



GERIATRIA EXTRAOSPEDALIERA

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI

VOLUME X - numero 4 - Dicembre 2015

Periodico trimestrale - sped. in Abb. Post. L. 662/96 - Sp. 70% - Tab DNNACMP - Napoli (Italy) - Aut. Trib. Napoli n.70 del 24 giugno 2003

SOMMARIO

Autonomia negli atti quotidiano della vita ed indennità di accompagnamento nell'aziano affetto da demenza: le ADL di Katz ed il BARTHEL INDEX rappresentano strumenti di valutazione adeguati in medicina legale?	4
L'anziano fragile: i luoghi delle cure.....	13
Disturbi psichiatrici e sviluppo di Demenza	16
Fine vita e qualità della cura: la centralità della comunicazione.....	23
La storia della polimialgia reumatica e della arterite gigante-cellulare: Le tappe principali.....	29

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Presidente

S.Putignano

Vice Presidente

L. Forgione

Segretario

C. Volpe

Tesoriere

F. Santamaria

Past President

S. Marino

Editor in Chief "Geriatrics Extraospedaliera"

G. Gelmini

Responsabile attività di ricerca

A. Giacummo

I. Pavese

Consiglieri

R. Conforti

A.M. Cotroneo

G. Peperoni

Revisori dei conti

membri effettivi

R. Lacava

P. Cervera

F. Amoroso

ORGANIGRAMMA DELLA RIVISTA

Direttore Responsabile

Saverio Marino

Editor in Chief

Giovanni Gelmini

Coordinatore editoriale Sezione Clinica

Ciro Manzo

Coordinatore editoriale Sezione SocioComportamentale

Luisa Bartorelli

Comitato in Redazione

Rocco Amendolara, Laura Calcara, Pietro Gareri, Giancarlo Isaia, Michele Garulli, Titti Pavese, Morena Pellati, Cristina Basso, Luisa Guglielmi, Lorenzo Sampietro, Roberto Bellavigna, Giuliana Mercadante .

Comitato Scientifico

Giuseppe Abate, Giuseppe Andreis, Fabrizio Arrigoni, Francesco Badagliacca, Gianpaolo Bocconcelli, Piero Angelo Bonati, Renato Bottura, Carmine Cafariello, Vincenzo Canonico, Andrea Capasso, Alberto Cester, Robin Chattat, Julie Lidia Citarella, Raffaele Conforti, Antonino Maria Cotroneo, Domenico Cucinotta, Luigi Di Ciocco, Silvana Maria Di Placido, Andrea Fabbo, Luigi Forgione, Pasqualina Insardà, Attilio Giacummo, Gianbattista Guerrini, Francesco Landi, Vincenzo Leoci, Carmine Macchione, Marcello Maggio, Ernesto Palummeri, Giuseppe Paolisso, Gabriele Peperoni, Francesco Perticone, Franco Rengo, Franco Romagnoni, Alberto Pilotto, Francesco Santamaria, Umberto Senin, Alessandra Tognetti, Marco Trabucchi, Orazio Zanetti.

Per pubblicare articoli sulla rivista GERIATRIA EXTRAOSPEDALIERA segui le istruzioni cliccando sul seguente link.

<http://associazionegeriatri.it/riviste/>

AUTONOMIA NEGLI ATTI QUOTIDIANI DELLA VITA ED INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO NELL'ANZIANO AFFETTO DA DEMENZA : LE ADL DI KATZ ED IL BARTHEL INDEX RAPPRESENTANO STRUMENTI DI VALUTAZIONE ADEGUATI IN MEDICINA LEGALE ?

EVALUATION OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING FOR FORENSIC PURPOSES IN ELDERLY AFFECTED BY DEMENTIA : IS IT TIME FOR A NEW APPROACH ?

Ciro Manzo*, Angelo Mascolo**, Matilde Dell'Erario***

ABSTRACT :

the evaluation of the activities of daily living (ADL) in the elderly patients with dementia is mainly based on Katz ADL and Barthel-index. In Italy such scales are often used for forensic purposes regarding certification of disability with or without attendance voucher. Nevertheless Katz ADL and Barthel-index do not consider some activities such as preparation of food or responsibility in taking drugs that, instead, are "basic" for the patient with dementia who does not live in nursing home or in residential care. It's well-known that Katz ADL were created for rehabilitative purposes and not for forensic ones. We propose to use a new scale in which we consider the evaluation regarding the responsibility in taking drugs and replace the autonomy feeding with the preparation of food. This new scale (that modifies the original Katz ADL sketching in two of the instrumental activities by Lawton et al.) expresses much better the activities of daily living in patients with dementia who live at home, and linked very well to the Italian regulations and the case of laws for the attendance voucher in patients with disabili-

ty of 100%. Other scales about the severity of dementia (such as MMSE and CDR) help our grid to reduce the share of subjectivity. It's well-known that Katz ADL and Barthel-index can be influenced by patient's will or caregiver's opinion and this can lead to an erroneous medico-legal evaluation. We propose to use this new grid in a multidimensional evaluation on a large set of elderly patients with dementia for verifying its validity and reproducibility.

KEY-WORDS :

activities of daily living, dementia, medico-legal evaluation, disability, attendance voucher.

*L'accusatore dice che io non giustamente ricevo il denaro...e si serve delle prove della robustezza del corpo...
(Lisia, orazione XXIV "Per l'invalido")*

La demenza rappresenta una patologia frequentemente espressa in età geriatrica arrivando ad una prevalenza superiore al 20% nelle donne over-80 (cfr. Tabella).

Il progressivo allungamento della vita media della popolazione in unum con una specifica attenzione riservata negli anni da parte del Ministero della Salute (basti pensare al cosiddetto Progetto CRONOS) ha reso la diagnosi di demenza sempre più frequente. Nella pratica medico-legale, pertanto, l'eventualità che ci si trovi in presenza di una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento nell'anziano affetto da demenza è decisamente elevata.

IL CONTESTO NORMATIVO :

l'indennità di accompagnamento per invalidità civile è stata istituita con la legge n. 18/80 (G.U. 14 febbraio 1980, n. 44) che all'art. 1 comma 1 prevede il riconosci-

mento di una indennità economica a totale carico dello Stato per quei soggetti riconosciuti "mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971 n. 118(omissis)....che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua". Nel 1988, il Decreto Legislativo (D.L.) n. 509 all'articolo 6 ha modificato l'art. 2 della legge n. 118/71 (legge a cui si deve la definizione di invalido civile) nella parte in cui ha introdotto un terzo comma che, in relazione ai soggetti ultrasessantacinquenni, definisce l'invalido civile come persona affetta da minorazione congenita

(????) che gli atti quotidiani della vita sono "...quelle azioni elementari e anche relativamente più complesse non legate a funzioni lavorative tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente così da consentire, ai soggetti non autosufficienti, condizioni esistenziali compatibili con la dignità della persona umana". Tra gli atti quotidiani della vita la circolare elenca espressamente la preparazione dei cibi, elemento questo - come vedremo - dalla notevole ricaduta valutativa.

IL CONTESTO GIURISPRUDENZIALE:

la Corte di Cassazione si è ripetutamente espressa sull'argomento. Meritano di essere

coloro che pur capaci di compiere materialmente gli atti elementari della vita quotidiana (quale il mangiare, il vestirsi, il pulirsi, ecc.) necessitano di un accompagnatore per versare - in ragione di gravi disturbi della sfera intellettuale e cognitiva addebitabili a forme avanzate di gravi stati patologici - nella incapacità di rendersi conto della portata dei singoli atti che vanno a compiere e dei modi e tempi in cui gli stessi debbono essere compiuti, di comprendere la rilevanza di condotte volte o migliorare - o quanto meno a stabilizzare o non aggravare - il proprio stato patologico (condotte volte ad osservare un giornaliero trattamento farmacologico)....".

IL CONTESTO CLINICO:

la demenza rappresenta un grup-

Prevalenza della demenza in Italia Demenza

Età	Maschi (% di malati)	Femmine (% di malati)	Totale (% di malati)
65-69	1.0	1.3	1.2
70-74	2.3	4.6	3.5
75-79	9.5	8.8	9.0
80-84	18.5	22.7	21.1
totale	5.3	7.2	6.4

cfr. Tabella

o acquisita che abbia "difficoltà persistenti a compiere i compiti e le funzioni proprie dell'età". A distanza di 27 anni, rimane ancora per tanti aspetti nebuloso cosa debba - in concreto - intendersi per "compiti e funzioni proprie dell'età". La stessa definizione di "atti quotidiani della vita" è stata, negli anni, oggetto di tentativi di chiarimenti ed approfondimenti. IL CONTESTO MINISTERIALE : con circolare del 1992 (1) il Ministero del Tesoro ha precisato

ricordate la sentenza n. 13362 dell'11 settembre 2003 e - soprattutto - la sentenza n. 1268 del 21/01/2005 (2) . In quest'ultima, in particolare, viene rimarcato che "la capacità richiesta per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento non debba parametrarsi sul numero degli elementari atti giornalieri, ma soprattutto sulle loro ricadute, nell'ambito delle quali assume rilievo non trascurabile l'incidenza della salute del malato..." E che, pertanto "l'indennità di accompagnamento...va riconosciutaa

po (più o meno eterogeneo) di patologie in cui la presenza di deficit cognitivi multipli (di cui uno, per definizione, è rappresentato dalla compromissione mnesica) interferisce significativamente nelle attività con un peggioramento significativo rispetto al precedente livello funzionale (3). Nell'anziano affetto da demenza (come nel caso specifico della ricorrente C.G. affetta da ritardo mentale con epilessia farmaco-resistente sul cui ricorso viene formulata la succitata sentenza) la valutazione medico-legale non può limitarsi

*Centro delle Demenze, distretto 51 - ASL NA 3 sud ; CTU Tribunale
** Medico Legale, CTU Tribunale
*** Giudice Tribunale Torre Annunziata, sezione previdenza e lavoro
mail di riferimento : cirmanzo@libero.it

Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (scala ADL, Katz, 3)**1) LAVARSI - Spugnature, vasca o doccia**

- a) L'anziano non riceve aiuto (entra ed esce dalla vasca da solo, se la vasca è il mezzo usato abitualmente per lavarsi)
 a) Riceve aiuto nel lavarsi solo una parte del corpo (come la schiena o le gambe)
 b) Riceve aiuto nel lavarsi per più di una parte del corpo (altrimenti non si lava)

2) VESTIRSI - Prende i vestiti dall'armadio e dai cassetti, biancheria, vestiario e accessori, adoperando le chiusure (comprese le bretelle se le usa)

- a) Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto
 a) Prende i vestiti e si veste senza aiuto, eccetto che per legare le scarpe
 b) Riceve aiuto nel prendere vestiti e nell'indossarli, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestito

3) USO DEI SERVIZI - Va alla toilette per urinare e per evacuare; si pulisce; si riveste.

- a) Va ai servizi, si pulisce e si sistema gli abiti senza assistenza (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone, il girello o la sedia a rotelle, e usando la padella od il vaso od il pappagallo, per la notte, o la comoda, vuotandoli al mattino)
 b) Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o per sistemarsi gli abiti dopo aver urinato o evacuato o nell'uso della padella (di notte) o della comoda
 b) Non si reca ai servizi per i processi di eliminazione di feci e urine

4) TRASFERIMENTO

- a) Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, senza aiuto (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone od il girello)
 b) Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, con un aiuto
 b) Non esce dal letto

5) CONTINENZA

- a) Ha completo autocontrollo sui movimenti per urinare e per evacuare
 b) Ha occasionalmente degli incidenti
 b) Una supervisione lo aiuta a mantenere il controllo sull'urinare o sull'evacuare; oppure utilizza il catetere o è incontinente

6) ALIMENTARSI

- a) Si alimenta da solo e senza aiuto
 a) Si alimenta da solo, ma richiede aiuto per tagliare la carne o per spalmare alimenti sul pane
 b) Riceve assistenza nell'alimentarsi o si è alimentato, in parte o completamente, con l'utilizzo di sonde o per via endovenosa.

Istruzioni per la compilazione

Il giudizio è basato sullo stato reale e non sulla abilità: il rifiuto di eseguire una funzione va valutato come disabilità, anche se si ritiene il paziente capace. Autonomia significa assenza di supervisione, guida od assistenza attiva: la necessità di aiuto umano sotto qualsiasi forma va classificata come disabilità. L'utilizzo autonomo di presidi o equipaggiamenti speciali per svolgere una funzione, in assenza di aiuto da terzi, va classificato come non disabilità. Riguardo alla incontinenza, la definizione di non autosufficienza va riferita non alla sua esistenza in sé, ma alla necessità di essere aiutati da altri per pulirsi, indossare e cambiare pannolini, utilizzare la comoda od i servizi igienici.

