

Newsletter dell'Associazione Italiana di Psicogeriatra

Dicembre 2009

Care amiche ed amici dell'AIP,

anche il mese di novembre appena trascorso è stato ricco di lavoro e di impegno per i soci e per l'AIP nel suo insieme.

Avete visto in questi giorni il programma preliminare del 10° Congresso Nazionale (Gardone Riviera 15-17 aprile 2010); presto riceverete anche il testo stampato, perché possiate meglio farlo conoscere anche a colleghi o cultori della nostra materia. Come avete potuto verificare, siamo riusciti a trovare uno spazio significativo per molte idee e proposte; il fatto, però, di aver dovuto rinunciare a suggerimenti di rilievo ci dispiace e induce a progettare per l'anno seguente l'estensione di un giorno della durata del Congresso (finanze permettendo!).

In novembre si è tenuto a Saint Vincent per opera dell'AIP piemontese un convegno che ha riunito tutte le UVA della regione attorno a temi di grande interesse culturale ed operativo, trattati ad un livello molto elevato. Anche a Palermo è stata organizzata una riunione delle UVA alla quale hanno partecipato tutte quelle della Sicilia occidentale; la Sicilia si distingue positivamente per una voglia di fare davvero significativa, in linea con l'attuale coraggioso impegno dell'Amministrazione regionale di attenzione ai problemi delle persone affette da malattie croniche. Infine, una riunione dell'AIP Calabria è stata tenuta a Lamezia Terme, segnale importante di rivitalizzazione della sezione. Nell'occasione è stata eletta presidente Amalia Bruni, studiosa e medico di grande valore, che ci onora con la sua partecipazione all'AIP.

Il giorno 11 novembre è stato presentato a Bologna, nel corso di un affollatissimo convegno organizzato dall'editore Maggioli, il libro curato per noi da Fabrizio Asioli dal titolo: "Assistenza in psicogeriatra. Manuale di "sopravvivenza" dell'operatore geriatrico". Si tratta di 7 capitoli (l'indice è accluso) che riguardano il benessere degli operatori in area psicogeriatrica e le modalità per rendere più incisivo il loro lavoro. Il volume, importante sul piano culturale e pratico, ha l'unico limite di essere stato scritto solo da medici, non rispettando così la reale suddivisione del lavoro nei nostri ambiti. La tematica ha però ancor di più stimolato l'attenzione verso la possibile apertura di AIP alle persone che dedicano impegno di cura insieme con i medici nei vari servizi. Il libro verrà distribuito a tutti i soci nel corso del prossimo Congresso Nazionale.

L'Associazione ha concesso il patrocinio a numerose altre iniziative, che non elenco in questa sede per valorizzare quelle organizzate direttamente dalle nostre sezioni; la loro frequenza ed importanza testimonia un rinato, vivo interesse per le problematiche psicogeriatriche.

A questa mia lettera trovate accluse alcune brevi notizie e commenti (Cester, Mossello e Villani), che riguardano i nostri soci. Li allego perché ritengo siano di interesse generale e possano stimolare il dibattito.

In questi mesi continuiamo a leggere recensioni di libri che riguardano le problematiche dell'assistenza sanitaria nelle sue diverse forme. In particolare si insiste molto sul rapporto medico-paziente, accusato in vari modi di essere in crisi, sebbene se ne rilevi la grande necessità per una medicina realmente efficace. Alcuni di questi volumi sono scritti da medici, altri da cittadini, ma parimenti sono indirizzati ad incolpare la gestione della sanità di essere la causa della perdita di valore della relazione tra il medico ed il paziente. Chi ha occhi per vedere non può non confermare questa lettura critica della realtà; dove però sarebbe necessaria un'analisi più approfondita è nella ricerca della cause del rapporto negativo che si è creato. E' solo colpa della modernità che imporrebbe vincoli tecnico-scientifici, organizzativi ed economici alla libertà del medico? Ma non è forse anche lui cittadino del suo tempo e quindi fruitore delle innovazioni, che poi ritiene di leggere solo per il versante negativo? Recentemente una pubblicazione del Center for Policy Research USA intitolava così un proprio rapporto: "La sovranità del medico: la persistenza pericolosa di un'idea

