questo sistema introdotto, se non ricordo male, dalla L. 502/92 avrebbe dovuto razionalizzare e contenere la spesa sanitaria, eliminandone gli sprechi e gli abusi; a 25 anni di distanza non parrebbe aver sortito gli effetti sperati; d'altra parte il benchmarking (tradotto: andiamo a vedere come fanno quelli più bravi di noi) se usato come un copia e incolla non dà mai buoni risultati.

> Per chi fa assistenza geriatrica vi è un elemento di frustrazione aggiuntivo rispetto alle altre specialità sanitarie, anche quelle più delicate e più direttamente a contatto con la sofferenza

Fernando Boscaino

Bene Professore, torniamo al convegno e precisamente all'intervento di apertura del presidente ISUE, Gianfranco Buffardi, psichiatra e filosofo che, dopo aver definito con sintetica precisione la figura del caregiver (quasi un esergo), ci sottopone due considerazioni ed un invito. Sulla seconda considerazione "Sul sostegno dei parenti per gli inabilitati" e sull'invito a "Mutare atteggiamento mentale sulla considerazione del lavoro del caregiver/badante" concordo appieno; è sulla prima considerazione "Sull'importanza della permanenza in vita" che nutro qualche perplessità; come introduzione al concetto Gianfranco ci dice, citando anche fonti autorevolissime: "Nonostante gli eventi di questi ultimi anni, la risonanza

mediatica che hanno rivolte, guerriglie, atti terroristici, venti di guerra, il nostro pianeta non è stato mai prima di oggi così in pace e non ha mai avuto così alto il valore dell'indice di sopravvivenza globale" (vedi: http://www.slate.com/articles/news_and_politics/foreigners/2014/12/the_world_is_not_falling_apart_the_trend_lines_reveal_an_increasingly_peaceful.html).

Ora, volutamente vado io fuori tema: mi permetto di dissentire da tale assunto. È pur vero che da 75 anni non abbiamo una guerra mondiale, ma da qui a sostenere che il mondo è in pace (che non è solo assenza di guerra, così come la salute non è solo assenza di malattia) mi sembra un po' azzardato. A parte le guerre vere che hanno interessato in tempi recenti anche il 'Vecchio Mondo' – penso ai Balcani, alla Cecenia – le morti che ogni anno si contano per fame, assenza di cure sanitarie elementari, condizioni igieniche, per assenza di sicurezza sui luoghi di lavoro, per malattie da inquinamento, non sono poi così distanti, se le calcoliamo in un arco di tempo di sei anni (quanto è durata la seconda guerra mondiale) dai 55/70 milioni di morti stimati per quell'evento. La differenza è che quelli furono uccisi dalle bombe, dai cannoni, dai carri armati, questi vengono uccisi dal finanzcapitalismo di cui ci parla Luciano Gallino. Verrebbe da dire, parafrasando il celebre aforisma di Von Clausewitz, che la finanza non è che la continuazione della guerra con altri mezzi. Chiudo la parentesi e torno al convegno e precisamente al tuo intervento. Ti dico subito che, a mio parere, la tua relazione, e ne voglio ricordare il titolo "Perché viviamo (e vivremo?) in un mondo badante", richiederebbe altrettante giornate di discussione e di approfondimento per le implicazioni etiche, sociali, politiche e scientifiche. Probabilmente sei la persona che meglio ha centrato il senso, ed il significato, del sottotitolo del convegno. Hai alternato provocazioni, tutta la citazione che hai fatto di Guido Ceronetti sembra esserlo (l'articolo a sua firma apparso sul 'Il Fatto quotidiano' del 10 maggio 2013, il cui titolo era 'Longevità, patologia sociale'), di cui riporto solo un passo: "Nelle case di cura la concentrazione di vecchiaie spezzate dall'anca, dal femore, dal polso, dal gomito, che vedi accompagnate negli ascensori, nei refettori, nelle palestre di riabilitazione, è un continuo pugno di pietà. Esistono esclusivamente per durare e per aver paura di quello che gli accadrà il giorno dopo", a definizioni delle nostre attività rigorose e sintetiche; quando dici "Il concetto di cura è fondativo della medicina, ma non si identifica tout court con l'atto medico" riassumi, secondo me, in maniera stringata e calzante la necessità di passare dal curare (la malattia) al prendersi cura (della persona). Aggiungi poi considerazioni etiche che potrebbero essere (anzi, lo sono) considerate quasi dei precetti sociali "Non può esserci coesistenza, cioè forma di aggregazione sociale, senza che la cura dell'altro ne sia costituente essenziale". Chiudi, con ottimistico altruismo, declinando i significati della parola '*pietas*': devozione, rispetto, affetto, sottolineando il '*rispetto*' che, credo, debba essere il concetto informatore di chiunque, professionalmente od informalmente, si faccia carico del prendersi cura dell'altro, andando anche oltre l'empatia. A questo punto posso solo invitare coloro che si imbatteranno in questo dialogo a consultare il sito dell'Istituto e a leggere per intero la tua relazione e quelle degli altri intervenuti e citati in questa chiacchierata che abbiamo fatto. Grazie professore, e al piacere di rivederti presto.

> L'ultimo rapporto ISTAT ci dice che nel 2050 l'Italia sarà il terzo Paese più vecchio al mondo, con tutto ciò che comporta, e con questo fatto i decisori che governano il welfare dovranno fare i conti

Pierluigi Scapicchio

Grazie a te, Nando; ho cercato di condividere delle considerazioni maturate nel corso della mia, ahimè non breve, esperienza, con l'augurio che possano essere stimolo per una riflessione continua e non solo argomento di dibattito in sede convegnistica. Anche io mi auguro di rivederti presto.

Il Metodo Montessori contro l'Alzheimer

Il Metodo Montessori applicato alle persone affette da demenza. Seguiamo il dott. Vincenzo Pedone, direttore sanitario del Consorzio Colibrì, in questa analisi che riporta le principali conclusioni di un interessante convegno. Vediamo cosa è emerso

La demenza è una malattia desolata, vuota e arida come il deserto. È un ladro di cuore e di memorie. Jean Etienne Dominique Esquirol diceva che "Il demente è un ricco divenuto povero" facendo riferimento alla perdita di cellule cerebrali e pertanto ad un progressivo declino delle facoltà mentali. La compromissione della memoria e del pensiero interferiscono negativamente con le personali attività quotidiane. Infatti il deficit mnemonico interessa la registrazione, l'immagazzinamento e il richiamo delle nuove informazioni. La demenza più nota ed anche più diffusa è l'Alzheimer mentre l'approccio per combatterla, al centro della riflessione di questo articolo, fa capo al Metodo Montessori.

Prendendo i principi propri del Metodo ideato per i bambini nella prima parte del secolo scorso dalla pedagogista Maria Montessori, e applicandolo agli adulti che soffrono di una serie di malattie cognitive, il programma è visto come un raggio di luce e speranza in quello che è spesso un decadimento irreversibile.

L'approccio relativamente semplice del programma è parte del suo fascino. Il Metodo Montessori permette alle persone di eseguire i compiti che sentono familiari, insieme a giochi che potenziano la mente, gruppi di discussione e un ambiente fisico progettato sia per rassicurare che per stimolare. E sembra funzionare.
Sul metodo si sono confrontati a Bologna pedagogisti, geriatri e medici in occasione del convegno organizzato dal Consorzio Colibrì nella sala polivalente di Villa Ranuzzi, storica residenza per anziani e innovativa per l'utilizzo di ausili e approcci non farmacologici del Metodo Montessori, di aiuto e supporto nel trattamento del paziente affetto da decadimento cognitivo.
Formatori ed esperti sono arrivati da tutta l'Emilia-Romagna, ma anche dalle città di Milano e Biella per confrontarsi sul Metodo

Vincenzo Pedone
Direttore sanitario Consorzio Colibrì e coordinatore giornata formativa

già collaudato negli Stati Uniti da Cameron Camp. Presenti anche le istituzioni: il Comune di Bologna nella persona della Presidente Commissione Scuola e Cultura dott.ssa Federica Mazzoni, l'Azienda USL di Bologna, l'ANASTE Associazione Nazionale Strutture per la Terza Età presieduta dal prof. Alberto De Santis.

"Il Metodo Montessori è dignità per i bambini così come per gli anziani – afferma il dott. Averardo Orta amministratore delegato del Consorzio Ospedaliero Colibrì. *Siamo convinti che grazie alla ricerca sia possibile aumentare il benessere delle persone e mantenere alta quell'eccellenza sanitaria che collocano Bologna e l'Emilia-Romagna a livello internazionale tra le realtà più avanzante nel campo dell'assistenza agli anziani".*

L'evento è stato coordinato dal dott. Vincenzo Pedone, direttore sanitario del Consorzio Colibrì: "*La metodologia montessoriana in versione geriatrica conserva i fondamenti pedagogici originali di Maria Montessori che sono costituiti dalla concentrazione sulle abilità dell'individuo e non sui suoi deficit, dall'impegnare la persona in attività significative, dal consentire la massima performance, dal fornire ruoli sociali definiti, dal sostenere l'autostima, tutti elementi opportunamente concatenati in un circolo virtuoso".*

In Emilia-Romagna e a Bologna il Metodo Montessori viene adottato nel 2015 per la prima volta nelle Case residenza per anziani Villa Serena e Villa Ranuzzi

Al microfono Cristina Manfredini, accanto Giuliano Marini di Villa Serena

In Emilia-Romagna e a Bologna il Metodo Montessori viene adottato nel 2015 per la prima volta nelle Case residenza per anziani Villa Serena e Villa Ranuzzi dove in tutto oggi esistono quattro spazi dotati di ausili e arredi (tende, specchi e manufatti idonei) che avvolgono in un'atmosfera familiare e al tempo stesso stimolante chi li vive.

Qui sono state svolte indagini quali-quantitative allo scopo di misurare i miglioramenti a livello emotivo e cognitivo di ciascun partecipante alle attività montessoriane, con buoni risultati: aumento notevole dell'autonomia da parte di alcuni pazienti e un miglioramento nelle relazioni tra i partecipanti stessi.

"*Il metodo Montessori fa leva sui materiali che possono essere manipolati e lavorati senza passare necessariamente dal linguaggio*", spiega Federica Taddia coordinatrice del Servizio di Animazione professionale presso le CRA Ranuzzi e Serena. "*In questo lavoro attento ai bisogni cognitivi non ci può essere spazio per l'improvvisazione da parte degli operatori".*

"*Cresce nelle strutture residenziali l'utilizzo di ausili tecnologici e multimediali, ma senza per questo perdere di vista l'umanità della persona",* spiega Cristina Manfredini coordinatrice area sociale Fondazione ASPHI Bologna. "*Grazie alla multimedialità, ovvero all'utilizzo contemporaneo di più mezzi di comunicazione, è possibile rafforzare le capacità sensoriali dei pazienti. La personalizzazione delle tecnologie e degli ausili ci permette di proporre attività sempre più mirate per la persona con fragilità, andando a lavorare sulla scelta delle interfacce, dei contenuti e livelli di complessità. Le potenzialità del multimediale, con stimolazioni visive e uditive, agiscono su canali sensoriali significativi per la persona; diventa interessante riflettere su come queste opportunità possano avvicinarsi al metodo montessoriano*".

Il convegno ha evidenziato come sono mutati e aumentati nel tempo i bisogni della terza età. Al tempo stesso è cresciuta l'attenzione e la competenza del personale delle strutture residenziali per una presa in carico globale degli ospiti, a 360 gradi.

Al Metodo Montessori vengono riconosciuti ampi benefici collegati al recupero dei ricordi e dunque della memoria, ma anche al miglioramento di pratiche quotidiane. Il metodo tradizionale confrontato con il metodo montessoriano evidenzia profonde differenze rispetto alle voci: setting, materiali e libera scelta. Questa la dichiarazione di Annalisa Perino referente del progetto "Montessori incontra Alzheimer": *La libertà di interpretazione di alcune attività, come quelle espressive, permette al soggetto di dare spazio alla propria creatività e al proprio bisogno di espressione e comunicazione. Un altro elemento tipico dei materiali montessoriani è l'autocorrettività. Il materiale impiegato è di tipo domestico, comune, facil-*

mente riconoscibile, e lo scopo dell'attività è chiaro. Il controllo dell'errore è insito nel materiale stesso e il paziente è così autonomo nella individuazione e correzione dei propri sbagli".
Sullo sfondo, centrali della giornata formativa, i valori della ricerca, ma anche dell'innovazione e della formazione, leve fondamentali per offrire risposte a bisogni sempre più complessi emergenti nelle strutture specializzate per la cura e l'assistenza di pazienti della terza età.
Si ringraziano per la partecipazione relatori e moderatori che hanno preso parte alla giornata formativa sul Metodo Montessori:

- Vincenzo Castiglione: presidente ARAD Bologna Assoc. Ricerca e Assistenza Demenze
- Maura Coveri: direttore UOC Geriatria O. Maggiore Bologna
- Eugenio De Martino: responsabile medico CRA Villa Ranuzzi Bologna
- Marina Farinelli: responsabile Servizio Psicologia Clinica Consorzio Colibrì Bologna
- Simona Linarello: referente Centro Esperto Demenze Area Metropolitana Bolognese
- Averardo Orta: vice presidente regionale ANASTE, amministratore delegato Consorzio Colibrì
- Elena Luppi: docente del Dipartimento di Scienze dell'educazione dell'Università di Bologna
- Cristina Manfredini: pedagogista, coordinatrice area sociale Fondazione ASPHI Bologna
- Giuliano Marini: responsabile medico Villa Serena Bologna
- Elena Ortone: geriatra UOC Geriatria Biella
- Laura Panizza: psicologa, esperta in neuropsicologia Milano
- Vincenzo Pedone: direttore sanitario Consorzio Colibrì Bologna
- Annalisa Perino: pedagogista, formatrice, referente progetto "Montessori incontra Alzheimer"
- Ruggero Poi: pedagogista, referente Fondazione Montessori Italia per il progetto Montessori incontra Alzheimer
- Federica Taddia: coordinatrice Servizio di Animazione Consorzio Colibrì Bologna

Innovazione strutturale

Villa Ranuzzi 2012: **Reparto Arcobaleno** (pl 30)
Strumenti: soluzioni strutturali (di tipo architettonico e di arredo) atte a:

1. favorire l'orientamento;
2. consentire di muoversi in sicurezza;
3. facilitare le normali attività quotidiane.

- Posizionamento strategico delle guardiole:
- protezione ambientale (pavimentazione antiscivolo e arredi ignifughi);
- colori differenziati delle pareti e delle porte;
- arredo semipersonalizzato, orientante, fruibile (→ arredo Montessori);
- tendine di mascheramento rimovibili alle uscite;
- percorsi esterni in libertà e sicurezza (→ giardino Alzheimer).

Ambiente protesico
Obiettivi: contrastare turbe comportamentali e ottimizzare autonomia residua
Vantaggi: minimizzare contenzione e farmaci

Come affrontare l'inverno

Al freddo caratteristico della stagione invernale si dovrebbe prestare molta attenzione soprattutto se abbiamo a che fare con un anziano malato di Alzheimer. La dott.ssa Loredana Locusta, responsabile del Nucleo Alzheimer di Villaggio Amico, ci propone alcuni semplici consigli per prevenire i disagi, nonché i piccoli, grandi, incidenti quotidiani

Loredana Locusta
Psicologa esperta in neuropsicologia clinica e responsabile del Nucleo Alzheimer di Villaggio Amico di Gerenzano (VA)

Così come nei mesi più caldi, anche nella stagione fredda è bene porre delle attenzioni supplementari alla salute dell'anziano. In particolare risulta fondamentale con il malato di Alzheimer, riflettendo su quanto e come il cambiamento climatico può influire sul suo benessere psico-fisico.

Il freddo invernale ha almeno tre conseguenze sull'anziano: l'aumento della pressione arteriosa, l'aumento delle malattie respiratorie, l'aumento delle cadute. Per chi soffre di Alzheimer, così come per il caregiver, la persona che se ne prende cura, l'inverno non è quindi solo la stagione delle spensierate feste in famiglia, delle settimane bianche e delle giornate corte.

Ecco allora qualche semplice suggerimento per affrontare il freddo invernale:

1. **Attenzione alla sindrome del tramonto o sindrome del sole calante, che, solitamente, colpisce le persone affette da demenza.**

Quando gli ultimi raggi di sole scompaiono, nella persona con demenza può presentarsi uno stato confusionale, che si manifesta con incapacità di mantenere l'attenzione anche su compiti basici, disorganizzazione del pensiero e del discorso, inversione dei ritmi di sonno e veglia e, in casi più gravi, deliri e allucinazioni. Queste manifestazioni compaiono nel tardo pomeriggio, per poi aumentare durante la sera e la notte.
È utile ridurre al minimo i cosiddetti "riposini" pomeridiani, in modo da agevolare il sonno notturno, e limitare la somministrazione di bevande contenenti caffeina.
Fondamentale inoltre ridurre al minimo le richieste nelle ore serali – ad esempio eliminare qualsiasi attività, anche educativa e/o fisioterapica, che stanca mentalmente e fisicamente.

Per il caregiver, familiare e non, può servire mantenere con il malato di Alzheimer un tono di voce il più possibile basso e calmo.

2. Mettete l'idratazione e l'alimentazione al primo posto.

Come nel periodo estivo, anche in inverno è fondamentale capire cosa mangia e cosa beve la persona anziana. Ancora più attenzione va posta quando abbiamo dinanzi un anziano con Alzheimer perché, soprattutto con temperature rigide, difficilmente avvertirà la necessità di bere e, qualora l'avvertisse, potrebbe avere anche difficoltà nell'esprimere tale necessità.