A scala compilata il risultato può essere riportato:

- come numero assoluto, attribuendo il valore di 0 al giudizio di indipendenza (a) e 1 a quello di dipendenza (b). (0= massima autonomia, 6= massima dipendenza)
- come indice utilizzando A: massima autonomia; G massima dipendenza.

Indice di Barthel (BI)

	A	B	C
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Cura personale	0	0	5
Fare il bagno	0	0	5
Controllo della defecazione	0	5	10
Controllo della minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	10	15
Montare e scendere dal WC	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire o scendere le scale	0	5	10
Punteggio totale	/100		

A = Dipendente, B = Con auto, C = Indipendente

soltanto alla semplice e notarile individuazione numerica degli atti che possono essere compiuti (e di fatto vengono compiuti), ma deve considerare anche la capacità del soggetto di comprendere, organizzare e pianificare quello che sta facendo. Tale capacità va progressivamente riducendosi in corso di demenza, fino a scomparire del tutto negli stadi avanzati/severi. D'altra parte (come meglio vedremo in seguito) non è basandosi soltanto sul numero degli atti quotidiani della vita che è possibile formulare valutazioni circa la gravità della stessa demenza.

LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE DELLA VITA IN GERIATRIA:

la geriatria si è da sempre preoccupata di utilizzare scale per la valutazione delle attività quotidiane della vita (AQV in italiano o ADL/Activities of Daily Living in inglese). Le due scale di gran lunga più utilizzate, quella di Katz et al. ed il Barthel index, sono note

anche ai non addetti ai lavori.

L'indice di Katz (4) valuta la capacità di compiere sei attività (lavarsi, vestirsi, utilizzare il gabinetto, spostarsi, controllare gli sfinteri anale e vescicale, alimentarsi) per ognuna delle quali viene attribuito un punteggio 0/1. In tal modo il punteggio totale può andare da un minimo di 0 (dipendenza totale) ad un massimo di 6 (indipendenza in tutte le 6 funzioni esaminate).

Il **Barthel-index (5)** invece discrimina tra il camminare in piano ed il salire o scendere le scale, attribuisce un punteggio differente a controllo della minzione e al controllo della defecazione, discrimina tra la cura personale ed il fare il bagno.... A seconda che il paziente esaminato sia in grado di svolgere le funzioni in maniera del tutto dipendente, del tutto indipendente o con aiuto, viene attribuito un punteggio rispettivamente di 0, 10/15 oppure 5/10 per un punteggio totale massimo di 100.

IL PECCATO ORIGINALE:

malgrado i punteggi del Katz-index o del Barthel-index vengono frequentemente utilizzati anche per la valutazione medico-legale dell'anziano affetto da demenza, essi presentano un grosso vizio storico in quanto sono stati inizialmente proposti (ed utilizzati) per valutare il peso degli interventi riabilitatori e la loro efficacia in soggetti anziani e nei malati cronici (in origine malati con stroke, frattura femorale, artrite reumatoide). Questo ha due importanti implicazioni: la prima è che si considera quale attività basilica la capacità di alimentarsi e non già la preparazione del cibo; la seconda è che non si esamina (tra le attività di base) la responsabilità nell'uso dei farmaci (funzioni - entrambe - considerate quali strumentali ed infatti non a caso inserite nelle attività strumentali della vita quotidiana, vedi dopo). Ma la realtà dell'anziano allettato per frattura di femore, ad esempio, è ben diversa da quella dell'anziano con demenza in fase di pre-allettamento: il primo riceve pasti preparati da altri (familiari, personale assistenziale...) e lo stesso dicasi per i farmaci; per il secondo invece la preparazione del cibo e la corretta gestione della terapia farmacologica possono essere svolte dal paziente stesso (basti considerare quanto avviene nelle fasi iniziali della demenza). Ne consegue che nell'anziano con demenza la preparazione del cibo e la corretta gestione in autonomia dei farmaci dovrebbero essere considerate funzioni basiliche e quindi con la dignità di veri e propri atti quotidiani della vita, e non attività strumentali. Ed ancora: nel lavoro originale di Katz e coll. il soggetto che si rifiutasse di effettuare una determinata azione (allacciarsi o slacciarsi le scarpe, ad esempio) deve essere considerato come non performante (anche se si pensa che possa svolgerla correttamente e com-

Attività strumentali della vita quotidiana (IADL)**Capacità di usare il telefono**

- [1] Usa il telefono di propria iniziativa 1
 - [2] Compone solo alcuni numeri ben conosciuti 1
 - [3] Risponde ma non è capace di comporre il numero 1
 - [4] Non risponde al telefono 0
- Non applicabile NA

Fare Acquisti

- [1] Fa tutte le proprie spese senza aiuto 1
 - [2] Fa piccoli acquisti senza aiuto 0
 - [3] Ha bisogno di essere accompagnato 0
 - [4] Completamente incapace di fare acquisti 0
- Non applicabile NA

Preparazione del cibo

- [1] Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati 1
 - [2] Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti 0
 - [3] Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata 0
 - [4] Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti 0
- Non applicabile NA

Governo della casa

- [1] Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti) 1
 - [2] Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa 1
 - [3] Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa 0
 - [4] Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa 0
- Non applicabile NA

Biancheria

- [1] Fa il bucato personalmente e completamente 1
 - [2] Lava le piccole cose (calze, fazzoletti) 1
 - [3] Tutta la biancheria deve essere lavata da altri 0
- Non applicabile NA

Mezzi di trasporto

- [1] Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto 1
 - [2] Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici 1
 - [3] Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato 1
 - [4] Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza 0
 - [5] Non si sposta per niente 0
- Non applicabile NA

Responsabilità nell'uso dei farmaci

- [1] Prende le medicine che gli sono state prescritte 1
 - [2] Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate 0
 - [3] Non è in grado di prendere le medicine da solo 0
- Non applicabile NA

Capacità di maneggiare il denaro

- [1] Maneggia le proprie finanze in modo indipendente 1
 - [2] È in grado di fare piccoli acquisti 1
 - [3] È incapace di maneggiare i soldi 0
- Non applicabile NA

Totale funzioni conservate ___ /8 (se femmina) - Totale funzioni conservate ___ /5 (se maschio)

piutamente) : questo può – evidentemente – comportare un abbassamento del punteggio non conforme alla realtà dei fatti (vedi dopo : La raccolta delle informazioni). Ed infine : si tratta di scale valutative che esaminano funzioni condizionate dalle capacità fisiche più che gli aspetti intellettivi. Questo comporta che nelle fasi lievi della demenza tutte le ADL possono essere conservate mentre già incominciano a perdersi (o a svolgersi con difficoltà e necessità di supervisione) alcune delle funzioni strumentali, tra cui, ad esempio, proprio la Responsabilità nell'uso dei farmaci (6).

LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI : VI E' DIFFERENZA TRA QUELLO CHE VIENE RIFERITO DAL FAMILIARE (O DALLO STESSO PAZIENTE CON DEMENZA) E QUELLO CHE VIENE DIRETTAMENTE VALUTATO DAL MEDICO ?

Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dal fatto che le informazioni per attribuire i punteggi vengono espresse dal parente o dal caregiver o dallo stesso paziente. Questo – come è facilmente comprensibile – potrebbe ingenerare l'attribuzione di punteggi volutamente bassi così da indirizzare verso la concessione dell'indennità di accompagnamento (7,8) . Esiste tutta una ampia letteratura che negli anni ha dimostrato che le informazioni dei parenti stretti degli anziani con demenza sono imprecise con tendenza alla sovrastima nelle fasi iniziali/moderate e alla sottostima nelle fasi avanzate (9) , pur risultando – tuttavia – più accurate delle informazioni date dagli stessi pazienti (10). Il grado di compromissione cognitiva dell'anziano ha la sua importanza : Ranhoff et al , ad esempio, hanno documentato che si realizza una percentuale di concordanza al Barthel-index del 71 % tra la valutazione del familiare/

caregiver e quella dell'infermiere se il punteggio al MMSE è > 20 mentre tale percentuale scende al 33% se il punteggio al MMSE è < 20 (11). Ed in generale la riproducibilità inter-operatore è molto bassa (con Kappa di Cohen compresi tra 0.2 e 0.3) salendo a 0.6- 0.87 se il punteggio MMSE è > 20 (12). Ed ancora : i caregivers di pazienti con punteggi alti al MMSE tendono a sovrastimare le capacità funzionali rispetto ai caregivers di pazienti con MMSE bassi (13) .

A tali criticità si è cercato di ovviare introducendo scale per la valutazione diretta dello stato funzionale dell'anziano con demenza . La DAFS di Loewenstein et al (Direct Assessment of Functional Status , 14) rappresenta la scala maggiormente utilizzata (15). Richiede circa 40 minuti ed esamina anche funzioni complesse quali l'identificazione dei segnali stradali, la preparazione di una lettera da spedire, il cambio corretto di banconote, gli acquisti di alimenti vari..... La sua effettiva utilità nella valutazione medico-legale è da considerarsi – tuttavia - modesta .

E' POSSIBILE UN APPROCCIO NUOVO ?

Le attività della vita quotidiana in un anziano affetto da demenza non possono essere valutate – come abbiamo cercato di dimostrare - utilizzando il Katz o il Barthel index. Appare fortemente aderente alla realtà clinica e ai ripetuti orientamenti espressi dalla Corte di Cassazione considerare quali attività quotidiane della vita almeno :

1) la capacità di prepararsi il cibo (e non già il semplice atto di mangiare il cibo da altri preparato) ;

2) la capacità di gestire in maniera corretta ed autonoma la terapia farmacologica, con parti-

colare riguardo alla terapia specifica per la demenza (ivi compresi i farmaci utilizzati per i disturbi comportamentali in corso della stessa demenza, c.d. BPSD).

L'opportunità di sostituire la funzione "alimentazione" (presente nelle ADL di Katz) con la funzione "preparazione del cibo" (presente invece nelle IADL di Lawton) è stata già esaminata, come pure quella di introdurre la valutazione "responsabilità nell'uso dei farmaci" (parimenti presente nelle IADL). Altre funzioni presenti nelle IADL di Lawton non possono invece essere considerate atti quotidiani della vita, anche se l'orientamento espresso dalla Corte di Cassazione (C.C.) è negli anni mutato. E così rispetto ad alcune funzioni strumentali quali andare a fare acquisti, attendere alle faccende domestiche più dispendiose, utilizzare mezzi di trasporto.....nel 2004 la sentenza C.C. n. 8060 ha ribaltato un orientamento precedentemente espresso con le sentenze n. 14293/1999 e n. 15303/2001 riconoscendo il diritto all'indennità di accompagnamento anche nel caso in cui il soggetto non sia in grado di uscire dalle mura domestiche al fine di provvedere al rifornimento necessario di vivere e medicinali.

Alcune funzioni previste sia nella scala di Katz che nel Barthel-index – infine – possono essere omesse . E' il caso, ad esempio, dell'autonomia deambulatoria in quanto quello che si vuole qui espressamente valutare è solo ed esclusivamente la capacità di compiere gli atti quotidiani della vita e non la capacità o meno per l'anziano affetto da demenza di deambulare con o senza aiuto permanente di accompagnatore.

Una scala valutativa che prenda dentro tutte queste considerazioni e valutazioni potrebbe essere la Tabella 2.