obsoleta”. Non credo che questa critica debba essere accettata, però ci poniamo l’interrogativo se il medico possa conservare ancora la sua centralità se non accetta di confrontarsi con la realtà che lo circonda e che lo insidia, affrontando le sfide e vincendo i confronti con determinazione ed impegno culturale. Una critica diffusa ed aprioristica verso il nostro ambiente di lavoro porterà solo ad un’ulteriore progressiva marginalizzazione del medico, con danni rilevanti per il paziente, ma anche con una forte frustrazione personale. Quante volte mi è capitato di incontrare colleghi illustri e molto preparati paralizzati all’interno di una capsula di rifiuto della realtà, che di fatto rendeva quasi inutile anche il loro ruolo di medici! E’ possibile sfuggire a questa trappola? Prima di tutto con una buona dose di orgoglio che ci porta a non rinunciare al nostro ruolo di “curanti” efficaci, nonostante tutte le insidie. Poi è necessaria un’attenzione colta alle motivazioni che si frappongono al nostro lavoro, studiando i problemi ed analizzandone l’importanza o meno rispetto al raggiungimento di un risultato significativo nel singolo paziente o in un gruppo. Quante discussioni inutili, ad esempio, sui DRG o sui budget si sarebbero potute evitare solo con un maggiore impegno di studio e quindi di confronto e di dibattito, senza ostilità preconcepite. Solo dopo questa fase saremmo tutti più pronti (e rispettati) quando volessimo porre confini invalicabili a chiunque voglia limitare la nostra professionalità.

Marco Trabucchi

ASSISTENZA IN PSICOGERIATRIA
Manuale di “sopravvivenza” dell’operatore psicogeriatrico

INDICE

	Introduzione	Fabrizio Asioli Marco Trabucchi
1.	Le professioni e la questione della formazione	Marco Trabucchi
2.	La dimensione organizzativa: la eterogeneità dei luoghi	Angelo Bianchetti
3.	La dimensione multidisciplinare: l'équipe	Luigi Ferrannini
4.	La dimensione della responsabilità professionale	Elvezio Pirfo
5.	La dimensione relazionale e la comunicazione con il paziente psicogeriatrico	Renzo Rozzini
6.	La dimensione contestuale e familiare	Leo Nahon
7.	La relazione di aiuto in psicogeriatrica: le fragilità degli operatori	Fabrizio Asioli

Demenza: qualche riflessione semiseria tra realtà e finzione

Alberto Cester

Direttore U.O.A. Geriatria, AULSS 13 Mirano-Dolo

Vi chiedo e mi chiedo: siamo proprio sicuri che la demenza sia una malattia ? O semplicemente non sia il segno dell'invecchiamento cerebrale patologico, che è altra cosa ..! Il cervello è un organo speciale ed individuale e quindi più di altri si presta poco ad una categorizzazione delle proprie funzioni, quindi il suo stesso invecchiamento e degrado è peculiare ed assolutamente individuale, ogni persona diventa demente a modo suo anche se segue dei canoni di massima condivisi ...

Vi chiedo e mi chiedo non è che stiamo trattando come malattia la degenerazione irreversibile ed assolutamente individuale di un organo, scambiandola per patologia !!!???

Pensiamo in questo senso al modello dello scompenso cardiaco, unica malattia o malattia multifattoriale con evoluzione individuale eziopatogenetica (da cardiopatia IPTS, da cardiopatia ischemica, post virale, miocardiopatia dilatativa, ecc.)?

Pensate in proposito al MCI, dentro questa sindrome ci sono decine di patologie dall'aMCI alla forma multi-domini, al Vascular MCI, ecc., la difficoltà di categorizzazione forse è genetica? più che patologica?

L'ultimo articolo di Petersen e company per difenderne almeno in termini iconografici l'esistenza, mi sembra abbia un po' i piedi di argilla, in realtà la variabilità di conversione in demenza, insieme alle reali difficoltà di definizione della problematica, fanno di questa forma un enorme calderone dove dentro probabilmente stanno tutta una serie di condizioni pre-cliniche, di cui alcune certamente evolveranno in senso dementigeno, ma altre saranno necessariamente destinate ad altre evoluzioni e qui sta ancora tutta la difficoltà anche nel trovare veri RCT o metanalisi che trattino con vero rigore questa problematica. Materia questa molto scivolosa e che sembra non aver trovato lo sperato sfogo nell'indirizzo terapeutico da parte delle case farmaceutiche interessate all'argomento, credo che anche questo possa essere ancora ascrivibile alla difficoltà che incontriamo a renderla e trattarla come materia patologica.

Pensate inoltre al Nun study, tutti ricorderete lo studio del cervello di sister Mattha dopo la morte a oltre 90 anni, cervello in stadio IV di Braak (più alto stadio isto-patologico degenerativo di demenza), ma lucida ed autosufficiente sino alla fine.

Un caso personale 2 sorelle con familiarità per malattia di Alzheimer, stesso grado di atrofia studiato quali-quantitativamente, la più giovane ammalata di demenza di Alzheimer a 60 anni, la più vecchia ad oggi 80enne, ancora lucida, e solo depressa; quanti di questi casi costellano le nostre personali casistiche?