Ricordiamogli noi di bere e di mangiare adeguatamente e in maniera organizzata. Con le temperature rigide una bevanda calda può

divenire un vero toccasana.
Inoltre, se non ci sono limiti specifici dettati da patologie in atto, è bene ogni tanto "trasgredire" assieme; pensiamo, ad esempio, a quanto potrebbe essere piacevole preparare una buona torta di mele e gustarla assieme, avvolti da quell'aroma che sa di casa e di giornate in famiglia.

3. Scegliete l'abbigliamento idoneo.

La persona con Alzheimer spesso ha difficoltà nel vestirsi e ancor più nello scegliere l'abbigliamento adeguato alle stagioni. Non solo la manualità tende a ridursi, ma, spesso, è faticosa la scelta stessa dell'abbigliamento adeguato alla stagione. È importante aiutarla nel vestirsi, in modo che possa avere un abbigliamento idoneo sia all'interno che all'esterno delle abitazioni.
Entrando in ambienti caldi è bene togliere gli strati di indumenti eccessivamente pesanti per evitare di sudare e quindi di potersi raffreddare. Sarebbe opportuno prediligere il cosiddetto "abbigliamento a cipolla", in modo da adeguarlo alle variazioni climatiche.

4. Per le uscite, fate attenzione alla scelta dell'orario.

Godersi una bella passeggiata è sempre una panacea perché aiuta la circolazione, la digestione e anche il buonumore. Attenzione però all'orario e alle temperature scelte: evitare le giornate e i momenti in cui le temperature sono troppo rigide come la mattina presto, la sera e la notte. Il disorientamento spazio-temporale dell'anziano con Alzheimer e la diversità di percezione del freddo, farà sì che la persona potrà anche chiederci di uscire nelle ore della mattina o della sera/notte che sono le più fredde.
Diamo noi dei tempi idonei, promettendo alla persona di uscire a un orario ben preciso che comunichiamo. Se vediamo la persona innervosirsi, perché la sua richiesta non è assecondata, proviamo a distrarre la sua attenzione coinvolgendolo in attività differenti.

5. Illuminate gli ambienti.

In inverno i momenti di luce naturale si riducono, buona norma è creare un sistema di illuminazione adeguato evitando zone d'ombra. La poca illuminazione, se da una parte crea un momento di riposo e di relax, dall'altra può spaventare il malato di Alzheimer. La poca illuminazione agevola infatti la perdita dei punti di riferimento dati dall'ambiente che appare come nuovo e ostile.
Prendiamo spunto dagli svedesi che, a causa delle poche ore di luce del sole, studiano negli ambienti casalinghi dove predisporre lampade e punti luce, che creano un'atmosfera intima e rilassante.
Il freddo e le ore di luce che diminuiscono rendono tutti più stanchi. Questa stanchezza viene percepita dal malato di Alzheimer anche a livello psico-fisico. Per questa ragione è importante trasformare l'ambiente dove vive l'anziano, rendendolo caldo e confortevole. Pensiamo a quanto sia piacevole passare del tempo davanti a un focolare domestico. Alcune delle migliori residenze sanitarie per anziani si sono dotate di impianti che riproducono la presenza di un camino vero, con tanto di rumore della legna che arde. È senz'altro un sistema comune in grado di far avvertire sensazioni di estremo conforto e calore.

6. Chiacchiere e sorrisi.

Certamente questo consiglio non ha stagione. Ancora di più nel periodo invernale, quando si sta maggiormente a casa, creiamo uno spazio di ascolto empatico con l'anziano, chiacchieriamo con lui, coinvolgendolo in qualche attività ricreativa e sorridiamo insieme!
Il modo migliore per stabilire se siamo sereni o no sono i nostri rapporti sociali. Il tempo trascorso in compagnia crea un'atmosfera rilassata, intima e confortevole.
Già nel 1954, lo psicologo russo-americano Abraham Maslow propose un modello denominato "piramide dei bisogni umani", dove per bisogni primari da soddisfare si indicavano quelli fisiologici: cibo, acqua, sonno e sicurezza. Maslow, tuttavia, non trascurò di inserire nella sua lista i "bisogno sociali" di amore e appartenenza.
Stare insieme all'anziano, non isolarlo a livello sociale e stimolarlo alla cooperazione: da parte del familiare e della residenza sanitaria devono essere tutti primi obiettivi da raggiungere per il benessere del malato di Alzheimer.

Sordità? Istruzioni per l'uso

Il deterioramento della capacità uditiva è un fenomeno comune legato all'invecchiamento, ma può provocare ansie e blocchi nel paziente anziano che spesso si trova in difficoltà nell'ammetterlo. Grazie a questa intervista al presidente AIOG, Andrea Gallo, abbiamo approfondito la questione e scoperto quanto una informazione appropriata possa fare la differenza

Andrea Gallo
Professore in Otorinolaringoiatria e presidente AIOG – Associazione Italiana Otorinolaringoiatria e Geriatria

Inizierei inquadrando la tematica: quale rapporto sussiste tra l'invecchiamento e le malattie otorinolaringoiatriche?

Nel corso del processo di invecchiamento assistiamo ad una degenerazione progressiva di tante funzioni, molte delle quali legate all'otorinolaringoiatria: olfatto, gusto, udito e senso dell'equilibrio. La perdita dell'udito è poi tra queste senza dubbio quella cui si legano i contraccolpi psicologici più significativi innescati dal senso di isolamento che viene percepito dalla persona che ne è colpita. Accorgersi di non sentire bene come un tempo alimenta infatti la sensazione di aver irrimediabilmente perso il controllo del mondo che ci circonda (e che ci appartiene) il che facilmente si traduce nell'anticamera del decadimento cognitivo. Da queste evidenze possiamo facilmente dedurre quanto sia importante occuparsi della problematica intervenendo per correggere il disturbo, ove possibile, in modo efficace e tempestivo anche attraverso l'uso di protesi uditive ad hoc. Qui, in questo aspetto, è importante sottolineare come a giocare un ruolo chiave sia la corretta informazione: spesso infatti l'anziano prova paura o vergogna nell'indossare l'apparecchio acustico che associa ad un distinguibile segno di vecchiaia. È importante fargli capire invece che è proprio il suo utilizzo a rivelarsi la chiave per alleggerire la percezione che egli ha dell'invecchiamento permettendogli di sentire ed interagire ancora facilmente con il suo mondo.

Guardiamo il problema dall'altra parte. Se per l'anziano è spesso difficile ammettere, principalmente a se stesso, di aver bisogno di un apparecchio acustico, esistono dei segnali utili a chi si occupa di assisterli?

Il primo, inequivocabile segnale, è chiaramente l'accorgersi che l'anziano ha difficoltà a percepire i suoni o fa fatica a comprendere le parole. Partendo da questo diviene poi imperativo stabilire quale sia la natura del

problema e a quale tipo di sordità occorra far fronte. È quindi utile rivolgersi a strutture predisposte o approfittare di una delle tante iniziative itineranti che permettono esami audiometrici gratuiti. Anche noi abbiamo recentemente realizzato un'iniziativa di questo genere. Ci siamo organizzati nella piazza principale di Latina e per tutta la giornata abbiamo messo a disposizione la nostra consulenza specialistica offrendo alla popolazione interessata chiarimenti sulla perdita di udito (e sulle eventuali possibilità di intervenire in merito) e abbiamo poi (grazie al contributo della Amplifon) allestito uno spazio nel quale effettuare direttamente in loco gli esami audiometrici completi.

Le soluzioni quindi esistono, perciò il problema può essere quello di non intervenire tempestivamente?

Innegabilmente molto dipende dal caso specifico. Diciamo che di base l'impatto psicologico quando parliamo di sordità ha un'incidenza decisamente significativa. Pensiamo ad esempio a quel che accade con il deterioramento di un altro dei nostri sensi principali: la vista. Con l'avanzare dell'età, ed il fisiologico calo della capacità visiva, occorre mettere gli occhiali e questa è una operazione di fronte alla quale quasi nessuno presenta pregiudizi di natura psicologica anzi, spesso e volentieri la scelta della montatura cade su linee molto vistose ed eccentriche. Con gli apparecchi acustici avviene tutto il contrario. Pur essendo estremamente miniaturizzati, quasi invisibili, le persone anziane mostrano spesso grande reticenza nell'indossarli. Perdere l'udito sembra quindi essere qualcosa di cui vergognarsi, un qualcosa da nascondere, e si finisce così con il ricorrere all'apparecchio acustico solo come estrema ratio e, spesso, troppo tardi.

L'apparecchio acustico è sempre risolutivo?

Occorre prima di tutto individuare il tipo di problema su cui andiamo ad intervenire. La perdita dell'udito è infatti un problema complesso e non sempre basta applicare un amplificatore per sentirci meglio. È un problema di volume o di distinguere i suoni? Va quindi anzitutto testata la capacità 'discriminatoria', ossia la capacità di sentire il suono e comprenderne il significato perché il paziente che riveli difficoltà in questa codifica non trarrà evidentemente alcun beneficio dall'indossare un apparecchio acustico che ha la funzione di 'alzare il volume' dei suoni. Testare questa capacità attraverso dei test di audiometria vocale sarà quindi fondamentale per determinare l'approccio terapeutico più adatto. Altro capitolo ancora è quello dedicato al cosiddetto orecchio bionico che viene impiantato nei casi di sordità grave e che comprende una componente esterna abbastanza vistosa che può creare qualche disagio nel paziente.

È quindi corretto dire che non esiste un solo tipo di sordità?

Certamente sì, anche se quando parliamo di anziani riscontriamo principalmente una

presbi-acusia, che è una forma di sordità neuro sensoriale progressiva molto accentuata sulle alte frequenze e che invece conserva una buona capacità uditiva su quelle medie e basse. Possiamo tranquillamente dire che su questo tipo di sordità oggi si può intervenire con un buon margine di successo grazie all'utilizzo di protesi uditive di ultima generazione. Quando invece capita che la perdita uditiva sia pantonale, ossia a tutte le frequenze, correggere il difetto diventa significativamente più difficile.

Per completare il quadro dei disturbi che legano gli anziani al quadro otorinolaringoiatrico, le chiederei della perdita dell'equilibrio cui lei accennava prima.

La perdita progressiva dell'equilibrio è un altro aspetto molto frequente nell'invecchiamento. L'essere umano vive normalmente in posizione eretta in perfetto equilibrio sui due piedi, una postura regolata dai recettori vestibolari e ricavata dai recettori sulle piante dei piedi, ma quando questi cominciano a deteriorarsi, cosa che spesso avviene con l'avanzare dell'età, si verifica un cambio di postura. La persona anziana assume un atteggiamento diverso, allarga la base di impianto e spesso necessita di un nuovo punto di appoggio (il bastone) cambiando l'inclinazione del bacino. Tutto questo viene chiamato presbi-stasia, un atteggiamento cui frequentemente si associa la presbi-astasia, ossia al perdita di equilibrio causata dal cambio di postura. La conseguenza diretta di tutto questo processo è che l'anziano diviene sempre più soggetto alle cadute, con tutte le problematiche connesse e che si sommano alla già deleteria fragilità ossea ed alla sarcopenia, ossia la progressiva perdita della massa muscolare, che sono entrambe condizioni tipiche dell'età avanzata e i principali indiziati quando sentiamo parlare di cadute rovinose. Stante il quadro generale che va così componendosi, è facile intuire quanto la prevenzione della caduta divenga quindi un aspetto di primaria importanza quando si parla di anziani e proprio per questo sarebbe opportuno promuovere una massiva sensibilizzazione sull'argomento.

E i problemi di deglutizione?

Altro tema fondamentale è la presbi-fagia ossia il cambiamento, anche qui fisiolgico, nella capacità di deglutizione. Anatomicamente il corpo umano conta circa 50 muscoli che contemporaneamente sono impegnati nell'atto deglutitorio e che si distinguono tra agonisti e antagonisti. Come avviene per tutti gli altri muscoli del corpo dell'anziano, anche questi sono inevitabilmente interessati da un generale decadimento di tono dovuto all'età e sufficiente a renderli meno responsivi allo stimolo meccanico o nervoso. Ne deriva una generale compromissione della sincronia tra agonisti ed antagonisti, che portano il paziente incontro a problemi di deglutizione anche importanti.

Chiuderei parlando della vostra attività associativa. La vostra organizzazione è molto attiva nel proporre iniziative atte a sensibilizzare l'opinione pubblica e a formare i professionisti del campo. Quali le iniziative in programma in questo 2018?

Come Associazione Italiana di Otorinolaringoiatria e Geriatria organizziamo ogni due anni un congresso nazionale (il prossimo sarà a Roma a novembre, ndr), ma la nostra attività si sviluppa principalmente attorno ad una serie di iniziative regionali che, come è stato per quella di Latina, si preoccupano di diffondere un messaggio sociale legato all'importanza di prendersi cura del nostro udito. Il prossimo febbraio poi, iniziativa di cui andiamo particolarmente orgogliosi, stiamo organizzando un evento a carattere scientifico dedicato agli specialisti in ototinolaringoiatria. Si tratta di un convegno nel corso del quale tratteremo approfonditamente di presbi-stasia e delle infezioni.

> Gli apparecchi acustici, pur essendo estremamente miniaturizzati, quasi invisibili, spaventano le persone anziane, che mostrano spesso grande reticenza nell'indossarli

La sordità, un problema sociale

L'importanza della campagna di prevenzione "Nonno Ascoltami" si fonda sul rapporto speciale che si instaura tra i bambini ed i propri nonni. I nipoti ci interrogano su tanti "perché" ed il problema della sordità (un disturbo ad alta incidenza anche in Italia) non può e non deve divenire un ostacolo al dialogo

Franco Trabalzini
Specializzato in Otorinolaringoiatria e Neurochirurgia, direttore del Reparto di Otorinolaringoiatria del Meyer di Firenze

Ben 360 milioni di persone al mondo, di cui oltre 7 milioni soltanto in Italia. Sono le persone che soffrono di sordità. Ogni giorno nel nostro Paese 30 persone scoprono di avere un disturbo uditivo, un problema che coinvolge due persone su tre oltre i 65 anni. Se guardiamo invece alla popolazione pediatrica dobbiamo ricordare come ogni anno uno/due bambini su mille nascono con un grave problema uditivo. Sono le dimensioni dell'ipoacusia, disturbi dell'udito che coinvolgono più del 10% della popolazione. È da questi numeri che si comprende l'estrema importanza della prevenzione.

In questo contesto si colloca l'iniziativa "Nonno Ascoltami", che di recente si è tenuta anche in Toscana. Si tratta della campagna nazionale per la prevenzione dei disturbi uditivi. L'iniziativa, patrocinata dalla Presidenza del Consiglio e dal Ministero della Salute e realizzata con il supporto dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), giunta all'ottava edizione, ha coinvolto ben 16 regioni, 37 città e 10 milioni di cittadini per sensibilizzare su una problematica che oltre ad avere un'elevata incidenza nella popolazione italiana, porta con sé difficoltà di comunicazione e grandi costi sociali.

Già il titolo dell'iniziativa è densa di significato. Perché "Nonno Ascoltami"? Perché il bambino al nonno deve chiedere tanti per-

ché. La risposta a quei perché saranno i binari dell'imprinting culturale e delle conoscenze future del bambino. Ma cosa accade se il nonno non ascolta il bimbo perché e sordo? Che succede se il bambino non può porre domande al nonno? Non udendo, il bambino non potrà sviluppare il linguaggio. La sordità è un problema sociale. E lo è proprio per la sottovalutazione di quelli che sono deficit importanti. Un adulto che non sente – se trattato con tempestività – avrà un più lento decadimento cognitivo rispetto a chi viene abbandonato alla sordità. Così un bambino che non sente, se precocemente diagnosticato e curato, potrà andare a scuola con le stesse capacità comunicative di un bimbo normo udente.

Per questo il motto del Centro di Otorinolaringoiatria dell'ospedale pediatrico Meyer è "*so all can hear*", significa dare a tutti la possibilità di udire, trovando la soluzione per ogni problema di handicap uditivo, con il ripristino dei meccanismi biologici dell'udito (chirurgia del sistema di trasmissione del suono, malformazioni congenite, displasie della capsula otica, tanto per citarne alcuni) o con l'applicazione di sistemi elettronici: protesi impiantabili per conduzione ossea o aerea, impianto cocleare, impianto del tronco encefalico. L'ipoacusia permanente dell'età pediatrica è una condizione di altissimo rischio di disturbo comunicativo (il linguaggio, ad esempio). La nostra attenzione è particolarmente rivolta all'età infantile, momento in cui si mettono in gioco le abilità relative alla comunicazione di ciascun individuo.

La sordità profonda è diagnosticata precocemente grazie allo screening uditivo neonatale. Oltre alle ipoacusie profonde identificabili alla nascita, il 50% delle ipoacusie infantili si manifesta più tardivamente. Molte le soluzioni oggi disponibili, come le protesi impiantabili che potenziano la vibrazione degli ossicini, gli impianti cocleari compatibili con la risonanza magnetica, lo sviluppo di nuovi farmaci per particolari patologie somministrabili direttamente nell'orecchio medio anziché per via sistemica, così da ridurne gli effetti collaterali e potenziarne l'efficacia locale.