TABELLA 2 : VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE DELLA VITA NELL'ANZIANO CON DEMENZA : PROPOSTA OPERATIVA.**A - FARE IL BAGNO**

Non riceve assistenza - (punteggio = 1)

Riceve assistenza solo per una parte del corpo (dorso, piedi...) - (punteggio = 1)

Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo - (punteggio = 0)

B - ABBIGLIAMENTO

Prende i vestiti e si veste completamente da solo, senza bisogno di assistenza - (punteggio = 1)

Indossa gli abiti e si veste da solo, eccetto che per allacciarsi le scarpe - (punteggio = 1)

Ha bisogno di assistenza per prendere i vestiti o per vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito - (punteggio = 0)

C - TOILETTE PERSONALE

Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto quali bastoni, deambulatori o sedia a rotelle; può usare vaso di notte o comoda, svuotandoli al mattino) - (punteggio = 1)

Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda - (punteggio = 0)

Non si reca in bagno per l'evacuazione - (punteggio = 0)

D - PREPARAZIONE DEL CIBO

Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati - (punteggio = 1)

Prepara pasti adeguati solo se vengono forniti gli ingredienti - (punteggio = 0)

Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti - (punteggio = 0)

E - RESPONSABILITÀ NELL'USO DEI FARMACI

Prende le medicine prescritte senza assistenza - (punteggio = 1)

Prende le medicine se sono state preparate in precedenza e in dosi separate - (punteggio = 0)

Non è in grado di prendere le medicine da solo - (punteggio = 0)

E' - infine - sempre da considerare l'opportunità di utilizzare insieme alla scala di valutazione delle attività quotidiane della vita qui proposta altri strumenti valutativi quali il già citato MMSE oppure il sistema di stadiazione della demenza CDR (Clinical Dementia Rating) di Hughes ed Heyman (16,17) in modo da ridurre quanto più possibile elementi confondenti improntati ad eccessiva soggettività. La necessità e l'utilità di utilizzare una valutazione clinico-funzionale multidimensionale è stata più volte evidenziata ed ha già trovato importanti conferme "sul campo"(18, 19, 20). Nella valutazione multidimensionale per finalità medico-legali dell'anziano con demenza le ADL originarie di Katz dovrebbero - in buona sostanza- essere sostituite dalla griglia proposta. L'opportunità di ricorrere a scale più complesse

quale quella proposta dal gruppo di Loewenstein, certamente utile in un setting di ricerca clinica, è da escludere sia per l'impegno temporale [assolutamente non giustificabile in maniera routinaria in un contesto medico-legale] e soprattutto perché valuta funzioni strumentali espressamente non considerate, dal legislatore e dalla suprema corte, quali decisive per la concessione dell'indennità di accompagnamento.

CONCLUSIONI :

è giunto forse il momento di un approccio nuovo alla valutazione medico-legale per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento all'anziano affetto da demenza, specificamente nella parte in cui detto riconoscimento si debba basare sulla valutazione degli atti quotidiani della vita. L'indice di Katz ed il Barthel-index, pur ampiamente utilizza-

ti nella pratica, non sembrano rappresentare uno strumento valutativo idoneo. Il setting riabilitativo ed il contesto assistenziale [ricovero, ospedalizzazione...] entro il quale tali indici sono storicamente nati non possono, infatti, essere "passivamente" tralati ed applicati al vissuto quotidiano nella propria abitazione dell'anziano affetto da demenza. L'utilizzo di una scala che integri alcune delle BADL di Katz con due IADL di Lawton appare maggiormente rispettosa del vissuto dell'anziano con demenza che vive a casa propria. L'integrazione di tale nuova griglia con altre scale valutative della severità della demenza quali MMSE e CDR è certamente in grado di ridurre la componente "soggettiva" della valutazione medico-legale, sovente foriera di incomprensioni tra i soggetti coinvolti. Allo stesso modo, l'accettazione "passiva" di

semplici punteggi in assenza di una valutazione funzionale diretta può comportare una disistima [in difetto o in eccesso] delle reali autonomie dell'anziano. Da questo punto di vista - cioè - non è superfluo ribadire che il ridurre la concessione (o non concessione) dell'indennità di accompagnamento a numeri sganciati da una valutazione multidimensionale e dalla osservazione funzionale diretta del paziente non ha alcuna logica, né legale né professionale. La proposta qui avanzata si aggancia all'esperienza che già sta maturando all'interno di associazioni scientifiche quali l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) e l'Associazione Italiana di Psicogeriatrics (AIP). L'applicazione della nuova griglia su di un campione quanto più possibile numeroso e rappresentativo dovrebbe - evidentemente - rappresentare la tappa successiva per valutare la sua efficacia e la sua riproducibilità, anche in contesti regionali differenti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ministero del Tesoro, circolare n. 14 del 29 settembre 1992 ;
- 2) Cassazione Civile sezione Lavoro, sentenza n. 1268 del 21.01.2005 ;
- 3) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. IV ed. Washington D.C. American Psychiatric Association 1994 ;
- 4) Katz S, Down TD et al : Progress in development of the index of ADL. Gerontologist 1970 ; 10:20-30 ;
- 5) Mahoney FI, Barthel DW : Functional evaluation : the Barthel index. Maryland State Medical Journal 1965 ; 14:61-65 ;
- 6) Lawton MP : Instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9:179-186 ;
- 7) Manzo C : Il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento nell'anziano : alla ricerca di un linguaggio comune. Ger Extraosp 2008 ; 1 (VII) : 49-51 ;
- 8) Manzo C, Ianuale N et al : Il peso della valutazione a fini medico-legali dell'anziano con presunto decadimento cognitivo in un centro territoriale dedicato. Psicogeriatrics 2010; 2: 51-54 ;
- 9) Ostbye T, Tyas S, Mc Dowell I et al : Reported activities of daily living : agreement between elderly subjects with and without dementia and their caregivers . Age and aging 1997 ; 26:99-106 ;
- 10) Kyak H, Teri L, Borson S : Physical and functional health assessment in normal aging and in Alzheimer's disease. Self reports versus family reports. The gerontologist 1994 ; 34:324-330 ;
- 11) Ranhoff AH, Laake K : The Barthel ADL index : scoring by the physician from patient interview is not reliable. Age Aging 1993 ; 22: 171-174 ;
- 12) Sainsbury A, Seebass G, Bansal A et al : Reliability of the Barthel index when used with older people. Age Aging 2005 ; 34 (3) : 228-232 ;
- 13) Loewenstein DA, Arguelles S, Bravo M et al : Caregivers' judgments of the functional abilities of the Alzheimer's disease patient. A comparison of proxy reports and objective measures. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2001 ; 56 (2) : 78-84 ;
- 14) Loewenstein DA et al : A new scale for the assessment of functional status in Alzheimer's disease and related disorders. J Gerontol Psychol Sci 1989 ; 4 : 114-121 ;
- 15) Martyr A, Care L : Executive function and activities of daily living in Alzheimer's disease : a correlational meta-analysis . Dement Geriatr Cogn Disord 2012 ; 33 (2-3) : 189-203 ;
- 16) Hughes CP, Berg L, Danzinger WL et al : A new clinical scale for the staging of dementia. Br J Psychiatr 1982; 140:566-572 ;
- 17) Heyman A, Wilkinson WE, Hurwitz et al : Early-onset Alzheimer's disease : clinical predictors of institutionalization and death. Neurology 1987; 37: 980-984 ;
- 18) Manzo C, Veneziano G, Canonico V et al : Il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento al paziente anziano affetto da demenza : una proposta operativa. Psicogeriatrics 2014 ; 2: 60-65 ;
- 19) De Vreese LP, Bruno P, Giuliani G et al : La valutazione medico-legale della demenza: validazione di una griglia valutativa multidimensionale. G Gerontol 2014 ; 62:161-171 ;
- 20) Veneziano G, Manzo C, Canonico V et al : Il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento al paziente anziano: una proposta operativa del working-group AGE - invalidità civile. Ger Extraosp 2014; IX (3-4): 6-10.

L'ANZIANO FRAGILE: I LUOGHI DELLE CURE

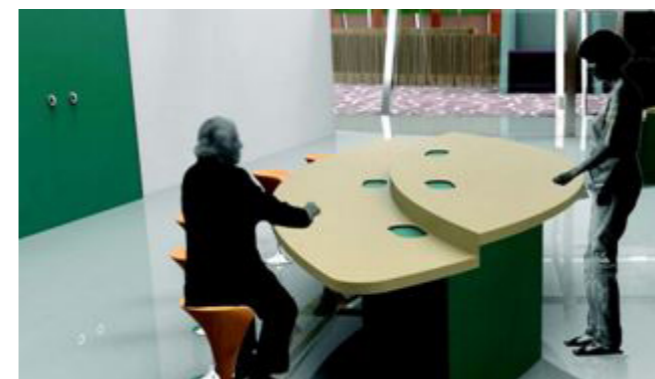
IL DESIGN PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA

Stefano Salvi

Pubblichiamo volentieri, come primo articolo della sezione socio-comportamentale, il discorso dell'architetto Stefano Salvi dell'ISIA di Roma. E' un efficace esempio di come dalla collaborazione di professionisti di diversa estrazione, in questo caso geriatrici e architetti, possa scaturire un pensiero positivo a favore dei più fragili, con l'impegno di tradurre in azioni concrete le convinzioni espresse e i progetti virtuali. Auspichiamo, anzi prevediamo che la collaborazione tra AGE ed ISIA continui e che in queste pagine vengano registrati i dibattiti, i progetti via via che si svilupperanno e le loro realizzazioni.

L.B.

La ricerca illustrata in queste pagine si inserisce nell'ambito delle attenzioni che l'ISIA di Roma, prima Scuola Superiore pubblica per il Design fondata da Giulio Carlo Argan e Aldo Calò nel 1973, rivolge da sempre al design inteso quale mezzo per suggerire ed attuare progetti che



contribuiscano al miglioramento della qualità della vita delle persone. In particolare, il tema della ricerca suggeritoci dalla Prof.ssa Luisa Bartorelli, geriatrica

tra con la quale il nostro Istituto aveva già avuto modo di sviluppare tematiche legate a progetti



dedicati al malato di Alzheimer, si proponeva, in vista dell'XI Congresso Nazionale AGE, di affrontare il tema dei luoghi delle cure per la persona anziana.

Il gruppo di ricerca si è posto nella condizione di ascolto dei bisogni, delle aspettative e delle condizioni della persona anziana dotata di propria autonomia, analizzando caratteristiche e carenze tra i servizi in essere e individuando nell'inclusione il valore da porre al centro dell'intera ricerca. Estendendo quindi il suo significato originario ad un più vasto ambito di partecipazione e integrazione sociale.

Si è indagato su quali potessero essere, oltre l'ambito domestico o istituzionale, i luoghi dedicati alla

cura di sé della persona anziana: luoghi caratterizzati da ambienti appositamente progettati per supportare attività favorevoli a una consapevole longevità atti-

va ed il mantenimento di una permanente affettività nei confronti della propria e della altrui persona.

Luoghi che la persona anziana raggiunge per svolgere attività favorevoli al mantenimento del suo benessere, non rinchiusi all'interno di anonimi casseggiati, ma evidenti nel contesto urbano e atti ad individuare nuove polarità, all'interno delle quali

le fasce d'età sempre più longeve ritrovano il piacere sociale della propria esistenza dopo avere abbandonato le prassi lavorative della "vita - cosiddetta - attiva".

Questi sono i luoghi della "vita attiva 2.0", luoghi della cura di sé, ma anche incubatori dell'incontro con altri; luoghi attrattori di interessi e di scambi, dove l'anziano inteso come detentore e portatore di patrimoni di esperienze diviene divulgatore di culture e sapienze che rischiano l'oblio e che qui trovano spazi, tempi e modi adatti per la loro conservazione ed il loro trasferimento alle nuove generazioni. **"Fa bene agli anziani - dice Papa Francesco - comunicare la saggezza ai giovani e fa bene ai giovani raccogliere questo patrimonio di esperienze e saggezza e portarlo avanti".**

Sono stati assunti 5 scenari come percorsi del quotidiano per l'altrove delle cure: **"Nutrizione - Attività creative - Attività fisiche - Valorizzazione della persona - Prendersi cura di..."**



ficarne la fattibilità, sotto i diversi aspetti della realizzabilità e della fruibilità, in relazione al ruolo che questi “luoghi delle cure” possono assumere nella città e nell’abitudine dei cittadini.

La prima parte della ricerca, interpreta i 5 scenari in una visione sistemica, strategica e sostenibile per la gestione della complessità. I percorsi del quotidiano, intesi alla soddisfazione di bisogni importanti per assicurare uno stile di vita sano per persone di ogni età, si traducono in un sistema di buone prassi per bene invecchiare e per prevenire e gestire l’insorgenza di disturbi o malattie croniche e allungare quindi il periodo di autonomia della persona.

In questa fase sono state delineate proposte praticabili per rigenerare l’ambiente di vita urbano, con la definizione delle delle funzioni chiave di nuovi ambienti dedicati alle cure ed al benessere.

Nella seconda fase della ricerca i concept precedentemente elaborati sono stati sottoposti a nuove analisi dedicate a veri-

La qualità e la funzionalità degli spazi come primaria attenzione del progetto viene ricercata attraverso un sistema di opportunità relazionali tra i diversi ambienti facenti parte di un unico insieme, evidenziate



da percorsi di avvicinamento, di transito e di fruizione.

