

ISSN 0017-0305



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

**56° Congresso Nazionale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria**

Dicembre 2011

Volume LIX

Numero 6

Preparati a vivere 100 anni!

Firenze, 29 novembre - 3 dicembre 2011

12° Corso per Infermieri

Firenze, 1-3 dicembre 2011

10° Corso di Riabilitazione

Firenze, 1-2 dicembre 2011

7° Corso per Psicologi

Firenze, 1-2 dicembre 2011

6° Corso per Assistenti Sociali

Firenze, 30 novembre - 2 dicembre 2011

*Indexed in Embase, Excerpta Medica Database
and Scopus Elsevier Database*

Periodico bimestrale - POSTE ITALIANE SPA - Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 conv.in L.27/02/2004 n°46 art.1, comma 1, DCB PISA - Taxe perçue - Tassa riscossa - Pisa (Italy)
Aut. Trib. di Firenze n. 705 del 29 gennaio 1953

**PACINI
EDITORE
MEDICINA**

% IN ACCORDO	M	I	O	P	% IN ACCORDO	M	I	O	P
1. Se assiste una persona nella fase terminale di vita quali sono i suoi sentimenti prevalenti?					3. Dinanzi alla famiglia del morente quali sono i suoi atteggiamenti più ricorrenti?				
Tristezza	40	58	64	47	Ascolto profondamente	48	60	75	78
Compassione	55	57	46	51	Cerco di far capire ai familiari qual è il modo migliore per aiutare il proprio congiunto	71	63	44	57
Preoccupazione	23	21	27	19	Cerco di far loro accettare la realtà	52	30	15	27
Angoscia	4	18	14	11	Cerco di condividere la situazione con la famiglia	32	33	46	47
Indifferenza	4	1	2	-	Cerco di evitare un contatto diretto	1	7	6	1
2. Alla morte del paziente quali sono i suoi sentimenti più ricorrenti?					4. Che significato attribuisce alla morte?				
Penso ai limiti della mia professione	51	42	40	45	Un evento che fa parte del ciclo della vita	89	88	92	91
Fa parte della mia routine	46	24	42	20	Una realtà significativa e spirituale della vita	46	46	56	49
Ne parlo con i colleghi	27	48	48	53	Un salto nel buio	4	8	-	7
Mi sorgono tanti interrogativi	23	37	35	24	Una sconfitta della medicina	3	4	2	-
Porto con me la sofferenza	23	23	15	31	Un'ingiustizia	2	6	2	-
Ne parlo a casa	17	20	12	23	Un non-senso	1	2	2	1
Penso alla mia morte	17	25	15	26	5. Davanti alla possibilità di dover comunicare una diagnosi infausta come si sente?				
Senso di liberazione	15	14	21	3	Adeguate/sufficiente	64	21	24	51
Allontano il pensiero	3	5	2	3	Inadeguata/insufficiente	22	47	26	12
Indifferenza	2	2	-	-					

Conclusione. Dall'analisi dei risultati è possibile evidenziare la presenza di differenze, spesso importanti, tra i diversi professionisti relativamente ai vissuti emotivi nel fine vita. Tali discrepanze possono essere attribuibili ad una sostanziale diversità di coinvolgimento e di responsabilità nella pratica clinica, così come ad un differente background formativo. La presa di consapevolezza dei propri stati emotivi e la possibilità di condividerli in una dinamica di equipe, può sicuramente migliorare sia l'approccio al paziente che l'intera offerta curativa.

BIBLIOGRAFIA

- Van der Heide A, Deliens L, Faisst K, et al. *End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study*. Lancet 2003;362:345-50.
- Paci E, Miccinesi G. *Le decisioni di fine vita*. www.neodemos.it, 2008.

Psicoterapia con pazienti geriatrici: il gruppo terapeutico come strumento di cambiamento in quadro di umore depresso