Di che si tratta? Mentre la protesi acustica amplifica il suono, l'impianto cocleare trasforma il suono in impulsi elettrici che stimolano direttamente il nervo acustico. I nuovi impianti, decisamente più piccoli rispetto a qualche anno fa, e con la parte esterna ormai simile ad una moneta del diametro di due centimetri che viene applicata sulla cute, permettono una stimolazione sempre più vicina a quella normale, e l'intervento chirurgico risulta sempre meno invasivo rispetto a pochi anni fa, richiedendo di solito il ricovero di un solo giorno. In quest'ambito la tecnologia ha fatto passi enormi. L'impianto cocleare è indicato quindi per le sordità cocleari gravi-profonde, quando la protesi acustica non è in grado di apportare benefici, perché è venuta meno la capacità delle cellule ciliate di convertire il suono da onde meccaniche in impulsi elettrici. Sino ad oggi, gli impianti cocleari non erano del tutto compatibili con i potenti campi magnetici degli apparecchi di risonanza di ultima generazione; con i nuovi impianti, invece, il paziente non deve più rinunciare a questa importante indagine strumentale, considerando anche che la risonanza magnetica ha avuto negli ultimi anni un importante aumento nel proprio utilizzo, tanto da diventare ormai un esame d'elezione per molte patologie. Va ricordato che la chirurgia dell'impianto cocleare è sempre meno invasiva e può essere effettuata anche nel paziente anziano.

> Così come avviene per i più piccoli, anche per gli adulti e soprattutto per i nonni è auspicabile il tempestivo intervento con protesi acustiche per evitare il precoce decadimento cognitivo

La stimolazione consente lo sviluppo delle abilità. Grazie alla plasticità cerebrale con l'applicazione di una protesi o di un impianto cocleare è possibile recuperare il senso dell'udito. Quando viene infatti precocemente ripristinato l'input sensoriale attraverso un organo di senso artificiale, le vie sensitive centrali vengono nuovamente stimolate e

allenate, e sia le connessioni all'interno delle aree sensitive sia le connessioni con altre aree associative vengono di nuovo riattivate. Per una persona affetta da una sordità profonda insorta congenitamente, questo può significare riabilitarsi ad una vita di comunicazione pressoché normale. La plasticità cerebrale è la capacità del cervello di modificare la propria struttura, per adattarsi agli stimoli provenienti dall'ambiente o sopperire a danni in alcune sue aree. Il cervello, soprattutto in età infantile, è l'organo che più di ogni altro ha bisogno di essere stimolato per non perdere le sue funzioni, e le soluzioni proposte dalla chirurgia della sordità – protesi e impianti – sono un valido aiuto in questo senso.

Nel bambino un difetto uditivo – se non diagnosticato e trattato precocemente – altera irreversibilmente i processi di acquisizione e sviluppo del linguaggio, ostacolando in modo consistente la comunicazione verbale, con gravi conseguenze nello sviluppo cognitivo, psichico, motorio e sociale. Ipoacusie, anche di lieve o media entità o monolaterali, se persistenti, determinano difficoltà nell'ascolto in presenza di rumore – ad esempio in una classe scolastica – e nella localizzazione delle sorgenti sonore – basti pensare a quanto questa capacità sia importante anche soltanto per attraversare la strada in sicurezza. Spesso la diagnosi di queste forme meno evidenti di sordità è tardiva, e un indizio può essere una ridotta performance scolastica. Grazie alla riabilitazione basata su protesi acustiche e impianto cocleare il nostro obiettivo attuale è di consentire uno sviluppo delle abilità uditive e del linguaggio tale da permettere l'ingresso del bambino ipoacusico nella scuola primaria assieme ai compagni normo udenti, e senza sostegno.

Così come avviene per i più piccoli, anche per gli adulti e soprattutto per i nonni è auspicabile il tempestivo intervento con protesi acustiche per evitare il precoce decadimento cognitivo. All'handicap uditivo è possibile rispondere con ripristino dei meccanismi biologici dell'udito, l'impianto di sistemi elettronici e il trattamento chirurgico della sordità. Il deficit uditivo è una delle disabilità più diffuse in tutte le fasce di età, con un enorme costo sociale ed anche economico. La percezione uditiva è, infatti, una funzione fondamentale per la comunicazione, e la sua diminuzione o perdita comporta notevoli limitazioni nella vita di relazione e professionale: è per questo che non va assolutamente sottovalutata.

Catetere venoso, attenti alle infezioni

In un sistema in cui l'invecchiamento della popolazione impone un deciso aumento dei ricoveri in strutture extraospedaliere, la gestione di accessi vascolari centrali (CVC e PICC) diventa un'operazione a cui prestare molta attenzione a causa del forte rischio di infezioni correlate. In questo approfondimento analizzeremo il perché è importante non trascurare nulla

Vanessa Cecchini
Infermiera Professionale

Negli ultimi anni la Sanità Pubblica ha dato sempre più valore, attraverso collaborazioni e convenzioni, al settore extraospedaliero per favorire un miglioramento sia quantitativo che qualitativo del sistema sociosanitario.
Ad oggi le strutture extraospedaliere rappresentano sul territorio una realtà importante, visto il progressivo invecchiamento della popolazione, la riduzione dei tempi di degenza e una politica di contenimento-riduzione dei costi propria dell'assistenza sanitaria pubblica. Le strutture private devono promuovere e garantire adeguati standard assistenziali attraverso l'adozione di programmi di sorveglianza e di prevenzione delle infezioni, che ad oggi rappresentano una delle principali cause d'impatto economico sia in termini di costi per l'aumento del tasso di ospedalizzazione di questi pazienti, sia in termini di morbilità e mortalità a spese del soggetto.
Secondo uno studio pubblicato da Plos Medicine, in Italia sono circa 450-700 mila i casi d'infezioni correlati alle pratiche assistenziali, e il 10% del totale è associato a infezioni dei cateteri intravascolari o CRBSI (Catheter Related Bloodstream Infection). Difatti il progressivo aumento nell'utilizzo di tali presidi ha determinato una sempre più alta incidenza di sepsi catetere intravascolare correlate.
La microbiologia delle sepsi da catetere venoso risulta essere dominata da microrganismi cutanei, come lo S. epidermidis, S. aureus, Bacillus spp e Corynebacterium spp, e da quelli che contaminano le mani del personale sanitario: Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp, Stenotrophomonas maltophilia, Candida albicans e C. parapsilosis. Emerge quindi l'importanza di un'adeguata gestione di tali presidi attraverso l'utilizzo di

pratiche cliniche e Bundle basati sulle evidenze scientifiche.
La gestione dei cateteri venosi centrali (CVC) acquisisce ancora più rilievo a livello extraospedaliero. I soggetti ricoverati in tali strutture sono spesso associati a quadri di comorbilità, compromissione delle difese immunitarie e scarso patrimonio venoso, per cui l'utilizzo di un accesso venoso stabile rappresenta un presidio essenziale nella loro gestione.
La prevenzione delle complicanze catetere correlate dovrebbe prevedere all'interno delle strutture protocolli di gestione e controllo delle CRBSI, attraverso metodi di misurazione e sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza, implementazione dei Bundle, inserimento e gestione dei cateteri venosi centrali a breve e medio termine, centralizzazione delle attività, formazione del personale interessato, attività di Audit dedicati al corretto posizionamento e gestione dei CVC.

Lo scopo finale nell'utilizzo e nella corretta attuazione di tali strumenti, è la grande ambizione del "Targeting Zero", ovvero la possibilità/necessità di azzerare le complicanze prevenibili.
Il "Targeting Zero" rappresenta un nuovo atteggiamento culturale, in grado di assicurare ai pazienti la maggiore sicurezza possibile in termini di rischio infettivo.
Sebbene l'obiettivo di minimizzare/azzerare le complicanze infettive associate a catetere vascolare, può essere ottenuto attraverso la combinazione di strategie comportamentali e d'innovazioni tecnologiche a basso costo e ad alta e provata efficacia, gli sforzi finalizzati a ridurre le infezioni correlate ai cateteri vascolari non hanno determinato il totale successo nei diversi ambiti di applicazione. Il raggiungimento di tali risultati è multifattoriale, ma la complessità organizzativa risulta la variabile di maggior influenza per l'applicazione delle evidenze scientifiche nei diversi settings d'assistenza.
Secondo il Rapporto Oasi del 2016, gli erogatori privati offrono servizi per conto del SSN per un valore pari a 24 miliardi, corrispondente al 21% dell'intera spesa sanitaria pubblica.
Cosi come per l'organizzazione funzionale della Sanità Pubblica, anche il settore extraospedaliero si compone di strutture di natura sia strutturale che organizzativa estremamente differenti tra loro. Qui troviamo infatti la coesistenza di grandi aziende con importanti capitali sociali e disponibilità di budget elevati, affiancate a strutture di piccole dimensioni e scarse disponibilità economiche.
Organismi così eterogenei prevedono mission specifiche e fabbisogni di governo completamente differenti tra loro.
Le grandi strutture, nell'ottica di garantire elevati standard assistenziali, necessari all'accreditamento e al prestigio aziendale, sono le prime ad aderire all'utilizzo di Bundle e a promuovere linee guida relative al Targeting Zero nelle infezioni da accesso vascolare, associate all'impiego di medicazioni a lento rilascio di clorexidina e medicazioni trasparenti e traspiranti.
L'adozione e la corretta applicazione di tali

procedure permette all'infermiere di gestire ottimamente gli accessi vascolari, abbattere il rischio d'infezioni, aumentare la qualità assistenziale e al contempo ridurre i carichi di lavoro.
Unitamente alla ricerca e alla disponibilità dei presidi raccomandati, è indispensabile per il personale medico e infermieristico implicato nella gestione degli accessi vascolari, essere sottoposti a periodiche attività di aggiornamento e formazione relative alle nuove evoluzioni scientifiche e al fine di garantire appropriatezza e corretto utilizzo delle risorse disponibili.
Ad oggi in Italia non esiste un sistema di sorveglianza stabile sul controllo delle infezioni, ciò deriva dall'assenza di un sistema di rilevazione attiva dei dati con personale dedicato, come ad esempio le Infection Control Nurses dei paesi anglosassoni.
L'attuazione di tale sistema potrebbe ampliare e migliorare notevolmente i risultati ottenuti dalle campagne di sensibilizzazione e prevenzione delle infezioni catetere vascolare correlate, oltre che favorire notevolmente le piccole e medie aziende del comparto extraospedaliero. Questa realtà è rappresentata per lo più da strutture residenziali e semiresidenziali spesso caratterizzate da budget ridotti, scarsa dimensione del sistema, gerarchie e politiche organizzative conformiste, oltre che dall'assenza di una rete di supporto tra il settore ospedaliero ed extraospedaliero.
Sebbene in letteratura, siano ormai ben codificate le procedure d'inserimento e di gestione delle relative complicanze catetere vascolare correlate, la vasta varietà di strutture extraospedaliere presenti sul territorio nazionale, vede ancora situazioni in cui il personale infermieristico si ritrovi a svolgere le proprie mansioni in assenza di adeguati protocolli operativi ed aggiornamento professionale sulle corrette indicazioni alla gestione e prevenzione delle CRBSI.
Inoltre la limitata presenza di personale medico adeguatamente formato all'interno della struttura, determina situazioni in cui all'insorgenza di una qualsiasi complicanza relativa al CVC, comporti l'indicazione alla centralizzazione del paziente per una consulenza specialistica presso un presidio ospedaliero.
Risultano pertanto evidenti i vari livelli di apprendimento e adozione delle campagne di sensibilizzazione contro le infezione catetere correlate, ancora una volta troppo improntate all'economia di gestione che alla loro efficienza.
Diffuso in ambito internazionale e in misura variabile sul territorio nazionale, un'importante innovazione potrebbe essere rappresentata dalla diffusione del "PICC TEAM", ossia un gruppo multiprofessionale composto da infermieri e medici che si occupano della gestione degli accessi intravascolari centrali, dal posizionamento fino alla gestione posttecnica.
Questo strumento rappresenta un importante modello organizzativo costo-efficacia ai fini dell'ottimizzazione dell'indicazione e dell'impianto di tali dispositivi.
In Italia risultano sempre più numerose le associazioni scientifiche che si stanno impegnando per una corretta divulgazione e valorizzazione della gestione dei presidi vascolari. Primo tra tutti il gruppo "Gli Accessi Vascolari Centrali a Lungo Termine" (GAVeCelT) che ha ottenuto la validazione del corso GaVeCelT "Tecniche di Nursing degli accessi vascolari" finalizzato ad addestrare gli infermieri sul posizionamento ecoguidato dei PICC e dei Midline.
Tale riconoscimento rappresenta un importante risultato per la valorizzazione dell'assistenza infermieristica, che con il suo operato mira al raggiungimento degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità assistenziale, relativa alla gestione degli accessi centrali attraverso l'adozione di comportamenti e abitudini già in essere, ma riorganizzati più efficacemente e sotto forma di procedura.
Inoltre, una diffusione omogenea ed efficace sul territorio nazionale dei team vascolari realizzerebbe la perfetta unione tra i presidi ospedalieri ed extraospedalieri per il sostegno e il miglioramento nella gestione degli accessi vascolari.
Il "PICC TEAM" rappresenta, quindi, la possibilità di un costante servizio di consulenza e gestione continua degli accessi venosi centrali, e allo stesso tempo uno strumento di prevenzione e gestione delle complicanze relative a tali dispositivi.

Il valore (nutritivo) della cucina orientale

I benefici della dieta mediterranea non sono in discussione, ma è innegabile che anche in Italia (e a tutte le età) subiamo il fascino della cucina esotica. Ecco quindi una guida ai valori nutritivi di alcuni alimenti tipici della cultura orientale che, scopriremo, possiedono anche ottime qualità terapeutiche

Massimiliano Genna
Redazione

La millenaria tradizione culinaria asiatica, esattamente come quella italiana, è costituita da una vasta quantità di ricette, tecniche e materie prime sconosciute in Occidente fino a pochi decenni fa, ma oggi ampiamente reperibili. Concentrandosi sulle cucine orientali più note in Italia, ovvero la cinese, la giapponese e la coreana, il tecnico ed educatore alimentare Andrea Calvo, esperto di ristorazione asiatica, racconta 10 cibi tradizionali analizzandone caratteristiche principali e proprietà nutrizionali.

Miso (Giappone)

Il miso è un condimento a base di soia gialla, orzo o riso, che viene lasciato fermentare in recipienti di legno per diversi mesi, in alcuni casi anche anni. Assume diverse colorazioni, dal giallo crema al marrone molto scuro, aumentando con la stagionatura il proprio aroma. Si possono individuare tre principali tipi di miso: quello d'orzo (muji miso), quello di riso (kome miso) e quello di sola soia (hacho miso). Grazie alla presenza di enzimi, lattobacilli e lieviti, il miso svolge un'efficace azione di stimolo per la digestione. Si usa, sciolto con un po' d'acqua, come base per minestre e zuppe, che possono essere servite calde e arricchite con verdure (ortaggi in foglie, patate, radici di daikon, cipolle e altro), alghe marine o tofu.

Tè matcha (Giappone)

È una bevanda che si ottiene da alcuni tipi di foglie di tè verde che vengono prima essiccate e poi polverizzate in modo da ottenere una leggerissima polvere della stessa consistenza della cipria. Esistono due tipologie di matcha: usucha, le cui foglie sono raccolte da piante più giovani di 30 anni, e il koicha che invece prevede l'uso di foglie di piante che superano i 30 anni. Si tratta in entrambi i casi di un tè speciale e prezioso, tanto che sta alla base della cerimonia del tè codificata anche nel rituale buddista. Il tè matcha contiene con-

centrazioni importanti di vitamina B1, B2 e C, oltre a beta carotene, polifenoli e caffeina. È ricco di antiossidanti e ha eccellenti proprietà digestive. Viene spesso utilizzato come spezia o colorante naturale nell'industria alimentare soprattutto per preparazioni dolciarie come mochi, gelati e biscotti.

Daikon (Cina, Giappone)
Definito ravanello cinese, appartiene alla specie Raphanus sativus e può raggiungere dimensioni nettamente superiori rispetto al ravanello comune (fino a un metro di lunghezza inclusa la radice) con una media di 25-35 centimetri. La forma è allungata e il colore è biancastro, tanto che visivamente somiglia ad una grande carota. In Italia è poco conosciuto ed impiegato, mentre in Giappone è l'ortaggio base di molte preparazioni, consumato sia crudo (in insalata) sia cotto (in stufati oppure in zuppe). Lo caratterizza un elevato contenuto in vitamine, ed è una pianta molto nutriente perché, come il ravanello, concentra le sostanze nutritive prima della crescita effettiva della pianta, per cui costituisce una riserva di nutrimento per il lungo periodo di sviluppo, dalla radificazione alla foliazione.

Wasabi (Giappone)
Le coltivazioni si dividono principalmente in due varietà: daruma wasabi, più scura e dal colore verde intenso, e mazuma wasabi, più chiara. Il wasabi fresco, ovvero il più pregiato, è chiamato honwasabi (wasabi originale) e, vista la difficoltà di coltivazione, è molto raro e costoso. In Giappone viene venduto generalmente in tubetti dalla "pasta" pronta all'uso, mentre la maggior parte dei ristoratori, per risparmiare, mischia abilmente il wasabi originale con la polvere di rafano occidentale (barbaforte o rafano rusticano). Il wasabi è un ottimo digestivo e ha proprietà disinfiammatorie che si avvicinano a quelle del paracetamolo. È anche ricco di vitamina C e di antiossidanti, tant'è che il suo utilizzo è annoverato nell'immaginario collettivo tra i motivi alla base della longevità nipponica. Infine, è un depurativo per l'organismo: espelle le tossine e contribuisce a pulire il fegato. Le lavorazioni più sofisticate e dispendiose prevedono l'uso della radice grattuggiata, come in Italia si fa con i tartufi.

Ramen (Giappone, Cina)
Si tratta di una zuppa di spaghetti di frumento (anche se qualcuno le chiama tagliatelle) accompagnata generalmente da elementi fissi: alcune fettine di arrosto di maiale, alghe marine secche, cipolotti, uova quasi sode e komaboko, ovvero un piatto giapponese preparato con surimi e pesce azzurro. Secondo tradizione, i ramen vengono divisi in quattro varianti in base al tipo di brodo: shio (brodo chiaro e salato), tonkotsu (realizzato con ossa di maiale), shòyu (molto scuro, a base di pollo e verdura) e miso. Ciò che conta per un buon ramen è in realtà il dashi, il brodo base nipponico, che aiuta a raggiungere l'umami, termine che in giapponese significa "saporito" e indica il quinto gusto (oltre a dolce, salato, aspro e amaro).