I “luoghi” sono concepiti quali organismi autonomi, composti ciascuno di più elementi connessi all’interno di un unico sistema dedicato ad una specifica “cura”. La loro configurazione morfologica in rapporto

alle funzioni e alle attività che si svolgeranno al loro interno, la fondamentale cura del loro rapporto con l’intorno e con l’esterno, la relazione con il contesto di prossimità urbana sono solo alcuni tra gli obiettivi primi posti alla base del brief iniziale.

I luoghi delle cure dedicati all’anziano fragile sono quindi pensati come nuove polarità, nuovi brani di città, nuove tipologie di servizi urbani per la collettività: così come altri luoghi, come quelli per lo studio e la formazione, per lo sport, per lo spettacolo, per la conservazione della cultura e dell’arte sono luoghi di aggregazione sociale e di crescita consapevole.

Questi nuovi luoghi delle cure vogliono essere parti della città che l’anziano avrà piacere di frequentare perché lì, più che altrove, troverà gli

incentivi maggiori per prendersi cura di sé nelle modalità più diverse; luoghi nei quali la cura della propria persona viene incentivata dalla presenza di non anziani, di giovani ai quali dedicare, direttamente o indirettamente parte del proprio tempo libero. Luoghi di relazioni e di inclusione sociale. Luoghi di nuove possibili start up.

Questa fase della ricerca ha portato a delineare la fattibilità degli scenari originariamente individuati. Ciascun luogo è caratterizzato da un linguaggio diverso ma da un’unica filosofia. Il design e l’architettura tentano di interpretare i bisogni e divengono strumenti per il miglioramento della qualità della vita.

I nuovi interventi, sempre di scala contenuta, vengono pen-



sati per andare a riempire i “vuoti” urbani delle periferie operando così virtuosi “rammendi”, o vanno a caratterizzare margini di aree verdi con le quali entrano in una relazione diretta, anche grazie alle caratteristiche delle tipologie e delle tecnologie costruttive leggere, oltre che ai

materiali individuati, adatti ad una industrializzazione che ne faciliti la replica, come un logo legato a ciascuno scenario facilmente identificabile nel contesto urbano.

Ogni ambiente di ciascun “luogo” si dota quindi di un sistema di attrezzature funzionale al migliore svolgimento delle attività previste, dando origine ad una serie di suggestioni e di suggerimenti da sottoporre alle considerazioni degli operatori.



DISTURBI PSICHIATRICI E SVILUPPO DI DEMENZA

PSYCHIATRIC DISORDERS AND DEVELOPMENT OF DEMENTIA

Vincenzo Canonico, Claudia Masciello, Nicola Ferrara
Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

RIASSUNTO:

Da un'analisi critica della letteratura scientifica degli ultimi anni si evidenzia una correlazione tra la presenza in età adulta di disturbi psichiatrici e aumentato rischio di sviluppare Demenza in età avanzata, sia per meccanismi fisiopatologici comuni ad entrambe le aree patologiche, sia a causa delle terapie comunemente usate per trattare problemi d'ansia e schizofrenia. Essendo ormai acclarato, inoltre, che l'associazione del disturbo psichiatrico con la Demenza determina una riduzione dell'aspettativa di vita dei pazienti, risulta evidente la necessità, da parte del geriatra, di valutare i primi sintomi di deficit cognitivo insorti in un paziente psichiatrico per poter porre una diagnosi di demenza con gli strumenti classici, e trattare, oltre la patologia psichiatrica, anche il disturbo cognitivo associato.

PAROLE CHIAVE:

Depressione, pseudodemenza, Schizofrenia, Malattia di Alzheimer, Demenza fronto-temporale

ABSTRACT :

Recent scientific literature highlights the correlation between the exposition to psychiatric disorders in adulthood and the increased risk to develop Dementia in the elderly, in reason of, on one side, pathophysiological mechanisms common to both the pathological areas and, on the other side, therapies generally used in anxiety problems and schizophrenia treatment. Moreover, having now ascertained that the combination of psychiatric disease with Dementia causes a reduction in patient's life expectancy, geriatrician needs to evaluate early cognitive impairment symptoms in a psychiatric patient in order to establish a diagnosis of Dementia using classical methods and to treat, besides psychiatric pathology, the associated cognitive disorder, as well.

KEY-WORDS:

Depression, Pseudodementia, Schizophrenia, Alzheimer's Disease, Frontotemporal Dementia

La letteratura scientifica degli ultimi anni ha concentrato la sua attenzione sull'individuazione dei possibili fattori di rischio per lo sviluppo di Demenza. Le condizioni patologiche maggiormente studiate e chiamate in causa fino ad oggi sono certamente i fattori di rischio cardiovascolare, tra questi il diabete mellito di tipo II, la dislipidemia, l'ipertensione arteriosa sono stati messi in correlazione con lo sviluppo di una demenza in età avanzata (1)

Al di là dei fattori citati vi sono altre condizioni che potrebbero predisporre al deficit cognitivo. Sembra, infatti, che condizioni psichiatriche quali depressione del tono dell'umore, disturbo bipolare, disturbo d'ansia generalizzato e schizofrenia siano strettamente correlate allo sviluppo di Demenza con risultati tuttavia non sempre univoci (2). Infatti per quanto riguarda la depressione, in diverse review pubblicate dal 2001 al 2011 per alcuni autori risulta evidente come una storia di depressione in età giovanile sia da considerarsi fattore di rischio per lo sviluppo di demenza in età avanzata (3), per altri (4) non è ancora chiaro se la depressione debba essere considerata fattore di rischio oppure fattore prodromico della Demenza stessa, altri ancora osservano che il rischio di sviluppare Demenza sia strettamente correlato con il numero degli episodi depressivi (5). I meccanismi fisiopatologici che mettono in correlazione la presenza di disturbi psichiatrici in

giovane età con lo sviluppo di demenza in età avanzata sono molteplici, tra questi anche alcuni di tipo indiretto, ad esempio è noto che la Depressione è associata ad una scarsa cura per il proprio benessere, il che comporta l'attuazione di uno stile di vita malsano che porta a riduzione dell'attività fisica, obesità e spesso dipendenza da fumo e/o alcool, fattori di rischio cardiovascolare che predispongono a cerebrovasculopatia, che spesso sfocia in Demenza conclamata in età avanzata. Considerazioni simili possono essere ovviamente fatte anche a proposito del disturbo bipolare, della schizofrenia e del disturbo d'ansia (6).

Altra possibile spiegazione della correlazione tra disturbi psichiatrici e demenza è la coesistenza in entrambe le aree patologiche

o un evento secondario, è ormai certo che in molti soggetti l'infiammazione gioca un ruolo importante per lo sviluppo della malattia (8).

Numerosi studi epidemiologici hanno segnalato che nei soggetti sottoposti a terapie con farmaci anti-infiammatori non steroidei (come l'aspirina o simili) si osserva una diminuita incidenza della demenza e del decadimento cognitivo età-associato, quindi le sostanze ad attività pro-infiammatoria sono importanti nell'induzione di parte della neurodegenerazione associata al decadimento cognitivo, ai deficit della memoria e all'insorgenza della demenza. Inoltre studi istopatologici hanno messo in evidenza che nel cervello dei pazienti con la malattia di Alzheimer esistono lesioni caratteristiche, quali un'i-

che può portare ad un'aumentata vulnerabilità per lo sviluppo di qualsiasi forma di Demenza (10). Infatti a livello del tessuto nervoso l'insulina lega uno specifico recettore ad attività tirosin-chinasica intrinseca. Tale via metabolica è implicata nell'attivazione di geni coinvolti nel trofismo neuronale e sinaptico, nella riparazione sinaptica dopo insulto tossico e, soprattutto, nella modulazione della plasticità sinaptica nell'ippocampo, coinvolto nell'apprendimento e nella memoria. Una deficienza sistemica e/o la resistenza all'insulina, toglie all'encefalo il suo importante stimolo trofico. Altre azioni riconosciute all'insulina sono la fosforilazione dei recettori NMDA per il glutammato e la regolazione della sintesi di acetilcolina, entrambi coinvolti nello sviluppo di un

Tab. 1 Diagnosi differenziale tra Pseudodemenza e Demenza

Pseudodemenza	Demenza
Lieve deficit della memoria	Deficit di memoria rilevante
Evidente deficit attentivo	Deficit attentivo non sempre presente
Insorgenza improvvisa	Esordio graduale
Progressione rapida	Evoluzione a volte lenta e progressiva
Consapevolezza del deficit mnestico	Scarso insight
Enfasi della disabilità	Tendenza a mascherare e negare i deficit
Umore costantemente depresso (GDS>10/30)	Umore non sempre depresso
Punteggio al MMSE ai limiti bassi del range (25/30)	Punteggio al MMSE nel range della deficitarietà (<25/30)

di una neuroinfiammazione. L'ipotesi di un coinvolgimento di una anomala risposta immunitaria nella patogenesi della malattia di Alzheimer è ormai stata ampiamente discussa (7). Infatti, anche se non è ancora chiaro se i processi infiammatori presenti nel cervello dei pazienti affetti siano un evento primario

per-attivazione degli astrociti e della glia cerebrale (astrogliosi reattiva), queste cellule accessorie dell'encefalo producono e rilasciano molecole con funzione infiammatoria (9). Anche l'insulino-resistenza, presente nei soggetti con disturbi dell'affettività, è stata associata a riduzione del volume ippocampale

deficit cognitivo (11). Discutendo di depressione nell'anziano, merita una trattazione estesa la condizione clinica definita come "pseudodemenza", forma di depressione, tipica dell'età geriatrica, che si manifesta con sintomi prevalentemente di tipo cognitivo, quali disorientamento spazio-temporale, rallentamento

psico-motorio, deficit attentivo, apatia e indifferenza per l'ambiente circostante, alterazioni comportamentali, aprassia dell'abbigliamento e amnesia procedurale. In questi soggetti la memoria è poco intaccata, ma i pazienti sono disattenti a ciò che accade loro intorno e quindi incapaci di trattenere le informazioni. Per porre diagnosi differenziale, bisogna tener presente che nella pseudodemenza ritroviamo, a differenza della demenza, le seguenti caratteristiche cliniche: insorgenza improvvisa, progressione rapida, consapevolezza del deficit mnesico, enfasi della disabilità, comportamento incongruo alla gravità del deficit, risposte generiche (per esempio "non so"), umore depresso (Tab. 1). È fondamentale integrare tali informazioni con questionari validati che permettano di quantificare con un punteggio la sintomatologia, di stabilire una prognosi e di impostare una corretta terapia. Le scale di valutazione più utilizzate in tale ambito nei pazienti geriatrici sono la Geriatric Depression Scale (GDS), la Hamilton Depression Rating Scale e il Mini Mental State Examination (MMSE) (12).