F. Inzerillo, I. Castrignanò, R. Terranova, V. Picciolo, S. Miraglia, C. Arizzi, L.J. Dominguez, M. Barbagallo

U.O. Geriatria Dipartimento di Medicina Clinica e Patologie Emergenti

Scopo. Nel paziente geriatrico i disturbi depressivi assumono spesso forme caratteristiche di declino cognitivo sovrapponibili ai quadri demenziali. In alcuni casi tali patologie possono addirittura coesistere, rendendo ancora più difficile la diagnosi differenziale. Quando si sospetta un disturbo dell'umore, i clinici consigliano di iniziare un trattamento antidepressivo integrando la farmacologia con la psicoterapia. Numerosi studi citano come trattamento d'elezione la psicoterapia cognitivo/comportamentale (CBT); tuttavia noi riteniamo esistano buone ragioni per utilizzare altri dispositivi psicoterapeutici, quali ad esempio la psicoterapia di gruppo secondo un approccio psicodinamico-relazionale. L'assetto grupppale permette ai pazienti di sfruttare le potenzialità trasformative del gruppo per produrre effetti positivi sul tono dell'umore e su tutta una serie di aspetti relativi alla qualità della vita. Le ragioni che ci hanno spinto alla scelta di un approccio centrato sul gruppo fanno riferimento al nostro background teorico e a esigenze pratiche legate al contesto istituzionale in cui si è operato. Sicuramente la scelta di utilizzare un trattamento psicoterapeutico con pazienti geriatrici rappresenta una sfida, poiché per molto tempo gli anziani sono stati consi-

derati soggetti non idonei alla psicoterapia da quei filoni psicologici che ne hanno fatto la storia.

Oggi, oltre alla psicoanalisi classica, esistono diverse forme di psicoterapia che hanno permesso di estendere tale trattamento anche ai pazienti considerati non "idonei", tra cui i pazienti anziani. Si è visto che la psicoterapia aiuta la persona che invecchia a superare i suoi conflitti irrisolti, a gestire le perdite, a riconoscere le proprie risorse interiori e soprattutto ad adattarsi al presente. Gli anziani amano raccontare il loro passato e la loro vita, di conseguenza si cerca di favorire la narrazione del Sé, facendo rievocare al paziente eventi piacevoli della propria vita al fine di migliorarne i sintomi depressivi. Tale narrazione può essere favorita maggiormente in un intervento di gruppo, all'interno del quale il paziente vive un rapporto terapeutico fondato non solo sulla relazione empatica con il terapeuta, ma anche con gli altri membri e con il gruppo nel suo insieme. Così il gruppo può costituirsi come "luogo" nel quale è possibile "dar voce" al proprio malessere e trovare sostegno e condivisione.

Materiali e metodi. Lo studio che proponiamo è stato svolto utilizzando un setting grupppale mediano con cadenza settimanale di due ore per ciascun incontro. Sono stati utilizzati i seguenti test in riferimento alle diverse fasi del percorso grupppale. *I fase: la formazione del gruppo* MMSE; GDS; QAI; Problem Checklist; *II fase: valutazione del processo* GMLCS, che consente di valutare la coesione rispetto al terapeuta e quella rispetto al gruppo nel suo insieme; Griglia di rappresentazione della matrice, consente di rappresentare la matrice di gruppo in base ai temi che sono stati individuati durante le sedute. *III fase: valutazione degli esiti.* In questa fase sono stati utilizzati in forma di Retest gli stessi strumenti della prima fase.

Risultati. I risultati ottenuti si riferiscono ad un trattamento grupppale ancora in atto, iniziato 18 mesi fa. Sono stati presi in considerazione i seguenti indicatori quantitativi/farmacologici di cambiamento: diminuzione del dosaggio di alcuni farmaci assunti dai pazienti (antidepressivo e sedativi) Inoltre sono stati rilevati i seguenti dati: miglioramento della prestazione cognitiva attestata dal punteggio al MMSE, aumento del tono dell'umore evidente ai risultati del GDS, cambiamenti positivi nell'area dell'adattamento interpersonale attestabile nelle cinque aree del QAI (non affermatività, impulsività, orientamento narcisistico, preoccupazione relativa all'immagine di sé, stress nelle situazioni sociali) e riduzione della gravità dei problemi dichiarati inizialmente dai pazienti nella problem checklist.

Conclusione. La nostra ipotesi, riguardante l'efficacia della psicoterapia con soggetti le cui risorse strutturali risultavano appannate e deficitarie dalla depressione e dal limite imposto dalla loro età evolutiva, è stata confermata. Inoltre fondamentale è stata la scelta del dispositivo metodologico gruppe utilizzato, poiché attraverso esso sono stati raggiunti dai pazienti cambiamenti significativi in un arco temporale relativamente breve. Ciò, a nostro avviso, è stato possibile grazie all'attivazione dei fattori specie-specifici gruppoanalitici.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Di Nuovo S, Lo Verso G, *Come funzionano le psicoterapie*. Franco Angeli 2005.
- 2 Di Nuovo S, Lo Verso G, Di Blasi M, et al. *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*. Franco Angeli 2003.
- 3 Longo A, Anziani M. *Depressione e demenza. Valutazione della depressione e del deterioramento cognitivo negli anziani*. Edizioni dell'Iride 2006.