Kimchi (Korea)
Il kimchi è un cavolo di varietà napa (quello che noi conosciamo come cavolo cinese) e dà il nome anche alla sua lavorazione più conosciuta: viene messo sotto salamoia e poi fermentato con aggiunta di pasta di peperoncino e gamberetti salati (oppure fish sauce). Quando le verdure vengono conservate sotto sale diventano più croccanti. Per quanto possa piacere, però, difficilmente lo si mangia senza accompagnamento: è concepito per essere consumato insieme ad altri alimenti, in particolare il riso e altri ortaggi come carote e ravanelli. Il sale arresta la crescita della maggioranza dei microrganismi dannosi e favorisce la produzione di quelli utili. Questa

Il wasabi è un ottimo digestivo e ha proprietà disinfiammatorie che si avvicinano a quelle del paracetamolo. È anche ricco di vitamina C e di antiossidanti, tant'è che il suo utilizzo è annoverato nell'immaginario collettivo tra i motivi alla base della longevità nipponica

fermentazione produce amminoacidi e acido lattico, che conferiscono al kimchi un sapore particolare, molto diverso dal gusto originario. I lattobacilli prodotti durante la fermentazione sono utili all'organismo umano in quanto eliminano i batteri potenzialmente nocivi e rendono i vegetali crudi più facili da digerire. Il kimchi, inoltre, contiene le vitamine A, B1, B2, oltre a calcio, ferro, molte fibre e pochissime calorie.

Ginseng (Cina)

Ginseng è un termine che deriva dal cinese "rensheng", "uomo" in italiano, ed è utilizzato per indicare diverse specie di piante della famiglia delle Araliacee. In cucina viene impiegata la radice intera da grattugiare oppure in polvere, da aggiungere a brodi e zuppe. Viene anche lasciata invecchiare diversi mesi in liquori base (simili alle nostre grappe bianche) per ottenere una bevanda alcolica dal gusto simile a quello della liquirizia. È molto impiegata anche nella preparazione di dolci e bevande analcoliche rigeneranti. Il ginseng agisce a livello dell'asse ipotalamo-ipofi-sisurrene inducendo alla liberazione di cortisolo, l'ormone capace di migliorare la risposta allo stress psico-fisico. La sua azione riduce la formazione dei radicali liberi, causa dell'invecchiamento cutaneo. Agendo da antiossidante, limita i danni cellulari causa dell'invecchiamento precoce. Per questo motivo è spesso utilizzato l'estratto di ginseng per la creazione di prodotti cosmetici per il viso e per il corpo.

Pepe Sichuan (Cina)

Il pepe del Sichuan è una piccola bacca ottenuta dalle piante del genere Zhantoxylum ed è largamente utilizzata nei paesi asiatici come spezia. Il frutto è definito pepe perché ricorda le bacche di pepe nero, ma tra le due spezie non c'è correlazione. Il pepe del Sichuan ha un sapore particolare: non pungente, dopo l'ondata di piccante, presenta un lieve aroma di limone e si lascia alle spalle un leggero intorpidimento (causato dal 3% di hydroxy-alpha-sanshool in esso contenuto). Nella cucina cinese si accompagna spesso allo zenzero e all'anice stellato. Viene utilizzato solitamente per piatti a base di pesce, anatra, pollo e con le melanzane fritte. Si può trovare spesso sotto forma di olio, utilizzato, assieme a zenzero, zucchero di canna e aceto di riso, nella preparazione dei tagliolini saltati.

Panko (Giappone)

"Panko" è un termine della cucina giapponese che indica una sorta di pangrattato utilizzato in moltissime ricette. È realizzato con una base di pane bianco (pane in cassetta senza crosta) e si è soliti utilizzarlo come panatura per fritti garantendo sapore, leggerezza e croccantezza. Rispetto al pangrattato occidentale, il panko è leggermente diverso: la procedura per la sua realizzazione prevede che venga inglobata un po' di aria nell'impasto e che, una volta cotto, ne venga tostata e frullata la mollica. Il risultato è una panatura molto sottile che crea una superficie omogenea, come fosse un cuscinetto tra l'alimento e l'olio da frittura. Con questa procedura, i grassi eliminati non vengono riassorbiti e i piatti finali non si impregnano di olio, risultando più facilmente digeribili e ugualmente croccanti e gustosi. Può essere utilizzato su verdure, carni e pesce.

Olio di sesamo (Giappone, Korea, Cina)

L'olio di sesamo è estratto dai semi della pianta di sesamo, in botanica Sesamum indicu, della famiglia delle Pedaliaceae. A seconda della procedura seguita, ovvero del livello di tostatura dei semi, l'olio può essere di un colore giallo chiaro e un sapore delicato oppure avere una colorazione e un gusto più intensi. La cucina cinese, come quella coreana, predilige la versione più scura e saporita. L'olio di sesamo rappresenta uno dei condimenti base della cucina asiatica ed è utilizzato prevalentemente per saltare i cibi in padella e wok, soprattutto carne e verdure. Si usa anche per insaporire e raddensare salse, tipo quella usata per i gyoza giapponesi (ravioli di carne) o i dim sum cinesi (piccoli antipasti misti) che prevedono l'uso di salsa di soia e olio piccante di sesamo. L'olio di sesamo è ricco di acido oleico e di acido linoleico, fonte di acidi grassi essenziali omega 3 e 6. Contiene preziose vitamine con prevalenza di vitamina A, E, B1, B2 e B3. Infine contiene ben otto aminoacidi essenziali importanti per il cervello.

Una bevanda nutrizionale contro l'Alzheimer?

I risultati di una ricerca clinica pubblicati su The Lancet Neurology alimentano le speranze di un possibile rallentamento nel decadimento cognitivo tipico delle malattie da demenza come l'Alzheimer. Seguiamo il dott. Bianchetti, geriatra dell'Istituto Clinico S. Anna di Brescia, che declina per noi gli esiti dello studio

Angelo Bianchetti
Geriatra presso l'Istituto Clinico S. Anna di Brescia, componente del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia

Sono oltre 47 milioni in tutto il mondo le persone che soffrono di malattia di Alzheimer e si stima che tale numero sia destinato a raddoppiare ogni vent'anni, raggiungendo gli oltre 130 milioni nel 2050. In Italia sono circa 900mila le persone e le famiglie che affrontano quotidianamente la malattia, per la quale non esiste ancora una cura.

La malattia di Alzheimer si caratterizza per una progressiva perdita della memoria e delle altre funzioni cognitive e una conseguente disabilità, dapprima limitata alle funzioni più complesse (ad esempio guidare l'automobile o gestire la casa) e poi via via coinvolgente anche le funzioni di base quali vestirsi, curare l'igiene e infine alimentarsi e deambulare.

Il passaggio da una fase all'altra della malattia avviene in modo graduale ed è importante coglierne i primi segni per interrompere o almeno rallentarne la progressione.

Gli interventi di tipo terapeutico o preventivo dovrebbero quindi iniziare nelle fasi molto precoci, addirittura prima che si manifestino i segni conclamati della demenza, in una fase definita "Mild Cognitive Impairment" (deterioramento cognitivo lieve).

A questo proposito, da un nuovo studio europeo giunge la speranza di poterne arginare il progredire.

Recentemente, infatti, sono stati pubblicati sul prestigioso The Lancet Neurology i risultati di una ricerca clinica finanziata dal Settimo programma quadro della Commissione Europea, durata due anni e randomizzata. La sperimentazione, chiamata LipiDiDiet, ha permesso di appurare che assumere ogni giorno una bevanda nutrizionale specifica aiuta a migliorare i processi di memoria nei soggetti in una condizione di pre-demenza e riduce la progressiva atrofia del cervello tipica di questi soggetti, in particolare nella zona del cervello deputata ai processi di memoria denominata ippocampo.

Il prodotto testato è un alimento appositamente studiato per rispon-

dere alle specifiche esigenze dei soggetti affetti da malattia di Alzheimer in forma iniziale, che contiene "Fortasyn Connect", una specifica combinazione di nutrienti tra cui in particolare acidi grassi omega-3 (acido eicosapentaenoico – EPA, e docosaesaenoico – DHA), fosfolipidi, colina, uridina monofosfato, antiossidanti, vitamina E, vitamina C e selenio, vitamine del gruppo B: B6, B12 e acido folico.
Lo studio LipiDiDiet ha coinvolto 311 pazienti con Alzheimer in stadio iniziale (MCI) in 11 centri di quattro nazioni (Finlandia, Germania, Olanda e Svezia). I pazienti sono stati randomizzati per ricevere per due anni la bevanda funzionale in studio o una bevanda di controllo isocalorica.
L'endpoint primario dello studio, ovvero l'impatto sull'NTB, non è stato raggiunto, poiché il declino dell'NTB nel gruppo di controllo è stato inferiore alle attese, rendendo meno valida l'analisi statistica. Invece, i principali endpoint secondari hanno dimostrato vantaggi significativi per i pazienti trattati con l'intervento nutrizionale in studio: un minore peggioramento (45%) della scala CDR-SB (Clinical Dementia Rating-Sum of Box). La CDR-SB è una scala particolarmente importante, perché determina lo stadio di progressione della malattia valutando attività pratiche della vita quotidiana, come gestione della casa, delle finanze e di eventi importanti. Inoltre, si è riscontrata una minor atrofia cerebrale nel gruppo attivo, con una differenza del 26% per l'ippocampo e del 16% per il volume ventricolare, in confronto al gruppo di controllo.
La degenerazione cerebrale progressiva è tipica dell'Alzheimer, e il danno all'ippocampo è responsabile di molti dei problemi alla memoria associati alla malattia.
Nei 24 mesi di analisi, l'incidenza di eventi avversi è stata simile nel gruppo attivo e in quello di controllo.
"Sebbene questa bevanda funzionale non possa rappresentare una cura per l'Alzheimer, essa mostra in maniera evidente che prima si interviene, maggiore è il vantaggio per il paziente", ha affermato Tobias Hartmann, coordinatore del progetto LipiDiDiet. "È importante notare come la riduzione dell'atrofia cerebrale mostri che il beneficio non è solo sintomatico. Questo risultato non si era mai ottenuto prima".
"I risultati ottenuti sono molto importanti", ha dichiarato Hilkka Soininen, docente di Neurologia presso l'Università della Finlandia Orientale e a capo dello studio clinico del progetto LipiDiDiet, "poiché ci avvicinano alla comprensione dell'efficacia di interventi nutrizionali nella malattia di Alzheimer in fase prodromica, che siamo oggi in grado di diagnosticare con maggiore accuratezza, ma che non possiamo ancora trattare a causa della mancanza di farmaci approvati. Lo studio LipiDiDiet mostra che questa bevanda multinutriente può aiutare a preservare il tessuto cerebrale, la memoria e la capacità dei pazienti di svolgere attività quotidiane, la cui compromissione rappresenta probabilmente l'aspetto più drammatico della malattia".
Lo studio LipiDiDiet è il terzo studio clinico su questo intervento nutrizionale specifico a mostrare effetti favorevoli sulla memoria. I precedenti sono stati condotti su pazienti che avevano già sviluppato una demenza di Alzheimer lieve e hanno dimostrato che l'assunzione giornaliera dell'intervento nutrizionale multinutriente ha determinato un beneficio sulla memoria, migliorando misure della connettività funzionale e sinaptica a livello cerebrale.
Ha messo in luce "un risultato interessante perché fornisce ai clinici uno strumento di intervento in una fase della malattia nella quale non abbiamo a disposizione farmaci efficaci; il supporto nutrizionale specifico, insieme agli altri elementi dello stile di vita (attività fisica, dieta salutare e stimolazione cognitiva in particolare) e alla cura delle malattie croniche può rallentare il decorso della malattia di Alzheimer verso le fasi più gravi" ha infine commentato Angelo Bianchetti, geriatra presso l'Istituto Clinico S. Anna di Brescia, componente del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia.

È importante notare come la riduzione dell'atrofia cerebrale mostri che il beneficio non è solo sintomatico. Questo risultato non si era mai ottenuto prima

La teatroterapia in RSA

Giovanni Porta
Psicoterapeuta specializzato nell'utilizzo di metodologie artistiche nella relazione d'aiuto

Vincere le proprie paure e le resistenze emotive grazie al teatro. Questo lo scopo di una attività di estremo interesse per le RSA e di cui discuteremo grazie ad un esperto del campo: il dott. Giovanni Porta specializzato nell'utilizzo delle metodologie artistiche nella relazione d'aiuto

La teatroterapia è una tecnica di lavoro di gruppo che si posiziona a metà strada tra la psicologia e il teatro: infatti, usa tecniche derivate da entrambe le discipline per facilitare l'espressione delle emozioni e dei vissuti dei partecipanti, così da giungere alla loro elaborazione e condivisione in un'atmosfera accogliente e scevra da giudizi.
Di solito si rivela un modo divertente e spiritoso per osservare i propri problemi e rigidità da un punto di vista non convenzionale, arrivando anche a immaginare possibilità comportamentali insolite rispetto al proprio standard.
Tutti infatti viviamo in un ben definito "spazio di confort", una zona di comportamenti sicuri e persone ben conosciute, abitudini e regole, in cui ci riusciamo a muovere con naturalezza e senza troppo sforzo. Questo ci è utile per non perdere troppo tempo ed energie nel gestire situazioni "di routine", ma può rivelarsi controproducente nel momento in cui ci adagiamo eccessivamente sulle nostre consuetudini e certezze.
Se nella nostra vita non irrompe mai il nuovo, l'inaspettato, addirittura il temuto, finirà che prima o poi svilupperemo la sensazione che manchi qualcosa.
Una zona di confort troppo stretta, infatti, ci può ostacolare nel raggiungere ciò che vogliamo, i nostri sogni ed obiettivi, e spesso origina una pigra routine pseudo-depressiva in cui si fa largo ad ampie falcata la noia.
Una possibilità per ampliare i confini delle nostre abitudini è la teatroterapia, nei cui gruppi si lavora insieme per uscire dal consueto in un modo rispettoso, lasciando che ognuno decida autonomamente fin dove è disposto ad arrivare.
Il teatro è un mezzo potente per portare cambiamento e freschezza, in quanto permette di rappresentare situazioni di ogni tipo: reali, immaginarie, sogni, ricordi e fantasie. È un aggregatore di persone per sua stessa natura (il teatro infatti non si fa mai da soli, e anche il più abile attore di monologhi avrà bisogno di

una schiera di tecnici e assistenti per portare a termine uno spettacolo).
Le peculiarità della teatroterapia rispetto al teatro convenzionale sono due.
In primo luogo, le rappresentazioni sceniche che si producono in un laboratorio di teatroterapia non sono a carattere performativo, come nel teatro tradizionale: non si tenta di costruire uno spettacolo che incuriosisca e affascini il pubblico, ma di lavorare su temi importanti per la propria crescita personale attraverso il teatro. In altre parole, non si cerca il bello in senso assoluto, ma il buono per sé. Il teatro è il mezzo e non il fine.
In secondo luogo, nella teatroterapia non si parte di solito da testi scritti da autori importanti che poi gli attori sul palco recitano, ma sono le storie dei partecipanti a finire sul palco, fungendo da base per drammatizzazioni e role playing. Il teatro diventa il luogo in cui portare le scene irrisolte della propria vita: quelle volte in cui non ci siamo piaciuti o in cui si poteva fare meglio, e tramite la finzione scenica si può avere una seconda opportunità di cambiare, migliorare, evolvere e incamminarsi verso ciò che vorremmo diventare. E avvicinarsi anche se di poco al proprio ideale ha importanti conseguenze sull'autostima.
Naturalmente, non è scontato trasporre le conquiste raggiunte sulla scena teatrale all'interno della propria vita di tutti i giorni, ma aiuta. Immaginiamo che io sia così timido e riservato da non riuscire a parlare con le persone che mi interessano. In un laboratorio di teatroterapia posso, con il sostegno del gruppo, sperimentare come mi sento vincendo questa mia difficoltà, scoprire la sensazione conseguente al superamento dei rischi che nella vita di tutti i giorni ancora non riesco a sostenere.
Friz Perls, fondatore della psicoterapia della gestalt, ha parlato in molte sue opere di "saggezza del corpo", ma che significa? In pratica, che ogni individuo è naturalmente attratto dalle sensazioni di piacere, pace e realizzazione. Dunque, quando

> Non è scontato trasporre le conquiste raggiunte sulla scena teatrale all'interno della propria vita di tutti i giorni, ma aiuta

facciamo qualcosa che ci permette di sentirci bene, è facile che tenderemo a riprodurre quel comportamento: quando ad esempio a teatro riuscirò a superare la timidezza e a dichiarare il mio amore alla donna che sogno o il mio sdegno per un comportamento che non sopporto, è come se mi stessi allenando in una realtà metaforica per poi mettere in atto quegli stessi comportamenti nella realtà vera.

Il teatro è un mezzo artistico fondamentale perché separa dalla realtà quel tanto che basta per poter applicare senza pericolo le nostre potenzialità creative e immaginative.

Nello specifico di un contesto di RSA, la teatroterapia può essere utilizzata sia con gli utenti che con gli operatori.

Partiamo dai primi.