Per quanto riguarda il disturbo d'ansia generalizzato, diversi autori sono concordi nel ritenere che al di là del disturbo di base, l'incremento del rischio di sviluppare demenza sia legato principalmente all'uso prolungato e sistematico di farmaci ad azione ansiolitica, prevalentemente Benzodiazepine. In uno studio prospettico durato 15 anni su un gruppo di 1063 pazienti Billioti de Gage et al. segnalano un rischio aumentato di sviluppare Demenza maggiore del 50% nei soggetti che hanno fatto uso sistematico di Benzodiazepine, rispetto a pazienti che non hanno mai assunto farmaci di tale categoria (13). Le benzodiazepine rappresentano

la classe di farmaci attualmente più utilizzata per alleviare i sintomi dell'ansia e l'insonnia. Le indicazioni secondo le linee guida prevedono l'uso in acuto e per brevi periodi di tempo, al massimo qualche settimana, in quanto l'uso a lungo termine si associa a molti effetti collaterali e complicazioni quali cadute e fratture (14). Attualmente il consumo delle benzodiazepine è spesso cronico e soggetto ad abuso, per cui tende ad essere più duraturo e persistente nel tempo. Gli effetti a breve termine sono ben conosciuti, infatti le benzodiazepine agiscono come agonisti a livello dei recettori del sistema gabaergico (il principale sistema neurotrasmettitoriale inibitorio cerebrale), con le ben note azioni sedativa, ansiolitica ed antiepilettica a livello centrale. È possibile che l'effetto sul deterioramento cognitivo o prodementigeno possa essere legato prevalentemente a benzodiazepine a lunga emivita, che portano frequentemente ad accumulo nei pazienti anziani. D'altro canto insonnia ed ansia sono sintomi aspecifici, che possono precedere di diversi anni lo sviluppo di demenza, pertanto l'uso delle benzodiazepine potrebbe non essere il fattore determinante il suo sviluppo ma una condizione coincidente. In sintesi le benzodiazepine rimangono un utile trattamento per gli stati acuti ansiosi e per l'insonnia, ma l'uso cronico ed incontrollato nel paziente anziano può portare ad effetti dannosi sia per quanto riguarda rischio di cadute e conseguenti fratture, sia per deficit cognitivi ed aumentato rischio di demenza. Pertanto l'utilizzo ed i possibili benefici a breve termine devono essere sempre valutati con cautela alla luce di questi eventi avversi, limitandone la prescrizione, ove possibile, solo per poche settimane e, comunque, è sempre consigliabile

prediligere altre categorie di farmaci quali antidepressivi con blanda azione ansiolitica come gli inibitori del reuptake di Serotonina e Noradrenalina (15-16). La schizofrenia quale fattore di rischio per demenza è stata presa in considerazione in diversi studi, uno recentissimo condotto da G. Douad e coll. sottolinea un collegamento tra la malattia di Alzheimer e la schizofrenia stessa, dimostrando come alcune aree cerebrali (corteccia entero modale e le regioni limbiche e paralimbiche) siano coinvolte in entrambe le patologie secondo una relazione non lineare e simmetrica, a forma di U rovesciata, tra lo specifico network cerebrale e l'età dei partecipanti. Sembra infatti che le aree che compongono questo network giungano a maturazione per ultime (inizio della U rovesciata, corrispondente all'adolescenza), raggiungono un picco, a 40 anni circa (apice della curva) e, allo stesso tempo, sono le prime a deteriorarsi con l'età (fine della U rovesciata, corrispondente alla vecchiaia). Lo studio fa riferimento ad un modello neurofisiologico presentato per la prima volta da Raz. et al. nel 2000 ormai condiviso dalla comunità delle neuroscienze e definito "last-in, first-out" secondo cui le aree cerebrali che si sviluppano più tardi sono anche le prime a subire processi di degenerazione (17-18). Partendo da questa ipotesi, è stato condotto uno studio in cui 484 partecipanti sani, di età compresa tra 8 e 85 anni che sono stati sottoposti a risonanza magnetica strutturale per esaminare i cambiamenti collegati all'età nelle strutture cerebrali, seguendo un approccio datadriven (guidato dai dati risultati dallo studio e non da un'ipotesi antecedente). I risultati dello studio hanno confermato una progressiva perdita di sostanza grigia in seguito all'invecchiamento cerebrale duran-

te l'adolescenza (inizio della U rovesciata) e l'invecchiamento (fine della U rovesciata), e quindi, rispettivamente, in corso di schizofrenia e malattia di Alzheimer. Il modello spaziale comune di anomalie osservate in questi due disturbi, che emergono alle estremità opposte dello spettro vita, potrebbe essere influenzato dal tempo di insorgenza dei diversi processi patologici che portano a distruzione il cervello. Tale andamento correla inoltre con i deficit cognitivi tipici della schizofrenia e della Malattia di Alzheimer, cioè, rispettivamente, con le abilità intellettive e la memoria episodica (19).

Già agli inizi del '900 il Neuropsichiatra tedesco Emil Krae-

gnosi di Demenza, sviluppo di multipli deficit cognitivi che includa alterazioni della memoria e almeno uno dei seguenti: Afasia (disturbi della produzione e comprensione del linguaggio), Aprassia (incapacità nel movimento volontario), Agnosia (incapacità di riconoscimento degli oggetti), Alterazione delle funzioni esecutive, ha stimolato la strutturazione di studi clinici per verificare l'ipotesi secondo cui i pazienti schizofrenici abbiano un progressivo declino cognitivo associato e/o causato da modificazioni anatomofisiologiche cerebrali (20). Contributo rilevante in tal senso è derivato da uno studio condotto da Andreasen e coll. che ha analizza-

sia nel deficit cognitivo severo che nella schizofrenia conclamata(22-24).

Evidenze indirette di tale studio sono rappresentate, inoltre, dai potenziali effetti dannosi sull'anatomia e la fisiologia cerebrali dei farmaci antipsicotici. Eventi avversi degli antipsicotici su alcune funzioni cognitive supportate dal sistema cerebrale frontostriatale sono stati stabiliti in diversi modelli preclinici (25) in particolare, in studi condotti con l'ausilio della fMRI, è stata dimostrata una riduzione della connettività in regione prefrontale e una riduzione di volume della corteccia frontale e temporale e della sostanza bianca in regione parietale con

Tab. 2 Diagnosi differenziale tra Schizofrenia e Demenza Fronto-Temporale

	Schizofrenia	Demenza fronto-temporale
Caratteristiche dei deliri	A prevalente carattere di dispercezione corporea o manie di persecuzione riguardanti la propria persona	Strettamente inerenti le attività della vita quotidiana (furto, rumori, pensione)
Funzioni cognitive alterate	<ul style="list-style-type: none"> • Fluenza verbale • semantica • memoria di lavoro • funzioni esecutive 	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria immediata • memoria differita • orientamento visuo-spaziali
Andamento del deficit cognitivo	Stabile nel tempo	Progressivo-evolutivo

pelin, al quale si deve la sistematizzazione della nosografia psichiatrica, definiva quella che oggi chiamiamo schizofrenia, "demenza praecox", dato che il deficit cognitivo è una caratteristica comune nella schizofrenia e spesso precede la diagnosi psichiatrica e perdura anche quando la sintomatologia psicotica si attenua. Il dato che i disturbi cognitivi in corso di schizofrenia siano spesso tanto severi da rispondere ai criteri diagnostici classici per la dia-

to 202 pazienti per un periodo di 18 anni. L'obiettivo primario di tale studio è stato quello di valutare l'associazione clinica tra modificazioni in senso atrofico del cervello e durata della psicosi persistente. L'attività ipermetabolica regionale e l'eccitotossicità glutammatergica durante un episodio di psicosi acuta rappresentano certamente potenziali meccanismi di neurotossicità nella psicosi (21), questo rende ragione degli effetti benefici della Memantina

l'uso intenso e prolungato di farmaci ad azione antipsicotica. Altri studi condotti recentemente mettono in relazione, inoltre, la schizofrenia con la Demenza fronto-temporale, mostrando come al neuroimaging risultino alterazioni nel sistema fronto-striatale in entrambe le patologie, compatibilmente con le deficitarie performances in comune nei pazienti con demenza fronto-temporale variante comportamentale e pazienti con schizofrenia (26).

Dai risultati di questi studi si evince che la presentazione clinica di una Demenza Fronto-Temporale non è sempre di univoca interpretazione e può risultare uno dei dilemmi dello psicogeriatra, soprattutto quando vicariata da una diagnosi psichiatrica in epoca antecedente, dato che i disturbi comportamentali possono precedere il manifestarsi del deficit cognitivo.

Disturbi comportamentali insorti o esacerbati dopo i sessant'anni necessitano sempre di un adeguato approfondimento diagnostico integrato con neuroimaging e valutazione neuropsicologica specifica, volta ad evidenziare una demenza ad esordio frontale che potrebbe essere misconosciuta, portando all'assunzione di farmaci ad azione antipsicotica gravati dal rischio di numerosi effetti collaterali.

Alcuni dati possono aiutare nell'orientare il clinico in una diagnosi differenziale. Innanzitutto la natura dei deliri nella demenza si differenzia da quelli di una schizofrenia, i deliri dei pazienti affetti da demenza sono generalmente correlati ai deficit di memoria e strettamente inerenti le attività della vita quotidiana (furto, rumori esterni, persecuzioni, pensioni fantomatiche), a differenza dei deliri allucinatori dei pazienti schizofrenici che spesso hanno un carattere prevalentemente di dispercezione corporea (alterazione dei propri connotati o manie di persecuzione che riguardano la propria persona). Altre indicazioni che orientano per la diagnosi le possiamo ottenere dal test di valutazione globale delle funzioni cognitive, i punteggi al MMSE dei pazienti schizofrenici spesso rientra nel range della deficitarietà, soddisfacendo i criteri per la demenza, ma i pazienti generalmente risultano competenti per quan-

to riguarda la memorizzazione e il recupero di informazioni, l'orientamento e il calcolo, ma risultano deficitari nella fluenza verbale e nella semantica, a differenza dei pazienti con demenza che presentano un significativo declino cognitivo incentrato prevalentemente sul deficit mnestico e l'orientamento visuo-spaziale. Infine, generalmente il deficit cognitivo nei soggetti schizofrenici si mantiene pressochè stabile nel tempo, non assumendo l'andamento progressivo invalidante che invece assume nelle forme di demenza (Tab 2) (27-29).

Essendo ormai acclarato che l'associazione del disturbo psichiatrico con la Demenza determina una riduzione dell'aspettativa di vita del paziente, risulta evidente la necessità di approfondire i meccanismi alla base di tale associazione. La comorbilità tra disturbo psichiatrico e demenza diminuisce la sopravvivenza nei pazienti soprattutto in quelli di età avanzata ed in presenza di eventuali patologie internistiche concomitanti. E' necessario quindi nei pazienti psichiatrici valutare i primi sintomi di deficit cognitivo all'esordio per poter porre una diagnosi di demenza, con gli strumenti classici, e trattare oltre la patologia psichiatrica anche il disturbo cognitivo associato (30).

BIBLIOGRAFIA

1) Abete P, Della Morte D, Gargiulo G et al: Cognitive impairment and cardiovascular diseases in the elderly. A heart-brain continuum hypothesis. *Ageing Res Rev.* 2014; 18: 41-52;

2) Zilkens RR, Bruce DG, Duke J et al: Severe psychiatric disorders in mid-life and risk of dementia in late-life (age 65-84 years): a population based case-control study. *Curr Alzheimer Res.* 2014; 11(7): 681-93;

3) Ownby RL, Crocco E, Acevedo A et al: Depression and risk for Alzheimer disease systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63: 530-8;

4) Jorm AF: History of depression as a risk factor for dementia an updated review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001; 35: 776-81;

5) Dotson VM, Beydoun MA, Zonderman AB: Recurrent depressive symptoms and the incidence of dementia and mild cognitive impairment. *Neurology.* 2010; 75: 27-34;

6) Alexopoulos GS: Vascular disease, depression, and dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(8): 1178-80;

7) Maes M: Depression is an inflammatory disease, but cell-mediated immune activation is the key component of depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011; 35(3): 664-75;

8) Koyama A, O'Brien J, Weuve J et al: The role of peripheral inflammatory markers in dementia and Alzheimer's disease a meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2013; 68(4): 433-40;

9) Rasgon N, Jarvik L: Insulin resistance, affective disorders, and Alzheimer's disease review and hypothesis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004; 59(2): 178-83;

10) Rasgon NL, Kenna HA, Wroolie TE et al: Insulin resistance and hippocampal volume in women at risk for Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging.* 2011; 32(11): 1942-8;

11) Bedse G, Di Domenico F, Serviddio G et al: Aberrant insulin signaling in Alzheimer's disease: current knowledge. *Front Neurosci.* 2015; 16; 9:

204. doi: 10.3389/fnins.2015.00204;

12) Kang H, Zhao F, You L et al: Pseudo-dementia: A neuropsychological review. *Ann Indian Acad Neurol.* 2014; 17(2): 147-54;

13) Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F et al: Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ.* 2012; 27; 345-353;

14) Van Strien AM, Koek HL, van Marum RJ et al: Psychotropic medications, including short acting benzodiazepines, strongly increase the frequency of falls in elderly. *Maturitas* 2013; 74 (4): 357-362;

15) Biggio G. Le benzodiazepine. Dalle molecole alla pratica clinica. Milano: Springer-Verlag Italia 2000;

16) Costa E, Guidotti A, Mao CC: Evidence for the involvement of GABA in the action of benzodiazepines: studies on rat cerebellum. *Adv Biochem Psychopharmacol* 1975; 14: 113-30;

17) Hill J: Similar patterns of cortical expansion during human development and evolution. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2010; 107(29): 13135-13140;

18) Craik FIM, Salthouse T: Handbook of Aging and Cognition – II. Erlbaum; Mahwah, NJ: 2000. pp. 1-90;

19) Douaud G, Groves AR, Tamnes CK et al: A common brain network links development, aging, and vulnerability to disease. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2014; 111(49): 17648-17653.