La continuità assistenziale dei pazienti ricoverati in cure intermedie

G. Isaia¹, I. Bergoglio¹, F. Greppi¹, A. Nizzia², A. Pastorino¹, G. Fonte³, F. Fantò¹
¹SCDU Geriatria, AOU S. Luigi Gonzaga, Orbassano (TO); ²AMCI, AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO); ³SCUD Dimissione protetta, AOU San Giovanni Battista, Torino

Scopo. Lo studio è finalizzato a rilevare le diverse modalità di dimissione e relativa destinazione dei pazienti ricoverati nel reparto di Area Multidisciplinare di Cure Intermedie (AMCI), che riveste il ruolo di post-accuzie dell'Ospedale San Luigi di Orbassano¹⁻². Obiettivo secondario è quello di identificare i fattori associati fra quelli rilevabili nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) ai differenti percorsi di cura.

Materiali e metodi. Studio prospettico storico condotto sulla base delle SDO dei pazienti ricoverati in AMCI nel primo anno di attività (aprile 2009 - marzo 2010). Dalla SDO sono stati ricavati i seguenti dati: nome/cognome; età; sesso; motivo del ricovero; prima patologia concomitante; seconda patologia concomitante; durata del ricovero; reparto di provenienza del paziente; destino del paziente. Le patologie registrate nella SDO secondo l'ICD9-CM sono state successivamente raggruppate secondo i 14 items CIRS ai quali è stato aggiunto un quindicesimo item per enumerare i cosiddetti ricoveri sociali. Sono state riviste le lettere di dimissione presenti in archivio del reparto ed è stato così possibile identificare i pazienti che usufruivano di un ricovero di tipo sociale.

Risultati. Sono stati analizzati i dati di 187 soggetti (94 maschi e 93 femmine) con età mediana di 80 anni (range 73-86). La mediana della degenza è risultata di 16 gg (range 9-26.5). La mortalità nel campione selezionato è stata del 9.09% (n. 17). 26 pazienti (13.9%) sono stati dimessi al domicilio, 16 (8.56%) sono stati trasferiti presso una Residenza Sanitaria Assistenziale territoriale, 9 (4.81%) sono rientrati in ospedale mentre 119 soggetti (63.64%) sono stati trasferiti in una lungodegenza convenzionata.

Gli organi ed apparati più colpiti sono risultati essere l'apparato respiratorio (40.2%) e il sistema cardiaco (30.7%). I pazienti dimessi al domicilio sono stati anche coloro i quali avevano la degenza più lunga: mediana di 20 giorni (range 12-26). Rientrano più facilmente a domicilio i pazienti con un percorso orto-geriatrico. Le malattie vascolari e le malattie psichiatriche sono associate alla necessità di prolungamento cure in strutture idonee. Infine, la mortalità è risultata essere indipendentemente associata al solo numero di patologie.

Conclusioni. I pazienti che afferiscono a questa tipologia di struttura presentano una complessità clinica ed assistenziale rilevante. Si tratta spesso di pazienti anziani comorbidi, fragili, con difficoltà al rientro nell'ambiente domestico. Tale complessità è quella che determina la difficoltà di dimissione ospedaliera. La presenza di questa struttura garantisce da una parte la continuità assistenziale (ponte tra ospedale e territorio) e dall'altra accelera il turn-over dei reparti per acuti.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Heras A, Abizanda R, Belenguer A, et al. *Intermediate care units. Health care consequences in a reference hospital*. Med Intensiva 2007 Oct;31:553-60.
- 2 Young J. *The development of intermediate care services in England*. Arch Geriatr Geriatr 2009;49(Suppl 2):S21-5.

Il dolore e il paziente in RSA: valutazione, trattamento e problemi connessi: un'esperienza

C. Ivaldi, A. Merlo, C. Marmorato, M. Cugnata, G. Velo, M. Spina, I. Pastorino, A. Pastorino, E. Palummeri

RSA Campo Ligure, Struttura Complessa Assistenza Anziani, ASL 3 "Genovese"

Scopo. Il dolore cronico è un problema frequente in RSA, con una prevalenza della sintomatologia dolorosa stimata al 50%. Scopo del nostro lavoro è stato quindi quello di valutare l'efficacia di un modello di rilevazione e trattamento del dolore in RSA

Materiali e metodi. Da novembre 2010 è stata avviata una valutazione continuata del dolore presso gli ospiti residenti nella RSA della ASL 3 di Campo Ligure (Genova). A seconda del livello cognitivo e della possibilità di comprendere domande ed esprimere risposte appropriate, gli ospiti sono stati valutati attraverso l'uso della Numeric Rating Scale (NRS) o di Doloplus 2 (D2). Per tutti gli ospiti è prevista una rilevazione almeno settimanale effettuata dal personale di assistenza sul dolore presente al momento della valutazione.