Molti studi hanno ormai ampiamente dimostrato l'importanza di avere relazioni amicali significative per "invecchiare bene" e più attivamente. La teatroterapia può sicuramente rispondere a questa necessità e presenta un ulteriore vantaggio per le persone che, in età avanzata, presentano difficoltà di movimento e socializzazione. Permette infatti di esprimere e condividere nella metafora artistica i propri vissuti, anche quelli scomodi come la solitudine e la paura, invertendo la rotta di un processo di isolamento che genera intense sofferenze. Anche solo la possibilità di poter dire chiaramente come ci si sente in mezzo a persone che condividono – per condizione esistenziale – la maggior parte dei nostri vissuti genera un importante sollievo, perché ci si rende conto di non essere gli unici in quella parte della vita, e che fino all'ultimo momento possiamo avere un'esistenza degna di essere vissuta.

> La teatroterapia può costituire un mezzo di lavoro utile e potente all'interno del contesto di una RSA

Tra gli utenti, questo tipo di lavoro può permettere l'instaurarsi di proficue relazioni di amicizia o almeno reciproco sostegno, risultando anche una divertente alternativa alle solite attività ricreative.

Il particolare taglio del laboratorio, poi, va studiato appositamente per la specifico gruppo di persone che vi partecipa. In un gruppo in cui i partecipanti godono di buona salute e presentano sufficiente mobilità, sarà bene proporre esperienze di movimento espressivo magari su base musicale. Invece, in un gruppo composto da persone più anziane e meno mobili, sarà bene privilegiare esperienze più statiche, quali la scrittura e il disegno. In entrambi i casi, però, l'uso della metodologia artistica offrirà ai partecipanti una preziosa occasione di espressione e socializzazione.

Passiamo ora ad analizzare come la teatroterapia possa venire utilizzata con gli operatori di RSA, in particolare come essa possa divenire un importante strumento di supervisione e affinamento delle competenze all'interno dell'équipe. Nella mia esperienza con vari gruppi di lavoro, il role playing (cioè lo scambio di ruoli) ha spesso dato buoni risultati per gestire situazioni difficili sia con gli utenti che tra colleghi.

Oltre all'elemento ludico insito nell'interpretare proprio il ruolo della persona con cui si hanno difficoltà di relazione, il particolare valore di questa tecnica sta nel capovolgimento dei punti di vista. Interpretandola, si arrivano a comprendere le ragioni dell'altra persona e di conseguenza risulta molto più facile dirimere i conflitti. La maggior parte di essi, infatti, deriva proprio dalla mancanza di comunicazione e reciproca comprensione. La teatroterapia viene dunque in soccorso agli operatori, permettendo anche di attivare un circolo virtuoso di condivisione delle competenze tra pari. Se, infatti, io interpreto l'utente con cui ho difficoltà a relazionarmi, qualche collega dovrà interpretare me e io potrò imparare da lui modi comportamentali che magari sono fuori dalle mie abitudini. Tutto questo, se accompagnato da un ordinato lavoro di organizzazione, risulta normalmente molto utile nella prevenzione di fenomeni di "esaurimento professionale" quali il burnout, oltre ad avere positive ricadute sull'utenza.

La teatroterapia può dunque costituire un mezzo di lavoro utile e potente all'interno del contesto di una RSA, se messo in atto da professionisti con esperienza e capacità di mettersi, per primi, in discussione.

Brain fitness, di cosa si tratta?

Per gentile concessione dell'Istituto Auxologico: https://www.auxologico.it/approfondimenti/brain-fitness
(tratto dall'intervista rilasciata alla giornalista Paola Scaccabarozzi)

Monica Agostoni
Responsabile Servizio Geriatria

Tenere la mente allenata è una delle chiavi per migliorare la qualità della vita durante tutte le fasi dell'invecchiamento. Grazie a questo approfondimento la dott.ssa Monica Agostoni ci riassume il perché e come fare a stimolare l'attività cognitiva sia in casa che fuori

Brain fitness, cosa significa?
Riscoprire la passione per la musica, il desiderio di approfondire lo studio delle scienze o della storia. Lasciarsi ammaliare dalla bellezza di un'opera d'arte o dalla riscoperta di ciò che si pensava di aver totalmente dimenticato.

A che età? Aiuta contro l'invecchiamento?
Anche per gli anziani c'è la possibilità di tornare sui banchi di scuola. Le università per la terza età sono molto diffuse in Italia e trovarle è molto semplice, basta cliccare su un motore di ricerca il nome del luogo in cui si abita e la dicitura "Università della terza età o del tempo libero".

Parteciparvi costituisce un'esperienza importante da più punti di vista. Innanzitutto, utilizzare il cervello per apprendere nuove nozioni o approfondire quelle già acquisite aiuta a mantenere le proprie abilità cognitive.

Il cosiddetto Brain Fitness che stimola la funzionalità delle cellule neuronali e i circuiti cognitivi, ritardando l'eventuale insorgenza di patologie dell'anziano, come la demenza senile o la malattia di Alzheimer.

Quale il segreto perché funzioni bene?
È importante che la materia scelta appassioni: qualunque stimolo al ragionamento è utile, non ci sono argomenti o materie che funzionano meglio di altre. La regola è ciò che interessa.

La molla del piacere è fondamentale perché di per sé facilita la comprensione e funge da stimolo.

L'Università della Terza Età funziona?
La frequenza alla Università della Terza Età permette all'anziano di socializzare, di estendere la propria rete di conoscenze e amicizie.

Spesso, con il passare degli anni ci si trova soli: i figli sono occupati con la propria nuo-

va famiglia e il lavoro, alcuni tra gli amici coetanei sono magari deceduti o malati, altri sono, a loro volta, occupati nella gestione dei nipoti. E la mancanza di relazioni sociali può essere veramente deleteria per l'anziano che, trovandosi solo, sarà più portato, per esempio, alla depressione.

Frequentare un corso all'Università della Terza Età può prevenire l'isolamento e "costringere" l'anziano autosufficiente a muoversi, a uscire di casa. È questo un altro fattore importante e di grande aiuto per chi non è più giovanissimo. Uscire, camminare è salubre da tutti i punti di vista. Fa bene al fisico e all'umore.

E per chi non riesce ad uscire di casa?
Chi, invece, ha qualche difficoltà ad uscire di casa può stimolare la mente coltivando le proprie passioni di un tempo o cimentandosi in nuovi interessi. Dalla lettura all'attività enigmistica e, perché no, anche all'utilizzo del computer. Un corso di informatizzazione di base da seguire anche a domicilio potrebbe essere stimolante, utile e, al tempo stesso, divertente per chi non è più giovanissimo. Potrebbe essere anche un modo per comunicare con i nipoti lontani…

La ricerca lo conferma: il computer aiuta la memoria.
Che l'informatica possa costituire un ottimo esercizio di brain fitness lo conferma anche un recente studio dell'Università della California pubblicato sull'American Journal of Geriatric Psychiatry.

Le ricerche in geriatria hanno dimostrato che chi usa regolarmente un proprio PC riporta significativi miglioramenti della memoria e anche delle competenze linguistiche.

L'indagine è stata condotta su un gruppo di sessantanove partecipanti non affetti da demenza con un'età media di ottantadue anni. Partecipanti che sono stati invitati ad allenare la mente con gli oltre quattrocento esercizi di memoria a breve e lungo termine, lingua, elaborazione visuo-spaziale, ragionamento, problem solving e capacità di calcolo del programma.
Delle 69 persone coinvolte, le 52 sottoposte ad un periodo di sei mesi con almeno quaranta sessioni di venti minuti trascorse a giocare con il software hanno mostrato notevoli miglioramenti sia nelle funzionalità della memoria sia nelle abilità linguistiche.

Questa ricerca è solo una delle tante che mette in rilievo il successo dell'utilizzo della tecnologia informatica per preservare e migliorare le prestazioni cognitive.

La Comunità Scientifica Internazionale ha ormai avallato l'efficacia del training cognitivo computerizzato per l'incremento delle capacità cognitive utili come prevenzione anti-ageing e indispensabili nelle svariate situazioni in cui si presentano alterazioni intellettive, come il morbo di Alzheimer, le demenze senili di diversa natura e i deficit cognitivi di bambini e adolescenti che soffrono di svariate patologie.

Il concetto di "esercizio mentale" si basa sul presupposto che, attraverso una serie di esercizi ripetuti, si possano migliorare le proprie prestazioni mentali, analogamente a quanto avviene per il sistema motorio grazie all'esercizio sportivo.

La qualità (e il valore) del tempo libero

Gabriella Casu
Terapista Occupazionale

Michele Senatore
Terapista occupazionale, presidente AITO

Il tempo libero costituisce una delle più importanti risorse a disposizione degli anziani. Nelle ultime stagioni dell'esistenza i carichi di vita legati all'attività lavorativa e alla cura dei figli tendono a comprimersi mentre si dilata il tempo libero. Nelle ultime indagini ISTAT si rileva una flessione significativa nella soddisfazione per il tempo libero in tutte le fasce anziane. In un recente studio, Lette *et al*. (2017) esplorano gli interessi degli anziani, tenendo conto di tutti i domini della vita. Esso fornisce importanti punti di partenza per migliorare le iniziative di diagnosi precoce allineandole con i loro bisogni e le loro preferenze. Dallo studio è emerso che le persone anziane potrebbero avere un migliore controllo di "sé" quando autorizzati e abilitati a fare le cose che sono ancora in grado di fare. Le persone anziane hanno spesso menzionato l'importanza di avere relazioni e una rete sociale, evidenziando l'importanza di partecipare alle iniziative del tempo libero e di rimanere interessati alla società.

Ma come definire le attività del tempo libero, le attività ricreative?
La ricreazione è un'attività che le persone praticano durante il loro tempo libero. Essa è apprezzata e riconosciuta come valore sociale (Hurd, Anderson, 2011).
La letteratura riflette una significativa disparità nell'impegno per le attività del tempo libero da parte dei residenti delle case di cura rispetto alla partecipazione al tempo libero di una popolazione anziana tipica. Gli anziani che vivono in ambienti di cura trascorrono fino al 69% del loro tempo durante il giorno in comportamenti inattivi, descritti come non impegnati (Morgan-Brown *et al*., 2011). McKenna *et al*. (2007) hanno esaminato l'utilizzo del tempo per una tipica popolazione anziana e hanno scoperto che i partecipanti spendono circa il 30% del loro tempo giornaliero in occupazioni per il tempo libero. Solo il 48,7% delle persone istituzionalizzate è impegnato in attività ricreative rispetto al 92% degli anziani in età abitativa (Vitorino *et*

Spesso abusato, il concetto di "attività ricreativa" ci riporta all'importanza di mantenere il nostro contatto con la società a cui apparteniamo. In modo particolare per gli anziani questo rappresenta un metodo per scongiurare l'isolamento e la solitudine

al., 2013). L'autonomia e la scelta nelle attività quotidiane sono i precursori del benessere e della qualità della vita (Bradshaw *et al*., 2012; Schenk *et al*., 2013).

Inizio modulo

Il coinvolgimento in attività del tempo libero ha un impatto significativo sulla salute e sul benessere della popolazione che invecchia. Il tempo libero è stato associato a miglioramenti della forma fisica e della salute (Francesco *et al*., 2004; Palacios-Cena *et al*., 2011), al miglioramento del benessere mentale e al mantenimento delle capacità cognitive (Cheng *et al*., 2014), così come alla creazione di nuovi ruoli nella vita futura, al miglioramento del senso di identità e alla costruzione di relazioni sociali soddisfacenti (Dube & Choyal, 2012).

Il Modello LEQoL-NH (*Model of Leisure Engagement for Quality of Life in Nursing Home Residents*) si propone di dimostrare l'interrelazione tra i seguenti fattori: principi di giustizia occupazionale, teoria della continuità, coinvolgimento nel tempo libero e conseguente qualità della vita. Quando i residenti delle strutture socio-sanitarie sono riconosciuti come esseri occupazionali e sono abilitati all'impegno occupazionale, mostrano maggiore partecipazione alla vita. Il coinvolgimento nell'occupazione stessa non è sufficiente per promuovere una qualità della vita ottimale se l'occupazione non è significativa o valutata dal residente. Le persone che vivono nelle case di cura hanno spesso accesso a svariete attività, ma le opportunità per il coinvolgimento nel tempo libero sono in genere limitate. La partecipazione al tempo libero è stata identificata da alcuni residenti come un determinante significativo della qualità della vita complessiva (Hall *et al*., 2011). I principi della giustizia occupazionale devono essere incorporati per una promozione ottimale della qualità della vita per i residenti delle case di cura.

Al residente potrebbero essere forniti ausili individualizzati per il coinvolgimento nel tempo libero, ma con una mancanza di considerazione degli interessi e dei valori permanenti, gli stessi potrebbero sperimentare una qualità della vita limitata dovuta all'inadeguato mantenimento dell'identità centrale e del senso del sé. Le persone con demenza possono non essere in grado di esprimere i loro desideri. Tuttavia, questi interessi possono emergere attraverso la comunicazione con il caregiver, di modo che l'anziano possa essere coinvolto in occupazioni per il tempo libero piacevoli e di valore. Il residente potrebbe non essere in grado di richiedere da solo queste attività che possono supportare sentimenti di competenza e successo.

Padilla (2011) ha completato una revisione sistematica della letteratura per valutare l'efficacia dell'adattamento delle attività ricreative e di auto-cura per le persone con malattia di Alzheimer e altri tipi di demenza. Dalla stessa è emerso che l'adattamento può essere una tecnica utile per migliorare la partecipazione alle occupazioni.

Molti degli studi inclusi hanno affrontato la formazione del caregiver per modificare le attività di modo da promuovere con successo la partecipazione dell'anziano, attraverso risultati positivi come una migliore qualità della vita e una maggiore performance nelle attività del tempo libero.

Le attività ricreative sono parte integrante del programma Gentlecare (ideato dalla terapista occupazionale Moyra Jones) assieme agli impegni della vita quotidiana che la persona svolge abitualmente nell'arco della giornata, dallo svegliarsi, lavarsi, vestirsi, alle attività sociali. Nel Gentlecare queste azioni vengono considerate parte integrante del percorso, dando priorità alle abitudini del paziente e non a quelle precostituite che generalmente le strutture socio-sanitarie impongono. Nel modello Gentlecare le più efficaci attività fanno parte della vita quotidiana della persona e rispecchiano gli interessi, i valori, le attitudini, gli hobby che gli anziani si erano coltivati in passato. Utilizzare questo programma porta a un considerevole beneficio terapeutico rispetto ad altre procedure che propongono mansioni standardizzate che possono non interessare all'anziano e risultare pertanto noiose e pesanti.

Il modello Vivaio, sviluppato in Italia dalle colleghe Julie Cunningham e Carolina Gibertoni, contiene al suo interno la "Lista degli interessi", un elenco di sessanta attività che il terapista

compila con l'utente, in modo da conoscere meglio quali sono le sue preferenze.
Le attività svolte con il terapista occupazionale non sono mai scelte solo dall'operatore e risultano significative per la persona. Il terapista le studia in modo che possano essere eseguite anche solo in parte. L'attività in cucina può essere semplificata e anziché svolgere un ricamo complesso si può provare con uno più facile; invece di tessere una maglia è, semplicemente, possibile far sentire la lana al tatto.
In alcune strutture socio-sanitarie, il terapista occupazionale lavora in collaborazione con l'educatore per lo svolgimento delle attività ricreative o dei laboratori. A causa dei tempi e dell'organizzazione, però, non è sempre possibile personalizzare le attività per ogni singolo utente e pertanto le attività vengono spesso svolte con più persone. Queste dovrebbero includere persone con inclinazioni simili e con livello cognitivo più o meno omogeneo, di modo da non creare un eccessivo divario tra le singole capacità. Queste attività di gruppo favoriscono la socializzazione e la condivisione dell'esperienza che si sta vivendo, temporanea o meno. Durante le attività di gruppo gli utenti rievocano il tempo in cui svolgevano quella determinata attività, la descrivono, stringono alleanze e si confrontano, acquisiscono consapevolezza delle loro capacità, si spronano a vicenda. È utile a volte avere persone "complici", che aiutano l'operatore a raggiungere l'obiettivo stabilito con un altro paziente. Questa collaborazione responsabilizza il primo dandogli un ruolo preciso nel gruppo, e valorizza anche il secondo che stimolato da un "pari" trova magari maggiore motivazione.
La competizione tra pazienti, di cui non si parla spesso, è un elemento da tenere in considerazione in questi contesti. È la natura umana che fa sì che una persona guardi le azioni del vicino facendo vedere che la "sua erba è sempre più verde", facendo notare i miglioramenti altrui per confrontarli con i propri, provare per questi ansia, frustrazione o emozione, soddisfazione. Tutti questi elementi sono da considerare anche in una semplice attività ricreativa che, come dicevamo, da definizione non deve necessariamente essere produttiva.

Altro elemento da sottolineare è che l'attività ricreativa non si svolge solo nelle residenze sanitarie assistenziali, ma anche negli istituti riabilitativi. La persona non ha bisogno solo di migliorare funzioni e autonomie, ma anche di un "ponte con la realtà", un legame con ciò che è fuori dalle mura protette e sicure dell'istituto, uno spazio e un tempo in cui si vive assieme in maggior leggerezza, seppure con la propria disabilità, ma che permetta di tenere sempre a mente che vi è possibilità di partecipare ancora, di "essere" ancora e di "fare" ancora. Così, anche una tombolata, un cruciverba collettivo, un quiz, una gara di dolci o il giardinaggio, acquisiscono un valore nuovo, diventano motivo di incontro e svago, e permettono una migliore qualità di vita anche in una situazione di ansia, paura e incertezza.