20) Wenberger DR, Mc Clure RK: Neurotoxicity, neuroplasticity, and magnetic resonance imaging morphometry: what is happening in the schizophrenic brain? *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 553-558;

21) Andreasen NC, Liu D, Ziebell S et al: Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 609-615;

22) Bogerts B: The temporolimbic system theory of positive schizophrenic symptoms. *Schizophr Bull* 1997; 23: 423-435;

23) Coyle JT, Basu A, Benneyworth M et al: Glutamatergic synaptic dysregulation in

schizophrenia: therapeutic implications. *Handb Exp Pharmacol* 2012; 213: 267-295;

24) Takahashi N, Sakurai T, Davis KL et al: Linking oligodendrocyte and myelin dysfunction to neurocircuitry abnormalities in schizophrenia. *Prog Neurobiol* 2011; 93:13-24;

25) Lui S, Li T, Deng et al: Short-term effects of antipsychotic treatment on cerebral function in drug-naïve first episode schizophrenia revealed by "resting state" functional magnetic resonance imaging. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 783-792;

26) Thomas W, Weickert B, Felicity L et al: Probabilistic association learning in frontotemporal dementia and schizophrenia. Research report. *Cortex* 2013; 49: 101-106;

27) Rowan EL: Phantom boarders as a symptom of late paraphrenia. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 580-581;

28) Lin JS, O'Connor E, Rossom RC et al: Screening for cognitive impairment in older adults: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2013; 159: 601-612;

29) Friedman JI, Harvey PD, Coleman T et al: Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: a comparison with Alzheimer's disease and normal aging. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1441-1448;

30) Meng X, D'Arcy C, Tempier R et al: Survival of patients with incident dementia who had a pre-existing psychiatric disorder: a population-based 7-year follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012; 27 (7): 683-91.

FINE VITA E QUALITÀ DELLA CURA: LA CENTRALITÀ DELLA COMUNICAZIONE

Flavia Caretta *

Riassunto

Negli ultimi decenni abbiamo assistito ad uno sviluppo tecnologico straordinario, con una corrispondente estensione dei limiti della medicina, ma anche ad un cambiamento negli atteggiamenti riguardo la vita e la morte. Cambiamento che in gran parte è connesso al prolungamento dell'aspettativa di vita, agli interventi medici di fine vita, alla propensione alle morti in ospedale, anche quando il paziente desidera morire nella propria casa. Nella fase terminale della vita è quanto mai importante l'aspetto della comunicazione fra i professionisti sanitari, il paziente, i familiari: una comunicazione inadeguata è causa di disagio e ansia, sia per il paziente che per i familiari, e può avere un impatto negativo sull'elaborazione del lutto. Al contrario, curare la comunicazione facilita il processo decisionale, permettendo di esprimere e mettere in atto le preferenze di cura. La fine della vita non è un evento, ma un processo che si svolge nel corso di giorni, settimane, mesi: per assicurare una migliore qualità di vita è importante concentrarsi sul quotidiano, piuttosto che sui momenti estremi.

Parole -chiave:

Fine vita, Comunicazione, Qualità di vita, Qualità della morte.

Abstract

The last several decades have seen extraordinary growth in the technologies and corresponding expanding limits of medicine, but also a change in our attitudes toward life and death. This change is largely reflected in increasing life expectancies, medical interventions at the end of life, and the propensity for deaths taking place in hospitals, even as patients indicate they wish to die in their homes. While effective communication is important in any health care setting, at the end of life it is essential improved communication among health professionals, patients, and families: poor communication can cause deep distress, both for the patient and their loved ones, and may adversely impact on post-bereavement outcomes. On the other hand, good communication allows patients and their families to make informed decisions about healthcare and to express and meet their preferences for end-of-life care. End-of-life communication is not an event, but a process, ideally built up over days, weeks or months: to ensure a better quality of life is important to focus on daily, rather than extreme moments.

Key-Words:

End of life, Communication, Quality of life, Quality of death.

Introduzione

Quella che viene definita come fase terminale nel decorso clinico di un paziente costituisce forse la sfida più impegnativa e coinvolgente per gli operatori sanitari. I medici in particolare sono "programmati" per guarire, non per accompagnare il paziente alla morte; la morte viene spesso vissuta come una sconfitta, se non come un fallimento professionale.

La cultura tecnologica ha specializzato i saperi, aumentando le possibilità di diagnosi e cura del paziente, ma spesso ne ha frantumato l'identità e quindi le relazioni interpersonali tra chi cura e chi è curato (1).

La stessa Evidence Based Medicine (EBM) ha spostato l'accento da un approccio clinico al paziente fondamentalmente basato sull'esperienza clinica, a un nuovo modello fondato su linee guida, protocolli prestabiliti, basati sulle migliori e più aggiornate prove di efficacia nel prendere le decisioni che riguardano i trattamenti da attuare per un singolo paziente.

In realtà, ogni domanda di cura racchiude non soltanto una semplice richiesta di aiuto tecnico in vista del recupero della salute, ma anche una esigenza di relazione. Ignorare questa dimensione, significherebbe ridurre la medicina ad applicazione di una tecnica, trasformando il rapporto tra l'operatore e il paziente in una prestazione di

* Dipartimento di Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia, Policlinico Universitario "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Roma.
Email: flavia.caretta@rm.unicatt.it

servizi, senza tener conto che esso è in primo luogo l'incontro con una persona (2). Per cercare di comprendere la prospettiva del paziente nell'ultima fase della vita, vanno tenute presenti le molteplici dimensioni da considerare: se ciò che sta avvenendo al corpo si può attribuire alla situazione clinica, quanto sta avvenendo emotivamente dipende dall'accettazione interiore e dagli atteggiamenti (collera, rimorsi, sconforto, rassegnazione), quanto sta avvenendo spiritualmente dipende dalle domande, dal senso della situazione, e - se il paziente esprime la propria spiritualità in categorie religiose - ciò che sta avvenendo nella dimensione della religiosità dipende dalle convinzioni di fede. I professionisti sanitari dovrebbero essere consapevoli di trovarsi di fronte ad una persona che ha bisogno di un aiuto rivolto a tutte queste dimensioni e non solo a quella fisica.

La fase terminale della vita in ambito geriatrico

Nelle discussioni attuali sulle tematiche di fine vita e sulla dignità della morte, l'attenzione dominante è focalizzata sui pazienti oncologici o neurologici, in fascia di età adulta e con particolare riguardo alle decisioni terapeutiche; non è altrettanto evidente l'attenzione alla qualità della vita e della morte della persona anziana (3). Eppure, come conseguenza della generazione dei babyboomers - che ora si trovano in età geriatrica - e dei notevoli progressi della medicina, si muore sempre più da anziani e le residenze geriatriche stanno divenendo sempre più l'ambiente assistenziale e il luogo della morte per un numero crescente di anziani fragili con malattie croniche. Solo negli ultimi tempi si sta acquisendo la consapevolezza di una

popolazione anziana in crescita continua, con una maggiore prevalenza di fragilità, di polipatologie, di perdita di funzione sul piano fisico e cognitivo, che richiede un sostegno sempre più complesso (4). Inoltre, è indubbio che - perlomeno nelle società occidentali - il luogo storico della morte, cioè "la propria casa" sta venendo meno e questo fa sì che l'esperienza attuale della morte sia molto diversa da quella espressa nei desideri di molti. Infatti, anche se la maggior parte indica la propria casa come luogo preferenziale dove morire, la morte avviene molto più frequentemente nelle diverse tipologie residenziali.

La letteratura internazionale che ha studiato gli aspetti attinenti la fine della vita nelle residenze geriatriche è già molto ampia: vi è consenso sul riscontro che le cure di fine vita in residenze geriatriche sono generalmente carenti nella qualità (5). Si denuncia un'alta vulnerabilità degli ospiti riguardo alla loro dignità, sottoposta alle costrizioni dei bisogni assistenziali. È evidente che il riconoscimento della dignità non è solo a livello individuale e personale, ma è piuttosto strettamente collegato ai valori sociali, che influenzano notevolmente gli standard assistenziali delle istituzioni in cui vivono anziani fragili. Dagli studi sulla qualità di vita degli anziani, emerge la rilevazione di una profonda sofferenza psicosociale ed esistenziale sperimentata da molti di loro; è comune la constatazione che poche nursing home ancora oggi considerano la diagnosi e un possibile aiuto a questa sofferenza nella pratica assistenziale. Inoltre, in poche residenze geriatriche si attua la valutazione multidimensionale, considerata come la moderna tecnologia in ambito geriatrico che permette di individuare i diversi problemi della persona

e di attuare la migliore assistenza possibile (7,8). Da ricordare inoltre la situazione del paziente con demenza avanzata, che in genere non viene percepito come "terminale" e non riceve di conseguenza un'assistenza adeguata nella prospettiva delle cure palliative (9): una mancanza di consapevolezza che spesso consegue ad una carenza di comunicazione con il paziente e con i familiari. Risultati confermati anche da una ricerca in ambito italiano (10): tra i vari indicatori di qualità dell'assistenza considerati - quali ad esempio l'uso di mezzi di contenimento fisico, di farmaci psicoattivi, la mancanza di documentazione sui processi decisionali, la scadente qualità assistenziale - si evidenzia l'insoddisfazione nella comunicazione.

Qualità di vita e qualità della morte

Nel dibattito odierno in ambito medico e bioetico, non solo la qualità di vita, ma anche la qualità della morte viene evidenziata come una priorità; in un rapporto pubblicato dall'Economist Intelligence Unit, si è cercato di "misurare" la qualità della morte in 40 nazioni (11), partendo dal presupposto che la cura alla fine della vita dovrebbe comprendere, oltre agli aspetti clinici e assistenziali, alla disponibilità di servizi adeguati, anche gli aspetti sociali, spirituali, legali che sono rilevanti per la qualità della morte. Tra gli elementi considerati nella valutazione, un peso determinante lo riveste la qualità della comunicazione tra medico e paziente. Da ricordare che nella classifica stilata dall'Economist Intelligence Unit al primo posto risulta la Gran Bretagna, seguita dall'Australia, mentre l'Italia è solo 24esima. I conflitti circa le cure mediche, che si verificano di frequente nella fase terminale, minano le

relazioni terapeutiche, creando insoddisfazione tra pazienti, operatori sanitari, famiglia. A volte possono derivare da semplici incomprensioni circa le cure mediche, ma più spesso il conflitto deriva dalla sensazione di essere non ascoltati o ignorati (12). In genere si è portati a credere che parlare di argomenti che riguardano la morte e il morire, possa aumentare il carico emotivo del medico e aggravare lo stress per il paziente e per i familiari (13). Questa convinzione spesso fa sì che operatori sanitari, parenti ed amici dei pazienti morenti si chiedano: "ma che cosa posso dire?" senza trovare risposte. Eppure si è evidenziato che favorire la comunicazione su questi argomenti non risulta particolarmente stressante per gli operatori e può essere di aiuto, per i pazienti e per i loro familiari. Rilevante, oltre alla comunicazione che si instaura con il paziente, quella con i familiari, da considerare forse come l'aspetto più importante dell'inter-professionalità nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Per il paziente, i familiari costituiscono un legame fondamentale con il mondo esterno, con la sua biografia personale, con i suoi valori (14). È quindi fondamentale inserire la famiglia del paziente nel circuito della collaborazione professionale (15), tenuto conto che una comunicazione efficace con la famiglia può addirittura migliorare il processo clinico e gli stessi outcome (16). Quali possono essere le strategie più adeguate? Dalla ricerca e dall'esperienza clinica se ne sottolineano alcune, quali il parlare in modo semplice e veritiero, l'ascolto, la volontà di parlare con la persona, il comunicare le "cattive notizie" con sensibilità, ma anche incoraggiare le domande, l'essere attenti a cogliere i momenti nei quali il paziente vuol parlare della morte imminente.

Un aspetto fondamentale è che il medico riesca ad essere veritiero e sincero senza distruggere ogni speranza. Caratteristiche tutte di una comunicazione che inizia con la diagnosi e che deve accompagnare il paziente fino al momento della morte (17). La comunicazione è spesso la componente principale della gestione del paziente nelle patologie croniche e nelle cure palliative: a volte è tutto quanto si può offrire al paziente. È stato affermato che, a confronto con la maggior parte dei farmaci, le abilità nella comunicazione hanno indubbiamente un'efficacia palliativa (spesso riducono significativamente i sintomi), un ampio indice terapeutico (il sovradosaggio è raro), e il problema più comune nella pratica è un dosaggio sub-ottimale (18). Anche le criticità che emergono nelle decisioni di fine vita derivano spesso da carenze nella comunicazione (19).