Risultati. Durante 9 mesi sono stati valutati 24 pazienti, 18 femmine e 6 maschi di età media di 84,5 anni ($\pm 7,7$). Dal punto di vista cognitivo, utilizzando la Clinical Dementia Rating (CDR), 8 pazienti non presentavano demenza, 2 presentavano demenza lieve, 3 avevano demenza moderata, mentre 11 pazienti presentavano demenza grave (CDR ≥ 3). Dal punto di vista funzionale, 11 pazienti presentano Barthel Index (BI) \leq al 25%, 6 pazienti con BI tra 26 e 50%, 5 pazienti tra 51 e 75%, 2 pazienti $\geq 75\%$. Nel nostro campione 13 pazienti sono stati valutati utilizzando la NRS, 6 pazienti sono stati valutati con la D2; 5 pazienti sono stati valutati con entrambe gli strumenti a seconda delle condizioni cliniche in cui si trovavano nel corso dei differenti momenti della degenza. Durante i 252 giorni della rilevazione, sono state registrate 404 osservazioni che rappresentano il 63% di quelle attese; sulla scorta di tali dati sono risultati segnalati 101 episodi di sospetta sintomatologia algica (definito come D2 $\geq 5/30$ oppure come NRS $>6/10$) in 14 pazienti; la distribuzione della possibile sintomatologia algica è stata sostanzialmente equivalente tra i pazienti valutati con NRS (7 pazienti con 48 segnalazioni) e quelli con D2 (7 pazienti con 53 segnalazioni). Tale situazione era segnalata al medico e dopo la diagnosi e l'eventuale avvio di terapia analgesica, avrebbe dovuto essere monitorato quotidianamente per almeno una settimana. Nei pazienti studiati con NRS 21 episodi su 48 (43,7%), dopo valutazione medica, non risultavano essere connessi a problemi algici, ma piuttosto a sintomi depressivi o ansiosi venivano espressi attraverso la sensazione di disagio somatico In 27 casi, invece, (56,3%) la sintomatologia era riferibile a cause somatiche, identificate come quadri di riacutizzazione artrosica (20 episodi), neoplasia (3 episodi), esiti di fratture (2 episodi), periartrite (2 episodi). Nei pazienti studiati con D2, 34 episodi su 53 (64%) erano riferibili ad accentuazione dei disturbi comportamentali; in 10 episodi sono stati effettuati trial di terapia analgesica che però non hanno condotto a miglioramento della situazione, che ha richiesto, pertanto, trattamento con altri tipi di farmaci o modifiche ambientali. 19 episodi (36%) sono stati attribuiti ad effettiva sintomatologia dolorosa, causata da e trattati con beneficio con terapia analgesica. Le cause identificate sono state episodi artrosici in 12 episodi, retrazioni osteotendinee (4 episodi), lombalgia (1 episodio) lesione da decubito (1 episodio), esito di frattura (1 episodio). I farmaci utilizzati sono stati: ibuprofene (2 casi), diclofenac (3 casi), paracetamolo (12 casi) paracetamolo + codeina (14 casi), paracetamolo + ossicodone (7 casi) e morfina (8 casi). Per quanto riguarda gli effetti collaterali, in un caso l'uso di morfina ha determinato eccessiva sedazione ed è stata sostituita con ossicodone; in un altro caso l'ossicodone ha determinato eccessiva sedazione e si è dovuto ridurre il dosaggio del farmaco.

Conclusione. Il lavoro sino ad ora svolto ci ha offerto diversi spunti di riflessione: 1) Prima di questo studio nella nostra RSA il dolore non era valutato con sistematicità e gli IP non utilizzavano strumenti di valutazione specifici. 2) Nonostante numerose difficoltà per problemi di organico, la rilevazione del dolore è proseguita con discreta costanza da parte del personale; questo indica l'interesse del personale d'assistenza per questo problema. 3) In diverse circostanze una parte del personale ha espresso