Bibliografia

Causey-Upton (2015) - A Model for Quality of Life: Occupational Justice and Leisure Continuity for Nursing Home Residents - Physical & Occupational Therapy In Geriatrics, 33(3):175–188, 2015
Hurd, Anderson (2011) – The Park and Recreation Professional's Handbook With Online Resource - Cloth Pass/Kycd
Lette M, Stoop A, …De Bruin S. (2017) - Improving early detection initiatives: a qualitative study exploring perspectives of older people and professionals - BMC Geriatrics 17:132

Il tempo libero è stato associato a miglioramenti della forma fisica e della salute, al miglioramento del benessere mentale e al mantenimento delle capacità cognitive

Alzheimer e Parkinson, un aiuto a 4 zampe

Inauguriamo in questo numero una nuova rubrica dedicata verticalmente alla pet therapy. Grazie alla nostra esperta, Spartia Piccinno, presidente dell'Associazione Italiana Pet Therapy, approfondiremo aspetti teorici e pratici dell'interazione tra pazienti e animali

Spartia Piccinno
Presidente e fondatrice dell'Associazione Italiana Pet Therapy

Tra tante approssimazioni e qualche (indebita) inesattezza, attorno al mondo della pet therapy aleggia ancora troppa confusione. Ed è proprio per questo motivo che noi della rivista Residenze Sanitarie abbiamo scelto di inserire una rubrica dedicata.

Cosa si intende (veramente) per pet therapy? Quali sono i suoi benefici sui pazienti? Quali i canoni da rispettare per poter parlare di un servizio qualitativamente certificato? Entriamo nel merito.

Le aree di intervento di questa disciplina sono molto numerose e le percorreremo tutte nel corso di quest'anno approfondendole grazie al contributo di una vera esperta del settore, la dott.ssa Spartia Piccinno, presidente e fondatrice dell'Associazione Italiana di Pet Therapy, che lavora da anni con grande passione e si spende per garantire che questa disciplina sia conosciuta ed applicata nel modo più completo possibile. Per parlare di pet therapy con cognizione di causa non basta, ci spiega la dottoressa, ridurre la faccenda ad una mera compagnia di un animale domestico, perché la pet therapy è una terapia vera e propria condotta da professionisti qualificati e basata sui benefici dell'interazione tra pazienti e animali (cani, gatti, cavalli, asini e conigli). Lo scopo di questa disciplina è chiaro: vuole essere un supporto terapeutico per persone affette da disturbi fisici o psichici e per bambini con difficoltà di relazione o di apprendimento.

La dottoressa Piccinno ci condurrà quindi in un percorso di apprendimento ragionato, destinato a chiunque voglia accostarsi alla materia in modo serio e completo grazie ad un ampio bagaglio di conoscenze e frutto dell'esperienza di anni. Partiamo oggi analizzando quanto la pet therapy possa fare per pazienti adulti affetti da Alzheimer e Parkinson, di fatto due dei più frequenti ambiti di applicazione che possono avere numerosi risvolti positivi.

Il morbo di Alzheimer

Il morbo di Alzheimer è caratterizzato dal crollo del sistema di trasmissione degli stimoli nervosi in determinate regioni del cervello. A causa dei danni irreversibili apportate alle cellule nervose, una persona affetta dal morbo di Alzheimer presenta caratteristiche specifiche:

- difficoltà a imparare cose nuove;
- disorientamento temporale;
- incapacità di orientarsi nello spazio;
- incapacità di riconoscere persone e cose;
- difficoltà a concentrarsi e a mantenere l'attenzione;
- progressiva perdita della capacità generale di percezione;
- progressiva perdita della capacità di esprimersi verbalmente.

Il morbo di Parkinson

È caratterizzato da sintomi specifici, che nello stadio avanzato sono:

- tremore a riposo;
- rigidità;
- difficoltà nell'apparato motorio (acinesia);
- mimica facciale difficoltosa o inesistente, altrimenti definita *"maschera"*;
- disturbi nel linguaggio, eloquio lento e monocorde.

Persone affette da Parkinson o Alzheimer vivono una lenta e graduale perdita di capacità prima motorie, poi verbali e cognitive, cadendo spesso in una profonda depressione.
La situazione di confusione e disorientamento, la sensazione di paura, rabbia, insicurezza e frustrazione non gli permettono di mantenere deste le capacità.

Come ci poniamo di fronte a questi problemi? Quali possono essere gli obiettivi?

L'Alzheimer, così come il Parkinson, sono sindromi a caratteristica progressiva o a stadi; il primo obiettivo è di mantenere le capacità di concentrazione, di coordinazione, di deambulazione e di linguaggio.
Offriamo al soggetto la possibilità di relazionarsi con il cane proponendo giochi semplici in cui la persona si senta coinvolta direttamente e da cui trarre beneficio.
È molto importante esprimersi con parole semplici e ampliare la comunicazione con gestualità e mimica, in modo da mettere il soggetto a proprio agio. Questa chiarezza comunicativa sarà molto utile anche per i messaggi che arriveranno al cane, il quale potrà capire immediatamente l'attività proposta.
Un ulteriore elemento di facilitazione della relazione, e quindi della comunicazione, sarà favorire il contatto oculare tra il soggetto, il cane e l'operatore in modo da favorire, e quindi facilitare con l'espressione del viso, la comunicazione di emozioni, sentimenti e desideri.
Sarà comunque assolutamente indispensabile fare un piano individualizzato e personalizzato, in modo da focalizzare i punti di forza del soggetto e favorire la relazione e la soddisfazione per entrambi: cane e paziente.

> È molto importante esprimersi con parole semplici e ampliare la comunicazione con gestualità e mimica, in modo da mettere il soggetto a proprio agio

Caso clinico seguito con terapia psicomotoria assistita con animali (metodo registratao SIAE - diritti d'autore)

Natalina, 79 anni e Senape.
Natalina arriva in sedia a rotelle anche se può ancora deambulare, l'animatrice mi dice che sua figlia ha un cane a casa e che quando viene a trovarla Natalina lo tiene in braccio e sorride contenta.
Io guardo la signora e aspetto di cogliere una qualche espressione del viso che possa farmi capire il tipo di emozione che prova. All'improvviso volge lo sguardo verso le fette biscottate che avevo lasciato sul tavolo in modo che fossero visibili, le prendo, mi avvicino e mi siedo sulla sedia accanto alla signora; spezzo il cibo e allungo il braccio verso di lei mentre nel frattempo il cane si è già avvicinato e aspetta impaziente il suo pezzo. Natalina muove la mia mano verso il cane e mi fa capire che devo darglielo, quindi lo lascio cadere per terra, la signora ride e mi guarda,

e a quel punto le dico che può farlo da sola, ma lei mi risponde che le trema la mano. Le mostro che in quel momento la mano non sta tremando e le chiedo di provare. Natalina con un gesto sicuro dà il pezzo direttamente in bocca al cane, recuperando dalla sua memoria un gesto automatico e naturale che la rende molto felice.
Passano velocemente almeno dieci minuti in cui Natalina non si preoccupa delle condizioni della sua mano, sta con il cane, sorride e non parla, mentre lascio la situazione completamente autonoma tra lei e Senape. Propongo successivamente e con molta calma di accarezzare il cane, chiedo a Senape di salire in braccio, che arriva con un balzo veloce. Natalina si tira indietro con la schiena, quasi spaventata da un movimento così veloce e inaspettato, ma un attimo dopo ride di cuore e allunga la sua mano verso Senape. Osservo e faccio notare alla signora che la sua mano è ferma e il suo gesto, ancora una volta, deciso e diretto. Nei successivi incontri Natalina mostrerà interesse per ogni cane che porterò con me, in un incontro, dopo circa quattro mesi di lavoro, riesce a rivolgersi a me chiamandomi con il nome del cane, mi chiama Senape e con molta soddisfazione mi avvicino a lei con in braccio il cane, che a quel punto tiene in braccio da sola.

Questa occasione mi dà la possibilità di intuire che spesso il cane e l'operatore vengono vissuti dal soggetto come un'unità e questo rende possibile un approccio migliore da parte dello stesso, che non individua una diversità sostanziale nel rivolgersi alla persona e al cane in contemporanea. Infatti ogni azione o parola rivolta al cane viene mediata e plasmata dall'operatore al fine di realizzare la soddisfazione del soggetto che deve poter pensare di aver agito direttamente con il cane.
Le animatrici, attraverso il lavoro di sostegno della memoria a breve termine, mi raccontano che in un'occasione mostrò la foto di Senape alla figlia, la quale chiese spiegazioni alla mamma che parlò del cane come fosse il suo.
L'altro aspetto da sottolineare è stato sicuramente la migliore capacità di coordinamenti degli arti superiori, che mi dissero durare per l'intera giornata dell'incontro.
Questa signora mi è rimasta particolarmente impressa per la sua capacità di restare da sola con Senape anche se intorno aveva gente, per l'immediatezza della risposta quasi ci aspettasse da tanto tempo anche se il suo corpo non sempre rispondeva ai suoi comandi, per il sorriso disarmante quando con gli occhi un po' lucidi ci salutava vedendoci andar via.

Da 35 anni l'unica in Italia

EXPOSANITA'

MED • CARE • INNOVATION

21ª mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza

18 | 19 | 20 | Tutti i Saloni

Solo: Horus, Mit, Primo Soccorso | **21 aprile 2018**

BolognaFiere

ACQUISTA ONLINE IL TUO BIGLIETTO INGRESSO

Registrati per ottenere un ticket* al costo di **15,00** euro anziché a ~~25,00~~ euro

*Il biglietto è valido come abbonamento, consente l'accesso diretto in fiera per le 4 giornate di manifestazione.

Il 20 e 21 aprile in contemporanea con

COSMOFARMA EXHIBITION

Seguici su

In collaborazione con

Bologna Fiere

www.exposanita.it

Progetto e direzione

senaf MESTIERE FIERE

Gruppo tecniche nuove

Il CDI del "Girola-Don Gnocchi"

Il Centro ha annunciato che estenderà il suo servizio anche nel weekend. Quella che vi presentiamo oggi in queste pagine non è unicamente una struttura di eccellenza, ma rappresenta un esempio di assistenza completa capace di svolgere un ruolo sociale significativo facendo la differenza per molti anziani residenti a Milano

a cura della
Redazione

Un servizio di qualità, un'assistenza professionale e una presenza costante accanto alle persone anziane e più fragili. Il Centro Diurno Girola è in grado di accogliere un numero massimo di 40 utenti che, durante la giornata, vengono coinvolti in attività stimolanti, con l'obiettivo di rallentare il deterioramento fisico e cognitivo. Dal mese di maggio di quest'anno il centro offre un prezioso sostegno in più alle famiglie che accudiscono a casa i loro cari, offrendo loro supporto anche nelle giornate di sabato e domenica.

Nasce con questi obiettivi il potenziamento dell'offerta a favore delle persone anziane messo in campo dal Centro 'Girola-Don Gnocchi' di Milano (zona Niguarda), che ha esteso anche all'intero weekend l'apertura del Centro Diurno Integrato (CDI), rispondendo a un bisogno espresso da tante famiglie, gravate da una gestione domiciliare, spesso complessa e impegnativa.

Chi si occupa della gestione quotidiana delle persone anziane più fragili presso le loro abitazioni sono generalmente le famiglie, nello specifico i coniugi o i figli. L'età media del caregiver è di circa 75/80 anni e presenta una serie di difficoltà legate, soprattutto, alla condizione di elevato stress psicologico e fisico che questo genere di assistenza li sottopone tutti giorni.

"*Il Centro Diurno Integrato* – spiega Antonio Troisi, direttore del Centro 'Girola' – *punta a garantire alle famiglie un importante supporto anche durante il fine settimana, un momento in cui spesso altri presìdi o operatori assistenziali osservano il turno di riposo settimanale o sono comunque meno disponibili. Il nostro Centro Diurno rimane invece in funzione anche il sabato e la domenica, con un'apertura straordinaria*

dalle ore 9 alle 19, durante la quale sono garantiti tutti i servizi di tipo sanitario, assistenziale e riabilitativo".
Il CDI si caratterizza come *luogo di vita collettiva*, ma è chiamato a sviluppare una sempre maggiore *personalizzazione*, organizzando gli spazi e le attività richiamando gli stili di vita della famiglia.

La giornata tipo del Centro Diurno Integrato del 'Girola' si caratterizza per i vari momenti, quali:

- al mattino si apre la giornata con la colazione mattutina, la ginnastica di gruppo, l'attività di animazione e stimolazione cognitiva, il laboratorio manuale, il pranzo;
- al pomeriggio, dopo un breve relax, si prosegue con giochi motori e musica, laboratorio manuale, la merenda pomeridiana e l'attività di animazione.

E il tutto avviene sotto la guida di figure professionali adeguate: un'équipe multidisciplinare dedicata, assicura infatti assistenza e cura agli ospiti per tutta la durata del soggiorno ed è composta da medici, infermieri, operatori socio-sanitari, terapisti della riabilitazione, educatori e un coordinatore.

Il Centro Diurno Integrato del 'Girola' è con ogni probabilità l'unico che nella città di Milano garantisce l'apertura costante per l'inte-

Centro 'Girola-Don Gnocchi'

Indirizzo: Via Girola, 30 – 20162 Milano (zona Niguarda)

Info sul Centro Diurno Integrato:
- coordinatrice CDI:
  tel. 02-64.22.47.11
  email: ctripepi@dongnocchi.it
- reception:
  tel. 02 64.22.41
  email: direzione.girola@dongnocchi.it

ro fine settimana. Non una sorta di malinteso "parcheggio", ma una proposta di qualità per un bisogno che trova ancora risposte insufficienti. Il servizio, accreditato e autorizzato, accoglie, in un ambiente protetto, anziani anche con una compromissione parziale dell'autosufficienza, derivante da malattia di Alzheimer o altre patologie correlate.
"*Il nostro compito* – sottolinea la coordinatrice del CDI, Maria Cristina Tripepi – *è quello di una funzione intermedia tra l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali. Il Centro Diurno Integrato si propone come un luogo dove poter mantenere o recuperare le funzionalità di base della vita quotidiana. Ci occupiamo di persone anziane in situazione di bisogno. E da oggi lo facciamo anche nelle giornate di sabato e domenica, giornate che tradizionalmente hanno tempi più dilatati rispetto al resto della settimana*".

A giudizio degli operatori, capita spesso che i familiari impegnati nella cura delle persone anziane nella propria casa percepiscano questa opportunità in maniera non corretta, quasi venissero meno ai propri doveri assistenziali.
"*In realtà* – continua Tripepi – *è vero il contrario. Al CDI offriamo ai nostri ospiti un'opportunità per stare meglio. Una persona anziana che trascorre tutta la settimana a casa propria, assistita dai familiari o da badanti, ha bisogno di vivere stimoli nuovi e diversi. Erroneamente si crede che qualunque ambiente sia uguale, ma per gli anziani è anche importante uscire dalla routine della propria casa, socializzare, superare la solitudine che spesso caratterizza giornate ripetitive. Così offriamo loro la possibilità di pranzare insieme ad altri, di vivere giornate con stimoli differenti, superando le abitudini e potenziando in modo positivo le risposte cognitive e motorie*".

Un servizio, secondo lo 'stile Don Gnocchi' e con un denominatore comune: la qualità dell'assistenza e la costante attenzione ai bisogni di ogni utente. Perché da sempre, in Fondazione Don Gnocchi accettazione significa accoglienza, curare vuol dire prendersi cura, e ricerca scientifica e innovazione tecnologica sono sempre coniugate con solidarietà e calore umano.

Chirurgia percutanea del piede

Muoversi e camminare in piena autonomia (e senza dolorose conseguenze) è un valore realmente apprezzabile solo quando lo perdiamo. In questa intervista il dott. Ferranti, medico chirurgo specializzato, ci parla delle principali problematiche inerenti ai nostri piedi tracciando un vademecum sul come risolverle

Stefano Ferranti
Medico chirurgo Pbs

La percezione del nostro benessere è intrinsecamente legata alla nostra capacità di muoversi in autonomia. Quindi parliamo della salute dei piedi. Quanto incide sulla nostra qualità della vita?

Per rispondere a questa domanda bisogna partire da lontano per ben comprendere l'importanza del piede. Nella sua evoluzione l'uomo è passato dalla posizione quadrupede a quella bipede, modificando completamente il suo baricentro. In questa nuova situazione il piede è l'organo antigravitario per eccellenza. Il piede è una struttura spaziale atta ad assorbire e smistare le forze relativamente agli infiniti piani dello spazio. Il dispositivo centrale su cui si erige l'attitudine al controllo della gravità in sede podalica è il complesso articolare peri astragalico. Attraverso queste articolazioni il piede prende contatto con la superfice di appoggio ed in essa si adatta, successivamente si irrigidisce per assumere significato di leva e respinge la superfice stessa. Il piede deve alternare la condizione di rilassamento con la condizione di irrigidimento, quali che siano i caratteri delle superfici di contatto e quali che siano i rapporti spaziali con i segmenti sovrapodalici, deve pertanto variare il suo assetto. Questo meccanismo di alternanza introduce il concetto di elica a passo variabile a cui il piede viene paragonato. Da questa esposizione, che sembra semplice, ma non lo è, si comprende che ogni problema a cui potrebbe andare incontro il piede nella sua vita, determinerà un cattivo funzionamento di questa elica a passo variabile con ripercussioni sull'equilibrio e sulla funzione degli organi sovrapodalici.

In cosa differisce l'apparato scheletrico di un "over 65" rispetto ad un apparato mediamente "giovane"?

Negli over 65, in particolare nel sesso femminile, la menopausa con le sue modifiche ormonali causa un rilassamento delle strutture capsulo legamentose che nel piede per effetto del peso e della forza di gravità determina

un nuovo assetto del piede con la comparsa di alterazioni anatomiche di vario grado e varia sintomatologia dolorosa.

Quali i principali problemi ai piedi lamentati dalla popolazione over 65?

I problemi più frequenti interessano l'avampiede con il peggioramento o la comparsa di alluce valgo doloroso, alluce rigido, dita a martello, metatarsalgie, tilomi dolorosi, fascite plantare e spina calcaneare, metatarsalgie del 5° con borsiti dolorose, neuroma di Civinini Morton.