Ad esempio, negli Stati Uniti da oltre 20 anni sono state implementate le direttive avanzate come strategia per migliorare le cure di fine vita. Si sostiene che siano state adottate soprattutto per supplire alla mancanza o comunque alle difficoltà di comunicazione. Eppure è in corso una nuova discussione sulle dichiarazioni anticipate, perché non sembrano aver risolto il problema di una comunicazione adeguata. Tra le possibili cause si indicano, oltre agli atteggiamenti dei medici, infermieri, parenti, la disorganizzazione o la mancanza di chiarezza nella documentazione, il linguaggio vago e inconsistente dei documenti. Inoltre, anche se le dichiarazioni anticipate sembrano aumentare la possibilità che vengano rispettate le decisioni del paziente, in realtà la percentuale di compliance risulta essere scarsa (20). Al fine di la qualità del fine vita vanno sviluppate le abilità co-

municative nelle conversazioni con i pazienti per facilitare la comprensione e l'espressione delle loro volontà (21). Un altro aspetto sempre più determinante anche in ambito sanitario è quello economico: a questo proposito fanno riflettere le conclusioni di uno studio condotto su oltre 600 pazienti oncologici per i quali si prevedeva un'aspettativa di vita di 6 mesi (22). Si è evidenziato che nell'ultima settimana di vita i costi aumentavano drasticamente per il ricorso ad ospedalizzazione, ricoveri in reparti di terapia intensiva, implementazione di terapie aggressive. Si è studiata l'associazione tra costi e qualità di vita nell'ultima settimana di vita, per valutare se le spese potevano essere giustificate da una migliore qualità di vita: si è constatato che i pazienti che avevano avuto vari colloqui con i medici sulle loro preferenze di cura erano sottoposti in minor misura a terapie aggressive.

I risultati dimostrano che, in aggiunta ai costi più elevati, le carenze nella comunicazione si associano ad una peggior qualità della morte, secondo quanto espresso dai familiari. Ne deriva allora che una comunicazione adeguata, oltre a contenere le spese sanitarie, può essere in grado di migliorare la qualità della vita e della morte.

Caratteristiche di una comunicazione e relazione nel fine vita

Un fattore cruciale nella comunicazione riguarda anche i tempi in cui viene attuata: per assicurare una migliore qualità di vita al morente, occorre concentrarsi sul quotidiano, piuttosto che sui momenti estremi. In questa prospettiva, vanno tenuti presenti alcuni fattori che possono essere di ostacolo per il paziente nel dare un significato alla terminalità. Le perdite

a livello fisico ed emotivo, la dipendenza da altri, sono aspetti inevitabili con cui il paziente si deve confrontare, ma a questi si aggiungono spesso una scarsa conoscenza e rispetto per le differenze culturali e per le convinzioni religiose, la mancanza di interazioni significative e un dialogo non adeguato con gli operatori (23).

In sintesi, si potrebbe affermare che la comunicazione e una relazione continuativa portano a prendere le decisioni migliori. Negli ultimi giorni di vita, l'approccio convenzionale del "provare a fare qualcosa per il paziente", dovrebbe spostarsi dall'aspetto tecnologico a quello relazionale (24).

Il timore più profondo vissuto prima di tutto dal paziente, ma anche dai familiari, è quello di essere abbandonati. Quando il piano di cura prevede di interrompere i trattamenti volti a incidere sulla patologia, è un momento particolarmente delicato, in cui il paziente ha bisogno di essere rassicurato sulla continuità del rapporto con il medico.

Si deve riaffermare il valore professionale del "non-abbandono" (25), principio fondamentale della medicina, valore chiave della professionalità medica (26,27), che richiede di assicurare la continuità di cura sia per la disponibilità nella competenza che nella relazione terapeutica, ma anche di curare la conclusione di una tale relazione, rendendosi presenti e disponibili ai familiari dopo il decesso. Due presupposti appaiono imprescindibili per attuare una comunicazione soddisfacente; il primo è la formazione dei medici e degli operatori sanitari ad assistere le persone al termine della vita, formazione ancora carente sia a livello accademico che nel post-laurea.

Il secondo consiste nell'imparare a lavorare in équipe, dato

che attualmente la medicina esige non più la competenza del singolo professionista, ma piuttosto l'integrazione di svariate competenze. Si dimostra di vitale importanza anche per assicurare al paziente i migliori risultati grazie all'integrazione delle diverse professionalità (28).

Confrontando gli ambiti sanitari dove si attuano modalità di collaborazione reale all'interno del team di cura, si è evidenziato che i fattori che più influenzano la soddisfazione degli operatori e l'efficacia percepita del team risultano essere la collaborazione, la risoluzione del conflitto, la partecipazione, la coesione (29). I diversi operatori potranno acquisire in tal modo un "atteggiamento omogeneo", senza contraddizioni, e il paziente potrà scegliere l'interlocutore preferenziale, più consono alla sua sensibilità.

Il team non va letto solo nella prospettiva del paziente, anzi, dovrebbe essere letto prima di tutto nella prospettiva degli operatori: è il primo luogo per elaborare anche quegli oneri psicologici e spirituali che il lavoro assistenziale, nel tempo, può comportare. La possibilità di condividere con altri il coinvolgimento emotivo di fronte ad una situazione particolarmente dolorosa, di confrontare una decisione difficile, di chiedere un parere è un aiuto fondamentale.

Un'ulteriore riflessione: si sta affermando l'importanza di comprendere la cura spirituale all'interno dell'équipe multidisciplinare, con il risultato tra l'altro della riduzione del rischio di terapie aggressive, oltre al miglioramento della qualità di vita (30).

Ma il "prendersi cura" secondo quanto considerato finora, ha ripercussioni anche sulla dimensione psichica e relazionale del medico e dell'operatore. In questo modo si potrà realizzare

un ambiente assistenziale che sia realmente "terapeutico" nel significato più ampio del termine, per ogni persona coinvolta nella relazione di cura.

BIBLIOGRAFIA

1) Cadeddu A, (2007) Qualità e sanità: un dialogo per l'umanizzazione. Filosofia, pedagogia, medicina e psicologia, Franco Angeli, Bologna, 2007.

2) Russo MT, La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica in medicina, Vita e Pensiero, Milano 2006.

3) Caretta F, Bernabei R, Le cure palliative nel rispetto della fine vita, Vita Pensiero 2010(3):115-119.

4) Sharp T, Moran E, Kuhn I, Barclay S, Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis. Br J Gen Pract. 2013 Oct; 63(615): e657-e668.

5) Pleschberger S, Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view Age Ageing 2007; 36: 197-202.

6) Forbes-Thopson S, Nursing Homes and Suffering: Part of the Problem or Part of the Solution. J Applied Gerontology 2006; 3:234-251

7) Lopez R. Palan, Suffering and Dying Nursing Home Residents: Nurses' Perceptions of the Role of Family Members. J Hospice Palliative Nursing 2007;9(3) May/June

8) Forbes-Thopson S, Nursing Homes and Suffering: Part of the Problem or Part of the Solution, in "Journal of Applied Gerontology" 2006; 3:234-251

9) Mitchell SL, Kiely KD, Hamel MB, Dying With Advanced Dementia in the Nursing Home, in "Archives of Internal Medicine" 3(2004), pp. 321-326

10) Di Giulio P., Toscani F., Villani D., Brunelli C., Gentile S., P. Spadin P., Dying with Advanced Dementia in Long-Term Care Geriatric Institutions: A Retrospective Study. Journal Of Palliative Medicine 11(7);2008:1023-1028

11) The quality of death. Ranking end-of-life care across the world. A report from the Economist Intelligence Unit. Lien Foundation, 2010

12) Kendall A., Arnold R.M., Conflict Resolution: Careful Communication. Journal of Palliative Medicine 11(6);2008: 925-927

13) Emanuel E.J., et al, Talking With Terminally Ill Patients and Their Caregivers About Death, Dying, and Bereavement Is It Stressful? Is It Helpful? Archives Internal Medicine. 2004;164:1999-2004.

14) Lopez R.P., Suffering and Dying Nursing Home Residents: Nurses' Perceptions of the Role of Family Members. Journal of Hospice and Palliative Nursing. 2007;9(3):141-149

15) Thompson DE., Interprofessionalism in health care: Communication with the patient's identified family. J Interprof Care. 2007 Oct;21(5):561-3.

16) Bluestein D, Latham Bach P, Working with families in long term care. J Am Med Dir Assoc 2007;8(4):265-270

17) Wenrich DM, Curtis R, Shannon ES, Carline DJ, Ambrozy MD, Ramsey GP, Communicating With Dying Patients Within the Spectrum of Medical Care from Terminal Diagnosis to Death. Arch Intern Med 2001;161:868-874.

18) Buckman R, Communication and emotions. Skills and effort are key. BMJ 2002;325:672

19) Garas N., Pantilat S. Z., Advance Planning For End-of-Life Care, Agency for Healthcare Research and Quality, Chapter 49, U.S. Department of Health and Human Services, 540 Gaither Road Rockville, MD 20850, 2001

20) Dobalian A, Advance care planning documents in nursing facilities: results from a nationally representative survey. Arch Gerontol Geriatr. 2006;43:193-212

21) Almack K, Cox K, Moghaddam N, et al. (2012) After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end-of-life care. BMC Palliative Care 11: 15.

22) Zhang B et al, Health Care Costs in the Last Week of Life. Archives of Internal Medicine 2009;169:480-488

23) Dwyer LL, Nordenfelt L, Ternstedt BM, Three Nursing Home Residents Speak About Meaning At the End of Life. Nursing Ethics 2008;15(1);97-109

24) Pang MC, Volicer L, Chung PM, Chung YM, Leung WK, White P., Comparing the ethical challenges of

forgoing tube feeding in American and Hong Kong patients with advanced dementia. *J Nutrition Health Aging* 2007;11(6):495-501

25) Back AL et al., Abandonment at the End of Life From Patient, Caregiver, Nurse, and Physician Perspectives Loss of Continuity and Lack of Closure. *Arch Intern Med.* 2009;169(5):474-479.

26) Quill TE, Cassel CK. Nonabandonment: a central obligation for physicians. *Ann Intern Med.* 1995;122(5):368-374

27) Pellegrino ED. Nonabandonment: an old obligation revisited. *Ann Intern Med.* 1995;122(5):377-378.

28) Youngwerth J, Twaddle M, Cultures of interdisciplinary teams: how to foster good dynamics. *J Palliat Med.* 2011;14(5):650-4

29) Lemieux C, Mc Guire WL, What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature, *Med Care Res Rev* 2006;63(3): 263-300

30) Balboni TA et al, Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death. *J Clin Oncol* 2010;28(3):445-452

LA STORIA DELLA POLIMIALGIA REUMATICA E DELLA ARTERITE GIGANTO-CELLULARE : LE TAPPE PRINCIPALI.

THE HISTORY OF POLYMYALGIA REUMATICA AND GIANT CELL ARTERITIS.

Elisa Manzo, Ciro Manzo

RIASSUNTO:

L'articolo ripercorre le principali tappe della storia della Polimialgia Reumatica e della Arterite Temporale, patologia ad essa caratteristicamente associata. Malgrado il termine Polimialgia Reumatica sia stato usato per la prima volta solo nel 1957, la prima descrizione di tale malattia deve essere retrodatata almeno fino al 1888. Il termine Polimialgia reumatica continua ad essere utilizzato anche se è stato dimostrato che il suo substrato anatomico-patologico è rappresentato da una sinovite extra-articolare e non da una sofferenza muscolare. Il termine Arterite Temporale compare per la prima volta in letteratura nel 1932 ma è certo che era nota già nel 1400 ed alcuni sostengono fosse presente addirittura già al tempo dei faraoni.

ABSTRACT:

the article traces the main phases of the history of Polymyalgia Rheumatica and Giant Cell Arteritis. Despite the term "Polymyalgia Rheumatica" was used for the first time in 1957 by Barber, the first description of this disease must be backdated to 1888. Although it has been proved that it is an extraarticular synovitis and not a muscular disease, the term Polymyalgia Rheumatica continues to be used. Giant Cell Arteritis is a vasculitis typically connected to polymyalgia rheumatica. The term "Giant Cell Arteritis" appears for the first time in 1932. The term "Arteritis of Horton" was afterward proposed to respect the doctor who first described this vasculitis. However, the presence of temporal arteritis in a picture of 1436 (The curate Van der Paele painted by Jan van Eyck) backdates the existence of this vasculitis. An archaeological find from a tomb of Egyptian pharaohs' XVIII° dynasty has lead to the theory that this vasculitis was already present 2000 years before.