Meno frequenti sono i problemi che possono affliggere il retropiede e sono rappresentati da un piede piatto da cedimento del tendine tibiale posteriore, artrosi sotto astragalica, artrosi astragalo scafoidea, peggioramento del piede piatto e del piede cavo già esistenti.

Quali i principali rimedi?

Nelle patologie del piede il primo step consiste nel trattamento conservativo che riguarda l'igiene del piede, l'utilizzo di calzature congrue, manipolazioni dolci, spaziatori in silicone, plantari, suola a barchetta, fisioterapia, farmaci antinfiammatori ed infiltrazioni di cortisone e di acido ialuronico a seconda della patologia.

Quando la terapia conservativa fallisce e persiste il dolore con impotenza funzionale ed errata deambulazione si interviene chirurgicamente. Quando si è fatto tutto (e mi riferisco al trattamento conservativo), rimane la possibilità di migliorare affidandosi alla chirurgia. L'altra alternativa sarebbe quella di lasciare le cose come stanno, ma considerando i vantaggi che la chirurgia di oggi ci offre in molti casi vale la pena di intervenire.

La microchirurgia sembra una soluzione tra le più utilizzate. Di che tipo di intervento parliamo?

Dell'intervento con la tecnica PBS. Si tratta di una osteotomia percutanea extracapsulare che attraverso un taglio dell'osso con decorso obliquo dall'alto verso il basso e dal davanti all'indietro e con altri accorgimenti di tecnica chirurgica permette di correggere alluci valghi di diversa gravità. Questa osteotomia PBS ci permette di fare tutto quello che si può fare a cielo aperto: correzione dell'an-

golo intermetatarsale, dell'angolo metatarso falangeo, dell'angolo prossimale articolare e dell'angolo articolare distale.
Al termine si esegue una fasciatura speciale che consente di mantenere gli spostamenti effettuati sull'osso fratturato.
La fasciatura va mantenuta per circa 20 giorni, il tempo necessario ad una prima stabilizzazione biologica della frattura.
Dopo 20 giorni si indossa un calzino dedicato (calzino PBS).
La deambulazione è immediata con carico con scarpa dedicata.
Una scarpa da ginnastica comoda si riesce ad indossare dopo 25 giorni circa. Come inizia il percorso di un paziente che si confronta con il metodo PBS? La prima cosa da fare è effettuare una visita presso uno degli ambulatori dove esercitano i nostri medici.
È necessario effettuare un esame radiografico del piede sotto carico.
In base alla patologia e al decorso si attuerà un trattamento conservativo o chirurgico. Se sarà necessario un intervento si procederà con la raccolta dati e la programmazione chirurgica da effettuare presso le cliniche convenzionate.
Dopo l'intervento si consegna al paziente la scarpa dedicata post chirurgica con dei presidi per le medicazioni.
Il primo controllo si effettuerà dopo circa 20 giorni, il successivo dopo circa 40 giorni e in questa occasione si porterà un esame radiografico di controllo.

I tempi di recupero da una operazione possono spaventare chiunque, a maggior ragione una persona anziana. Per questo tipo di interventi qual è il decorso post operatorio che è lecito attendersi?
È possibile tornare a casa sulle proprie gambe subito dopo l'intervento. È possibile deambulare con carico immediatamente poiché per questi interventi si utilizza un'anestesia locale che si chiama

I problemi più frequenti interessano l'avampiede, ad esempio con il peggioramento o la comparsa di alluce valgo doloroso, alluce rigido, o dita a martello

blocco anestesiologico della caviglia.
Tale anestesia determina soltanto una paresi dei muscoli brevi del piede potendo così permettere al paziente di deambulare senza problemi e senza dolore.
Questo tipo di anestesia permette inoltre di non avere dolore per molte ore, ma alla sua comparsa consigliamo sempre antidolorifici da prendere 2/3 volte al giorno per alcuni giorni in quanto il dolore non deve manifestarsi in forma intensa.

L'intervento sull'alluce valgo produce le stesse risposte sia da un settantenne che da un quarantenne?

Basandosi sul presupposto che un alluce va operato soltanto quando è doloroso o quando impedisce l'utilizzo di calzature anche congrue possiamo affermare che una volta raggiunti questi due obiettivi la risposta basata sul benessere non si discosta di molto nelle due fasce di età. Cambiano le aspettative fra le fasce di età: il quarantenne vuole riprendere attività ludiche e sportive, il settantenne si accontenta di ritornare a camminare bene e a ballare. Considerando questi aspetti penso di poter affermare secondo la mia esperienza che il settantenne riceve più risposte positive. Non va sottovalutata la possibilità di recidiva che nel giovane è in percentuale più alta.

In che modo influiscono i problemi che interessano la regione del piede sull'intero corpo umano?

Quando abbiamo dolori al piede, la prima cosa che facciamo è modificare il passo per non avvertire, o avvertire meno dolore possibile. Ciò causa un atteggiamento posturale scorretto che può influenzare la comparsa di dolore alla gamba, alla coscia e alla schiena, soprattutto se già affetti da lombalgia.

Quali fattori esterni (abitudini, stili di vita, fattori ambientali) non bisogna mai trascurare?

Il benessere del piede di norma va di pari passo con il benessere della persona. Bisogna quindi controllare il peso corporeo, le abitudini alimentari per non squilibrare la glicemia e l'iper uricemia, camminare almeno 6-8 chilometri al giorno per mantenere una buona

funzione cardio circolatoria, indossare scarpe congrue.

Quanto è importante indossare le calzature corrette? Quali sono?
Per calzatura si consiglia una scarpa comoda a pianta larga, tomaia morbida, suola spessa e a barchetta.
Il tacco nella scarpa da donna, di tutti i giorni, non dovrebbe superare i 6 cm.

È possibile/utile fare prevenzione? Cosa fare quando ci si accorge di avere un problema di appoggio? A chi ci si rivolge?
Sì. La prevenzione va fatta. I problemi del piede vanno conosciuti, scoperti e curati. Pensiamo per esempio ai pazienti con il diabete che vanno incontro alla neuropatia diabetica, e non sentendo o sentendo poco il dolore ai piedi potrebbero causarsi delle ulcere con gravi problemi di guarigione; pensiamo ai pazienti arteriopatici che in egual modo potrebbero incorrere negli stessi problemi.
Pensiamo alla comparsa dei tilomi sulla pianta del piede o sul dorso delle dita che se mal trattati potrebbero causare infezioni e ulcerazioni. Pensiamo ad un alterato appoggio in piede piatto o in piede cavo che potrebbe provocare disturbi posturali. In tutti questi casi sarà il medico ortopedico e specialista del piede che andrà consultato.

Spesso il benessere del piede viene trascurato rispetto ad altre patologie, ma un appoggio errato può portare a problemi di postura o a conseguenze anche gravi. Quanto è importante sensibilizzare la popolazione anziana ad occuparsene?
In considerazione dell'importanza del piede come organo di senso, di movimento e di dispositivo antigravitario per eccellenza, la salute del piede è da considerare fra le priorità per lo svolgimento di una vita di relazione soddisfacente.
È per questo che la PBS, in accordo con le farmacie associate alla ASSOFARM, organizzerà il prossimo anno delle giornate dedicate alla salute del piede, in cui i cittadini potranno afferire gratuitamente e avere delle risposte sulle loro problematiche.

Acqua e benessere, beviamoci su!

Bere acqua fa bene al nostro organismo (e questa è cosa nota), ma forse non tutti sono ben consapevoli di quanto sia necessario mantenere il nostro corpo in un bilanciato equilibrio "idrico". Approfondiamo la questione grazie al dott. Edoardo Guastamacchia ed alla dott.ssa Silvia Sciannimanico

Edoardo Guastamacchia
Presidente Eletto AME, Associazione Medici Endocrinologi

Silvia Sciannimanico
Medico specialista in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Università degli Studi di Bari

Il contenuto idrico del corpo umano varia dal 60 all'80% a seconda dell'età, del sesso e del peso corporeo. Nel neonato l'acqua costituisce il 75-80% circa del peso totale, ma questa frazione si riduce progressivamente fino a stabilizzarsi intorno al 55-60% nell'età adulta. Nell'anziano si ha un'ulteriore riduzione della quantità di acqua. Inoltre, nelle donne la percentuale di liquidi è minore in quanto risulta essere maggiore la percentuale di tessuto adiposo, poiché povero di acqua.
L'acqua svolge un ruolo fondamentale nei processi di digestione, assorbimento, trasporto, utilizzo di nutrienti, mantenimento della temperatura corporea, oltre che per l'eliminazione delle scorie metaboliche.

Nel corso della giornata l'organismo perde notevoli quantità di acqua attraverso diversi meccanismi: circa 1.500 ml di liquidi con le urine, 100-300 ml con le feci, 500 ml attraverso la respirazione e 200 ml mediante la traspirazione cutanea. In condizioni basali, dunque, il 60% circa della perdita giornaliera di acqua avviene per mezzo della filtrazione glomerulare. L'aumento della temperatura e l'esercizio fisico fanno invece aumentare le perdite idriche attraverso la sudorazione e la traspirazione.
Per compensare questa deplezione idrica, l'organismo riduce il volume di urina eliminato, aumentando la secrezione dell'ormone antidiuretico (ADH) o vasopressina. Questo peptide, secreto dall'ipofisi posteriore, agisce a livello renale, dove promuove il riassorbimento di acqua, riducendo, di conseguenza, la sua eliminazione con le urine.
La regolazione delle entrate, invece, si attua attraverso lo stimolo della sete, che si attiva quando diminuisce la volemia (disidratazione) o quando i fluidi corporei tendono a diventare ipertonici (come ad esempio accade dopo un pasto salato).
Sovra-idratarsi può, però, portare all'intossicazione da acqua: l'acqua assorbita diluisce il contenuto del plasma sanguigno, compor-

tando iponatriemia, ovvero una bassa concentrazione di sodio (Na+) nel sangue. Se i meccanismi di filtrazione glomerulare e di sudorazione non riescono ad eliminare l'eccesso di liquido, per osmosi l'acqua del compartimento extracellulare passa all'interno delle cellule. Nel cervello questo fenomeno causa un aumento della pressione intracranica con conseguenti danni che possono andare da crisi epilettiche al coma, fino alla morte.
È importante, pertanto, mantenere costante il bilancio idrico, assumendo liquidi nelle giuste quantità, bevendo e consumando alimenti ricchi di acqua.
Secondo quanto riportato nei LARN, i "Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia", l'introito giornaliero raccomandato di acqua nella popolazione adulta è di 2 litri per le donne e di 2,5 litri per gli uomini. In condizioni particolari (febbre, diarrea, vomito, stagione molto calda) tali quantità vanno aumentate fino al raddoppiarle.
Il contenuto di acqua negli alimenti è invece estremamente variabile: frutta, ortaggi e verdura sono costituiti per oltre l'85% da acqua; carne, pesce, uova e formaggi freschi ne contengono tra il 50 e l'80%; pasta e riso cotti ne sono composti da circa il 60-65%; pane e pizza ne sono costituiti per il 20-40%. Infine, biscotti, fette biscottate, grissini e frutta secca ne possiedono meno del 10%. Sono pochi gli alimenti caratterizzati dalla pressoché totale assenza di acqua (olio, zucchero).

La disidratazione è l'effetto che consegue ad un bilancio idrico negativo: l'acqua espulsa dall'organismo non è sufficientemente compensata da quella integrata.

Il primo sintomo della disidratazione è la secchezza delle fauci. Poi, a mano a mano che lo stato di disidratazione aumenta, sia la pelle sia le altre mucose, tra cui quella congiuntivale, diventano secche e asciutte e si evidenziano senso di affaticamento, cefalea, crampi muscolari, intolleranza al calore ed apatia. Se lo stato di disidratazione è ancora più grave, si possono manifestare vertigini, nausea e vomito, tachicardia, riduzione dell'attenzione, della capacità di concentrazione e diplopia, fino a perdita di coscienza e coma.
I segni e i sintomi di una disidratazione variano a seconda della riduzione del volume idrico corporeo: in particolar modo, una disidratazione dell'1% del peso corporeo si ripercuote sull'attività e sulle performance fisiche dell'organismo, consente l'insorgere di cefalea e astenia, riduzione della capacità di concentrazione, dell'attenzione e persino dell'esecuzione di compiti semplici. Se la disidratazione sale al 2%, si assiste all'alterazione della termoregolazione e del volume plasmatico e comincia a manifestarsi il senso di sete. Con una disidratazione intorno al 5% compaiono crampi muscolari, debolezza, maggiore irritabilità, mentre intorno al 7% si può avere malessere generale, debolezza intensa, allucinazioni. Con il 10% di riduzione di volume di acqua corporea vi è il rischio concreto di insorgenza del colpo di calore, alterazioni della coscienza e pericolo per la sopravvivenza.

Alcuni cambiamenti para-fisiologici, rendono i soggetti in età avanzata più suscettibili al rischio di disidratazione. Gli anziani hanno una ridotta sensazione di sete, una diminuita capacità di ritenzione di acqua a livello renale e la loro risposta ormonale alla disidratazione (liberazione di ormone antidiuretico) è insufficiente.

> È importante mantenere costante il bilancio idrico, assumendo liquidi nelle giuste quantità, bevendo e consumando alimenti ricchi di acqua

Oltre ai cambiamenti fisiologici appena descritti, ai quali si aggiunge la difficoltà a deglutire o altre patologie oro-faringee, esistono anche molti altri fattori che pongono gli anziani a maggiore rischio di disidratazione. Un ruolo di primo piano spetta senza dubbio ad alcune patologie piuttosto frequenti nella terza età, come il diabete mellito che, quando non ben controllato, si associa a perdita osmotica di liquidi, oppure l'incontinenza urinaria che spinge molti soggetti anziani ad evitare di bere per ridurre il rischio di perdite urinarie. Alcuni dei farmaci più comuni tra gli anziani, per esempio i diuretici dell'ansa o i diuretici tiazidici utilizzati nel trattamento dell'ipertensione e dello scompenso cardiaco e i lassativi, contribuiscono in modo importante alle alterazioni idro-saline che, assieme all'insufficiente assunzione di acqua, rendono più probabile la disidratazione. Non devono essere sottovalutate inoltre alcune patologie che riguardano la sfera psicologica e neurologica, come la depressione e la demenza: queste condizioni riducono infatti la capacità della persona di rendersi conto dei propri bisogni anche primari come appunto l'idratazione. Infine non bisogna ignorare alcuni fattori sociali e logistici che contribuiscono ad aumentare il rischio che un soggetto in età avanzata non riesca ad idratarsi bene: la ridotta capacità motoria, ad esempio, potrebbe rendere difficile anche il versarsi e bere un bicchiere d'acqua.

Gli individui sopra i 60 anni sono inoltre i più vulnerabili al calore, in quanto la ridotta gittata cardiaca e le aumentate resistenze circolatorie periferiche dovute all'ipertensione, riducono il flusso sanguigno a livello cutaneo.

Patologie concomitanti quali obesità, ipertensione arteriosa, diabete mellito, malattie cardiovascolari e polmonari, possono contribuire all'aggravamento del quadro generale.

Anche il ripristino completo del quadro idrico nei soggetti anziani risulta rallentato. Si ritiene inoltre che la perdita d'acqua insensibile attraverso la pelle e la respirazione aumenti con l'età, dando un contributo importante alla disidratazione correlata all'invecchiamento.

Uno stato persistente di disidratazione cronica compromette sia le capacità fisiche che quelle mentali, favorendo l'insorgenza o il peggioramento di disturbi motori e neurocognitivi. Inoltre, aumenta il rischio di calcolosi renale, di prolasso e insufficienza della valvola mitrale, di scompenso glicemico e aumenta il rischio di insorgenza di tumori del colon e dell'apparato urinario.

Peraltro, una buona idratazione nel soggetto anziano allettato riduce il rischio di lesioni da decubito, stitichezza e infezioni delle vie urinarie.

Per prevenire la disidratazione si dovrebbe innanzitutto spiegare all'anziano e ai familiari, o ai caregivers, l'importanza dell'assunzione di liquidi e i rischi di un insufficiente introito di acqua. Bisogna inoltre insegnare a riconoscere i primi segni della disidratazione. Occorre somministrare liquidi regolarmente, pur in assenza della sensazione di sete, fornendo le bevande preferite al soggetto, prediligendo quelle senza zuccheri aggiunti. È necessario dunque saper gestire correttamente i soggetti che soffrono di incontinenza urinaria.

Infine, nel caso di alcune patologie, come l'insufficienza renale severa, lo scompenso cardiaco congestizio e l'insufficienza epatica, è sempre opportuno affiancare alla terapia farmacologica i consigli del medico sul corretto mantenimento del bilancio idro-elettrolitico per evitare l'insorgenza di stati anasarcatici.

Acqua, un prezioso alleato per la salute

Bere acqua fa bene a tutto l'organismo ed in questo approfondimento ascolteremo i consigli del prof. Solimene che sottolinea quanto sia importante ricordarci di bere, soprattutto in inverno. Vediamo quindi perché una corretta idratazione è alla base del benessere di tutto il corpo

Umberto Solimene
Università degli Studi di Milano, membro dell'Osservatorio Sanpellegrino, presidente FEMTEC, Federazione Mondiale del Termalismo

Seguire una corretta idratazione, ovvero scegliere l'acqua come bevanda principale e consumarne circa 8 bicchieri al giorno, è alla base del benessere di tutto l'organismo.
Una buona abitudine che vale in tutte le "stagioni" della vita, ma a cui prestare più attenzione con l'avanzare dell'età quando non solo si è naturalmente meno propensi a bere, ma anche meno sensibili allo stimolo della sete. In più, in questa fase della vita, risulta anche maggiormente complicato valutare lo stato di idratazione: i campanelli d'allarme che lasciano trasparire che si sta bevendo troppo poco sono infatti più difficili da riconoscere. Secchezza delle mucose, scarso turgore della pelle, costipazione, sonnolenza, letargia e alterate capacità mnemoniche, sono sintomi molto generici e per loro natura frequenti nella terza età.
È importante quindi sensibilizzare le persone anziane, e coloro che si occupano di loro – dai familiari agli operatori del settore sanitario – a prestare attenzione alla quantità di acqua introdotta quotidianamente.

Una strategia semplice ed efficace per "monitorare" la quantità di acqua introdotta può essere quella di bere da una stessa bottiglia da 1,5 litri (obiettivo minimo) o 2 litri, che deve essere svuotata prima della fine della giornata. Consigliabile, inoltre, iniziare a bere appena ci si sveglia, già prima di fare colazione e privilegiare l'assunzione di liquidi al mattino rispetto alla sera, per evitare problemi di incontinenza o fastidiosi risvegli notturni.
Ma perché una corretta idratazione è così importante e come influisce sul benessere quotidiano?
Per far comprendere quanto l'acqua sia protagonista della nostra salute vorrei illustrare alcuni studi condotti da un grup-

po di ricercatori neozelandesi dell'Università di Massey[1] da cui è emerso che se beviamo troppo poco siamo più sensibili al dolore.
I ricercarori sono arrivati a questa scoperta effettuando su un gruppo di volontari, per due volte (idratati *vs* disidratati), il cosiddetto *Cold Pressure Test* – test dello stimolo del freddo – che consiste nel sottoporre i partecipanti alla pressione fredda sui piedi finché il dolore non diventa intollerabile. I risultati sono arrivati confrontando il tempo di sopportazione durante le due fasi e hanno provato che quando i soggetti erano fortemente disidratati percepivano il dolore il 40% in più rispetto a quando invece erano ben idratati. Ma gli effetti negativi sono stati riscontrati già con una lieve disidratazione, che porta ad un aumento del 20% alla sensibilità del dolore.
Ma quali sono i meccanismi alla base di questi risultati? Il *Cold Pressure Test* provoca uno stress termico sull'organismo innescando un aumento della pressione sanguigna. Durante il test il corpo risponde allo stimolo attraverso la regolazione della temperatura corporea. Nel caso di un organismo ben idratato il sistema di termoregolazione è più efficiente, e attraverso

1 Bear T., Philipp M., Hill S., Mündel T. - A preliminary study on how hypohydration affects pain perception. Psychophysiology. 2016 May;53(5):605-10.
Perry B.G., Bear T., Lucas S.J., Mündel T. - Mild dehydration modifies the cerebrovascular response to the cold pressor test Exp Physiol. 2016 Jan;101(1):135-42.

la stimolazione del sistema nervoso simpatico e l'aumento della produzione di endorfine – che provoca un effetto analgesico – riesce ad adattarsi più facilmente alle nuove condizioni ambientali. Per questo motivo mantenere il proprio corpo correttamente idratato aiuta a non aumentare la percezione del dolore.

I risultati di questi studi ci fanno capire in maniera molto pratica perché bere la giusta quantità di acqua ogni giorno impatta sul nostro benessere.

Ecco perché bisogna prestare attenzione a quanta acqua si introduce ogni giorno, a maggior ragione in inverno quando con il freddo è facile dimenticarsi di bere. È su questo delicato aspetto che diventa importante informare in modo particolare le persone anziane, che in inverno vengono spesso colpite da disidratazione perché in aggiunta al "fattore freddo" in generale non percepiscono in maniera decisa lo stimolo della sete.

Ma vediamo quali sono i benefici che il bere la giusta quantità di acqua apporta all'organismo. Ad esempio, l'idratazione ha un ruolo decisivo nel risveglio del metabolismo: aiuta durante la digestione stimolando fegato e pancreas, favorendo l'azione degli enzimi digestivi, e diminuendo l'acidità dello stomaco e dell'intestino; aiuta il fegato a ripulirsi dalle tossine grazie alla sua azione detossinante; aiuta i reni a funzionare correttamente prevenendo diverse patologie e disturbi, come la calcolosi renale e le infezioni alle vie urinarie.

L'acqua rappresenta anche la sostanza in cui avvengono le reazioni chimiche responsabili della produzione di energia che permette all'organismo di funzionare. Energie non solo necessarie per muoversi, ma anche per "alimentare" la mente. Il cervello è infatti un organo ad elevata attività metabolica e per tale ragione richiede un apporto di liquidi costante. Negli anziani, i cui tempi di reazione agli stimoli esterni e di concentrazione sono già ridotti, la disidratazione andrebbe a peggiorare ulteriormente le attività del cervello. Nel lungo periodo questa situazione potrebbe aggravarsi arrivando ad intaccare le capacità cognitive ed intellettuali in maniera più seria e permanente. Una riduzione del livello di idratazione maggiore del 2,5% può avere conseguenze sull'efficienza cerebrale, che vanno dal rallentamento dei tempi di reazione fino alla diminuzione della memoria a breve termine. È stato infatti osservato che per un solo litro di acqua perso dal nostro corpo i tessuti cerebrali si "riducono" per disidratazione in quantità assimilabile a quella visibile nel cervello di un paziente affetto da Alzheimer a due mesi e mezzo dalla diagnosi.

Per quanto riguarda invece i benefici che l'acqua e i sali minerali in essa contenuti apportano all'apparato cardiovascolare, in primo luogo bisogna sapere che l'acqua riduce la viscosità del sangue, diminuendo così il rischio di trombosi; il magnesio, poi, in funzione della sua capacità di favorire il rilassamento delle cellule muscolari, assume un importante ruolo di protezione a livello cardiovascolare. Il calcio, invece, oltre a essere coinvolto nei processi di coagulazione del sangue, è uno degli elementi che influiscono sulla capacità di contrazione dei tessuti muscolari. Infine, una durezza dell'acqua gradualmente crescente tende a fluidificare il sange, riducendo in questo modo i rischi d'infarto. Bisogna però sottolineare che non tutte le acque sono uguali e, a seconda della loro composizione, possiedono proprietà salutari differenti. Questo dato è rilevante soprattutto per chi soffre di patologie che implicano l'adozione di regimi alimentari adeguati, come chi presenta elevati livelli di pressione del sangue, ai quali si consiglia una dieta povera di sodio e l'utilizzo di acque oligominerali che favoriscano la diuresi.

Al contrario, la disidratazione conduce ad una serie di conseguenze negative che si ripercuotono, come abbiamo visto, anche sulla percezione del dolore. Bisogna evidenziare che in un contesto come quello odierno, in cui l'aspettativa di vita e d'invecchiamento della popolazione si allunga; aumentano, di conseguenza, anche le malattie croniche. Circa un quinto della popolazione italiana soffre quotidianamente di dolore cronico causato per esempio da malattie osteoarticolari, influenzando in tal modo la qualità della vita e i costi dell'assistenza sanitaria.

In conclusione, tra i pilastri di uno stile di vita sano, oltre alla corretta alimentazione e all'attività fisica, bisogna annoverare l'importanza di una corretta idratazione. Fondamentale ad ogni età ed in particolare in una categoria "ad alto rischio" e fragile come quella degli anziani.

Verricello solleva carrozzina (cod. VSTRO)

Solleva elettricamente ed inserisce manualmente una carrozzina pieghevole all'interno della vettura tra il sedile anteriore e quello posteriore del veicolo. Un motore elettrico corredato di puleggia, fune e moschettone solleva la carrozzina con un pulsante. È fissato alla vettura con un perno applicato sul braccio di rotazione della portiera rototraslante. Realizzato in acciaio è corredato di una serie di regolazioni e snodi su bronzine in ottone che ne garantiscono la massima efficienza. Può essere installato su gran parte delle vetture ed è adattabile al sollevamento di svariati tipi di carrozzine pieghevoli. Finecorsa elettrici e meccanici garantiscono sicurezza di utilizzo. Capacità di sollevamento: 25 kg.

www.handytech-italia.it

Letti ad altezza variabile

La nuova linea di letti ELVIDO è stata studiata per soddisfare tutti i requisiti richiesti dalle più recenti normative e dare risposta alle più svariate esigenze in termini di sicurezza, comfort fisico e benessere visivo da parte di chi ne usufruisce. La nuova serie prevede la possibilità dell'utilizzo dell'innovativo sistema di contenimento COMBO 1 (un lato). Si tratta di una combinazione mista di spondine che consente da un lato, di solito quello più utilizzato , di abbassare per gli interventi di assistenza solo una parte delle sponde pur mantenendo un corretto contenimento secondo le più recenti norme sulla sicurezza (EN 60601-2-38/A).

www.caremed.it

Therapeutic Support Systems™ (TSS™)

Therapeutic Support Systems™ (TSS™) è una gamma completa di sistemi avanzati di supporto terapeutico progettati per gestire gli esiti dei degenti/pazienti aiutando a prevenire e gestire le complicanze associate all'immobilità. La linea Therapeutic Support Systems (TSS) di ArjoHuntleigh comprende letti terapeutici altamente specializzati, sistemi sostitutivi dei materassi e un'ampia gamma di altre superfici di supporto. Lo spettro continuo di superfici di supporto per la cura delle ferite, sovramaterassi, letti terapeutici e sistemi sostitutivi dei materassi di TSS è progettato per contribuire a prevenire e gestire complicanze e spese associate a eventi prevedibili come cadute, ulcere da decubito e polmonite da ventilazione assistita.

www.arjohuntleigh.it

Ferula post-operatoria

Sagoma rigida che ricalca la forma della gamba.
Utilizzata in ortopedia e traumatologia per il contenimento ed immobilizzazione dell'arto dopo la frattura o l'intervento.
Consente i primi movimenti rieducativi dell'arto nell'ambito corretto della sagoma.
Fodera lavabile in puro cotone 100%, il cui ricambio è disponibile a parte (Cod. 669).

www.alboland.com

Montascale Curvilineo - Acorn 180

Con sistema CorsiaVeloce®.
Questo modello di montascale è stato pensato appositamente per tutte le scale che formano una curva o una qualsiasi variazione di pendenza.
É in grado di offrire un trasporto comodo e tranquillo.
Grazie al sistema CorsiaVeloce®, il montascale curvilineo Acorn 180 può essere installato in tempi molto rapidi. Il nostro sistema modulare, infatti, permette di abbattere completamente i lunghi tempi di attesa che servono fabbricare guide su misura per ogni singola scala.

www.acornmontascale.it

Letti per obesi

Forza – disponibile come l'assistenza sanitaria e la variante ospedale.
La cura del paziente obeso o che soffrono di persone obesità è spesso associata a un aumentato rischio di trattamento e un grande onere per gli operatori sanitari.
Le persone obese che hanno bisogno di cura – con un peso corporeo di 150kg e più – non sono più un'eccezione. Questo vale sfide particolari anche per le infermiere perché letti ospedalieri standard e la loro capacità autorizzata sono spesso inadeguati.
La serie del letto Forza – con i modelli Forza Aktiv, Forza Trend e Forza Basic – rende la vita più facile per gli operatori sanitari. Lo stoccaggio e movimentazione di pazienti obesi è difficile per gli infermieri.

www.elmi-reha.it

COMITATO CONSULTIVO

Fulvio Basili, Direttore generale del Gruppo Ecosafety - consulente tecnico dell'INAIL

Nevio Boscariol, Responsabile Economico Servizi e Gestionale UESG - ARIS

Maria Bosco, Medico Geriatra, Asl RmE

Gabriella Casu, Membro Consiglio Direttivo AITO

Gilberto Cherri, Referente nazionale GIS (gruppo di interesse specialistico) fisioterapia geriatrica.

Francesco Della Gatta, Past President Associazione Italiana Terapisti Occupazionali - AITO

Simonetta Del Signore, Membro Consiglio Direttivo AITO

Pietro A. Migliaccio Medico Nutrizionista, presidente della Società Italiana di Scienza dell'Alimentazione (S.I.S.A.)

Michele Senatore, Presidente AITO

Giovanni Sallemi, Direttore Generale Villa Bianca

Mauro Tavarnelli, Presidente AIFI

INDICE INSERZIONISTI

CHINESPORT	II cop.
CIT	p. 2
EXPOSANITÀ	p. 47
FARMODERM	IV cop.
LINET	sovracopertina
RS100 STRUTTURE	p. 4
VINCAL	III cop.

PER COLLABORARE

La collaborazione è sempre gradita, ma deve rispettare alcune caratteristiche tecniche. Articoli – I testi devono essere originali, liberi da diritti d'autore verso terzi e non sottoposti ad altre pubblicazioni. La decisione sull'eventuale pubblicazione è ad esclusiva discrezione della Redazione. I testi devono pervenire in formato elettronico in qualsiasi forma di Word Processing e non devono superare le 15.000 battute (spazi inclusi). Grafici, loghi e immagini a corredo devono pervenire in redazione in f.to jpg, tiff, pdf o eps con risoluzione minima di 300 dpi.

Testi e immagini devono essere inviati a:
redazione@edisef.it
oppure visti in originale a:
EDISEF - Piazza Pio XI, 62 - 00165 ROMA

residenze SANITARIE

Residenze Sanitarie - Anno IV
N. 15 - Gennaio/Febbraio 2018

Direttore Responsabile
Maria Giulia Mazzoni

Collaboratori
Alberto Blasi, Patrizia Grassini

Grafica e Impaginazione
Giulia Pissagroia

Redazione
Sara Tonarelli

Gestione e Servizi
Marco Bompiani

Commerciale
Massimiliano Genna

ROC – Registro Operatori di Comunicazione n. 17883 – Pubblicazione trimestrale – Registrazione Tribunale N. 37-2015 del 03/03/2015

Edisef Roma
Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abbonamento postale 70%
Roma Aut C/RM/09/2016
Euro 10,00

Abbonamento annuale
Euro 59,00 - cartaceo
Euro 42,00 - digitale

BONIFICO BANCARIO
Banca Popolare di Sondrio Ag. 34
Via Gregorio VII, 348
00165 ROMA
IBAN: IT25 P056 9603 2340 0000 2599 X40

Siti internet
www.edisef.it
www.residenzesanitarienews.it

Redazione e Abbonamenti
Piazza Pio XI, 62
00165 Roma
Tel 06 66013885
Fax 06 6626717
Abbonamenti 06 61774006
e-mail: redazione@edisef.it
Finito di stampare nel mese di Gennaio 2018 presso:
Arti Grafiche Picene Srl
Via Vaccareccia, 57
00071 Pomezia (RM)

EZ-211

Il Telo per la movimentazione del paziente.

Arriva la nuova soluzione sicura ed economica della linea di ausili EZ-GO per la movimentazione e il trasferimento del paziente!

Ideale per il paziente costretto a letto e per i trasferimenti su piano orizzontale. Dispositivo a 2 strati in materiale ad alta qualità che riduce gli attriti.

Grazie all'EZ-211 il paziente non deve essere sollevato e l'operatore mantiene una postura di sicurezza, riducendo gli infortuni sul lavoro.

Scopri tutta la linea EZ-GO su MedicoShop – www.medicoshop.it - l'ecommerce di prodotti medicali Vincal

EZ-150

Asse trasferimento paziente
pieghevole EZ-150
Portata 150 Kg – 88x53 cm

EZ-100

Asse trasferimento paziente
pieghevole EZ-100
Portata 180 Kg – 177x55 cm

VINCAL Srl | Circ.ne Casilina, 135 - 00176 - Roma | www.vincal.it | info@vincal.it

"Sono il dott. Roberto Gallo,
Specialista Dermatologo.
Per la prevenzione delle lesioni cutanee
e per preservare la cute fragile
di anziani, disabili,
allettati e incontinenti
prescrivo l'uso di

BIODERM® PASTA BARRIERA TRASPIRANTE

ad elevato potere emolliente,
lenitivo e decongestionante"

ATTIVATA CON 10% ZnO

PASTA BARRIERA TRASPIRANTE

PREVIENE L'INSORGERE DI PATOLOGIE QUALI ARROSSAMENTI, IRRITAZIONI, SCREPOLATURE E MACERAZIONI
INSOSTITUIBILE PER LA CURA DELLE CUTI MOLTO FRAGILI DI INCONTINENTI, ALLETTATI, OSPEDALIZZATI

EFFICACE NEI TRATTAMENTI ANTIDECUBITO
E CONTRO GLI ERITEMI CUTANEI

da sempre vicino alla tua pelle

FARMODERM
LABORATORI FARMODERMATOLOGICI
MILANO

Per informazioni:
02.356.44.26
farmoderm@farmoderm.it

BENESSERE
PRATICITA'
SICUREZZA
QUALITA'

VALORE AGGIUNTO

Prevenzione efficace delle lesioni da pressione

- La struttura ergonomica del piano rete contribuisce a ridurre il rischio da compressione e pertanto il rischio di formazione di lesione da pressione.
- I nuovi materassi sono progettati per assicurare una pressione del corpo del paziente ridotta su tutti i punti e distribuita in modo ottimale.

La nuova ergonomia del lavoro

- I residenti bariatrici hanno esigenze infermieristiche e terapeutiche speciali: il letto Carisma 300-xxl combina il suo design con un'elevata funzionalità per migliorare la cura di questi residenti.
- L'altezza dei letti può essere regolata fino a 80 cm. Ciò consente anche al personale infermieristico di svolgere le proprie mansioni in modo ergonomico e facile.

wissner-bosserhoff

Vorresti sapere di più? Contattaci:

e-mail: marketing@linetitalia.com
Tel: 030 3229519

SOLUZIONI INNOVATIVE

PER LA SICUREZZA

wissner-
bosserhoff

Adatto a te – Contatta:
Linet Italia, Via Galileo Galilei 48
Poncarale 25020 BS | tel.030 3229519
marketing@linetitalia.com