Si deve a Barber l'impiego, per la prima volta in letteratura, del termine Polimialgia Reumatica con la pubblicazione nel 1957 su *Annals of Rheumatic Diseases* (1) dei dati relativi a 12 pazienti (10 donne e 2 uomini, età compresa tra 46 e 68 anni) affetti da dolori a collo, cingolo scapolare, cingolo pelvico e muscoli del tronco associati a netta elevazione della velocità di eritrosedimentazione (VES) con valori compresi, nella maggioranza dei casi, tra 80 e 90 mm. Molti di essi presentavano febbre, dimagrimento, astenia con allettamento. Ciò aveva indotto Barber a porre diagnosi di sindrome mialgica con effetti costituzionali: polimialgia reumatica. All'epoca si riteneva, infatti, che i dolori fossero a genesi muscolare. Il merito di Barber fu, tra gli altri, quello di aver nettamente distinto questo quadro sia dall'artrite reumatoide che dalla polimiosite.

Tuttavia un quadro clinico sovrapponibile era già stato descritto nel 1888 da Bruce come Gotta reumatica senile (2). Bisogna considerare che ai tempi di Bruce il termine gotta reumatica veniva usato per indicare diversi quadri artrici non necessariamente collegati all'acido urico. Anche altri autori avevano descritto ben prima di Barber il paziente polimialgico, utilizzando terminologie le più diverse (Periartrosi scapolo-omerale febbrile, Meulengracht - 1945; Reumatismo peri-extraarticolare, Holst e Johansen

- 1945; Pseudopoliartrite rizo-
melica, Forestier e Certonciny
- 1953). Nel 1955 Kersley in
una comunicazione al II° con-
gresso europeo di reumatologia
tenutosi a Barcellona aveva par-
lato di una sindrome mialgica
dell'anziano con reazione siste-
mica (3), espressione molto vi-
cina a quella usata appena due
anni dopo da Barber.

Nel tempo si è - poi - dimo-
strato che alla base della Polimialgia
Reumatica (PMR) vi è una sinovi-
te extra-articolare. Ad esempio,
il dolore e la limitazione funzio-
nale del cingolo scapolare sono
dovuti ad una borsite sottoacro-
miale e sottodeltoidea [presenti
pressoché costantemente] as-
sociata, meno frequentemente,
ad una tendinite del capo lungo
del bicipite brachiale (Figura 1,
4).

Ma il termine Polimialgia Reu-
matica è rimastomalgrado
sia improprio e fonte di fre-
quente confusione terminologi-
ca (ad esempio con la fibromial-
gia, patologia completamente
differente, 5).

Altra tappa storica importante
deve essere considerata la se-
gnalazione, nel 1983, da parte
di Ellis e Ralston di PMR con VES
perfettamente normale (6). Tale
eventualità è stata ripetutamen-
te confermata e viene attual-
mente stimata pari al 10-20 %
dei casi. L'esistenza di forme di
PMR a VES normale deve essere
ben tenuta presente per evitare
errori diagnostici.

Come noto, la malattia che più
frequentemente si associa alla

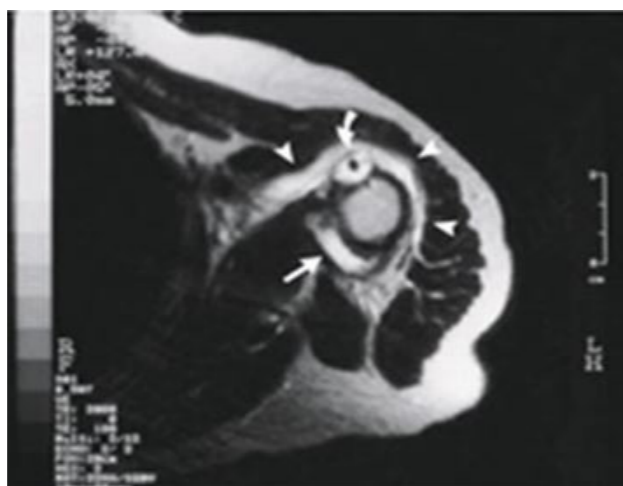
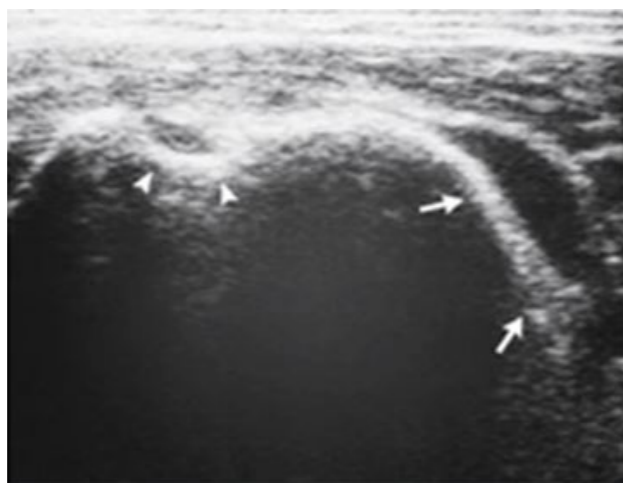


Figura 1 : borsite sottoacromiale e sottodeltoidea con associato versamento a carico della guaina del capo lungo del bicipite brachiale in paziente con PMR.

PMR è rappresentata dall'Arteri-
te temporale di Horton. Non a
caso nei criteri diagnostici pro-
posti da Hunder nel 1982 viene
espressamente segnalato che la
presenza di Arterite temporale
(AT) non controindica la diagno-
si di PMR (tabella 1), laddove in-
vece l'esclusione di altre diagno-
si rappresenta conditio sine qua
non per poter porre diagnosi di
PMR. Successivamente al 1982,
altri criteri diagnostici sono stati

proposti ma l'asso-
ciazione tra PMR ed
AT non è mai stata
messa in discussio-
ne.

L'arterite tempora-
le di Horton è nota
almeno dal 1400 : è
infatti del 1436 il Ri-
tratto del canonico
Van der Paele di Jan
van Eyck, esposto al
museo municipale
di Bruges (figura 2)
(8) . In esso la pre-
senza di un turgore
dell'arteria tempora-
le di sinistra è ben
evidente (vedi frec-
cia).

E tuttavia la pre-
senza sulla tomba
di PA-Eton-Em-Eb
della 18° dinastia
(1350 a.C.) di un ar-
pista anziano e cieco
con una linea scura
in corrispondenza
dell'area tempora-
le (figura 3) ha fatto
avanzare l'ipotesi
che l'arterite tempora-
le fosse conosciu-
ta già nell'antico Egitto (9).

Il termine Arterite di Horton
vuole essere un omaggio al
dott. Bayard Horton internista
della Mayo Clinic il quale nel
1932 descrisse due pazienti con
interessamento flogistico del-
le arterie temporali associato
a cefalea e disturbi visivi e con
presenza di cellule giganti nei
campioni biotici delle arterie
temporali (10). La presenza del-

le cellule giganti multinucleate
rappresenta un elemento di-
stintivo di tale arterite denomi-
nata, non a caso, anche Arterite
Giganto-cellulare.

Bisogna attendere il 1938 per-
ché Bain segnali l'esistenza di
manifestazioni cliniche della
PMR in pazienti affetti da AT (11)
ma è solo nel 1963 che Alestig e
Barr documentano la presenza
biotica di arterite gigantocellu-
lare nei malati di PMR (12). L'as-
sociazione tra Arterite di Horton
e PMR è così caratteristica da
consentire l'espressione "Malat-
tia di Horton" per quei pazienti
che presentano manifestazioni
delle due patologie (figura 4). Si
stima che il 10-15% dei pazienti
con PMR possa sviluppare una
AT. La AT può comparire in qual-
siasi momento della storia della
PMR ma se interviene dopo più
di 3 anni dall'inizio della PMR si
presenta - per solito - in forma
aggressiva e con interessamen-
to dei grossi vasi (specie la car-
otide) (13). Nel 1997 uno studio
elegantemente condotto (14)
ha dimostrato che è rara l'in-
sorgenza di AT nelle forme di
PMR ad esordio prima dei 70
anni . Tale dato, confermato in
successive comunicazioni (15),
deve essere tenuto ben in conto
nella pratica clinica.



Figura 2 : Ritratto del canonico Van Der Paele



Figura 3 : Arpista cieco per sospetta arterite temporale



Figura 4 : Le principali manifestazioni cliniche della Malattia di Horton .

Tabella 1 : Criteri diagnostici per la PMR sec. GG Hunder (7)

1	Età > 50 anni ;
2	Dolore bilaterale con rigidità mattutina (persistenti per almeno un mese) in due delle seguenti aree: collo o tronco, spalle o parte prossimale delle braccia, anche o parte prossimale delle cosce;
3	VES > 40 mm/ora ;
4	Esclusione di altre diagnosi ad eccezione dell'arterite temporale

BIBLIOGRAFIA

- 1) Barber HS : Myalgic syndrome with constitutional effects : polymyalgia reumatica. Ann Rheum Dis 1957 ; 16:230-237 ;
- 2) Bruce W : Senile rheumatic gout. Br Med J 1888 ; 2:811-813 ;
- 3) Kersley GD :A myalgic syndrome of the aged with systemic reaction. 2° European Congress of Rheumatology. Barcelona, 1951, vol- I, 388;
- 4) Salvarani et al : Polymyalgia reumatica : a disorder of extraarticular synovial structures ? J Rheumatol 1999; 26:517-521 ;
- 5) Manzo C, Balduccelli M, Cappiello F. et al : Prevalence and incidence of polymyalgia reumatica in Massa Lubrense, Italy. Trends Med 2009 ; 9 (2) : 85-89 ;
- 6) Ellis ME, Ralston S : The ESR in the diagnosis and management of the polymyalgia reumatica/ giant cell arteritis syndrome. Ann Rheum Dis 1983; 42:168-170 ;
- 7) Chuang T-Y, Hunder GG, Ilstrup DM et al : Polymyalgia reumatica : a 10-year epidemiologic and clinical study. Ann Intern Med 1982; 97:672-680 ;
- 8) Dequeker J : Polymyalgia reumatica and temporal arteritis as painted by Jan Van Eyck in 1436. Can Med Ass J 1981; 124:1597 ;
- 9) Appelboom T, van Heighem A : How ancient is temporal arteritis ? J Rheumatol 1990 ; 17, 929 ;
- 10) Horton BT, Magath TB, Brown GE : An undescribed form of arteritis of the temporal vessels. Proc Staff Meet Mayo Clin 1932 ; 7, 700 ;
- 11) Bain CW : Arteritis in the temporal arterie s. Lancet 1938; I ; 527
- 12) Alestig K, Barr J : Giant cell arteritis : biopsy study of polymyalgia reumatica including one case of Takayasu's disease. Lancet 1963, i,1228 ;
- 13) Wilson JL, Balabanova M, Calamia KT : Characteristic of patients who develop giant cell arteritis years after the onset of polymyalgia reumatica. First conference on PMR/GCA, Prato, 25-26 may 1999 ;
- 14) Rodriguez-Valverde V, Sarabia JM, Gonzalez-Gay M : Risk factors and predictive models of giant cell arteritis in polymyalgia reumatica. Am J Med 1997; 102:331-336 ;
- 15) Portioli I, Salvarani C, Boiardi L et al : La polimialgia reumatica. In : Atti 100° Congresso Società Italiana Medicina Interna, Roma 1999, pag. 53.

Il diritto alla qualità della vita non ha età



KCS caregiver Cooperativa sociale

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

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

La nostra MISSIONE:

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

Cosa FACCIAMO:

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

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

Il nostro APPROCCIO:

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

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

KCS gruppo cooperativo paritetico

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

KCS live

Nasce come ulteriore risposta alle difficoltà dell'attuale mercato, rivolta ad una clientela privata interessata ad appaltare i servizi socio assistenziali, sanitari ed eventualmente alberghieri (ristorazione, pulizie, lavanderia). È subentrata a KCS caregiver in alcuni contratti grazie all'adozione del regime di non applicazione I.V.A., individuando in tale opportunità offerta dalla normativa la possibilità di proporsi al Cliente con una sia pur lieve riduzione di prezzo che, considerate le difficoltà economiche attuali, in alcuni casi risulta determinante per il mantenimento o l'acquisizione di servizi.



Via dell'Artigianato 22 – 20864 Agrate Brianza (MI)
Tel. 039.65.61.71 – Fax 039.60.56.765
direzione@kscscaregiver.it - www.kscscaregiver.it

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