Certo il singolo caso non fa statistica, però ...

Questo è solo uno scherzo o alcune di queste riflessioni meritano un approfondimento.

Non è che il cervello sia una struttura anatomica con durata limitata, anche se individualmente determinata? Possiamo quindi pensare che molto di quello che troviamo nel cervello di molti vecchi come deposito o degenerazione non sia necessariamente e solamente riconducibile alla patologia?

Il sistema arterioso invecchia riducendo parte della componente elastica vasale e riempiendo endofiticamente le arterie di placche ATS, il cuore subisce altre molteplici variazioni anche in termini di elasticità non solo d'organo, ma anche di compliance adattativa all'aumento della domanda funzionale. Di contro il cervello dotato di un patrimonio di cellule fino ad alcuni anni fa considerate solo perenni, non potrebbe avere una peculiarità di invecchiamento che induce reazioni considerate erroneamente patologiche, proprio perché è la centrale dei comportamenti e forse per chi ci crede dell'anima? In fondo per contro il cuore non parla e non pensa, quindi ...

Potrebbe essere che ciò per il quale molti di noi hanno studiato per anni scrivendo fiumi di parole, sia esclusivamente l'invecchiamento patologico di un organo la cui durata è programmata e questo sia dovuto anche alla complessità delle funzioni che svolge?

Quindi invecchiamento cerebrale = alterazione di funzione e quindi ... = demenza !!!?

Meditate gente meditate.

Convegno Nazionale sui Centri Diurni Alzheimer - Pistoia, 2 - 3 Ottobre 2009

Enrico Mossello

Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica, Università degli Studi di Firenze

E-mail: enrico.mossello@unifi.it

Nei giorni 2 e 3 ottobre scorsi si è svolto a Pistoia il Convegno Nazionale sui Centri Diurni Alzheimer, promosso dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia e dalla “Casa dell’Anziano - Monteoliveto” di Pistoia, con la collaborazione scientifica della Scuola di Specializzazione in Geriatria dell’Università degli Studi di Firenze. Il Convegno ha avuto luogo nello stesso complesso architettonico nel quale sono stati ospitati, a partire dal 1996, due Centri Diurni per anziani disabili e per malati di Alzheimer, gestiti dalla Casa dell’Anziano e finanziati dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia, entrambi convenzionati con la ASL 3 di Pistoia. Il Congresso è stato presieduto dal Prof. Giulio Masotti, Professore di Geriatria nell’Università degli Studi di Firenze e past-President della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, e dal Dott. Carlo Adriano Biagini, Direttore dell’U.O. di Geriatria della ASL 3 di Pistoia e Presidente della Sezione Toscana della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Al Convegno sono intervenuti più di 250 tra operatori sanitari e socio-assistenziali e familiari di pazienti, provenienti da tutta la Toscana e, in un quarto dei casi, da fuori Regione.

La giornata di venerdì 2 ottobre si è aperta con una panoramica sull’assistenza all’anziano con demenza, nell’ambito della quale sono stati trattate, dal Prof. Umberto Senin e dal Prof. Sandro Sorbi, le metodiche di diagnostica e valutazione della demenza, che, con un approccio realmente multidimensionale, devono comprendere un’accurata valutazione neuropsicologica, ma anche un’attenta analisi della storia personale del malato e delle patologie somatiche associate, con particolare attenzione alla quota di reversibilità del deficit cognitivo legata a tali patologie. Proprio dal concetto di “multimorbidity” ha preso le mosse la relazione del Prof. Roberto Bernabei, che, identificando la situazione di coesistenza di più patologie croniche quale caratteristica dello stato di salute dell’anziano, ha sottolineato la necessità di sostenere il modello di integrazione dei Servizi socio-sanitari territoriali ed ospedalieri che, sulla base delle evidenze disponibili in letteratura, è l’unico in grado di ridurre al minimo la disabilità e la sofferenza di questi pazienti. Nell’ambito dei servizi specificamente rivolti all’anziano con demenza, il Dott. Enrico Mossello ha fatto una revisione delle dimostrazioni scientifiche di efficacia dei trattamenti non farmacologici, sottolineando la necessità di diffondere metodiche di efficacia ormai dimostrata sia per la stimolazione cognitiva che per la gestione dei sintomi psicologici e comportamentali.

La giornata del 2 ottobre è poi proseguita con la presentazione delle alcune realtà di Centro Diurno Alzheimer, che per diversi aspetti si pongono come modello nel panorama italiano. Dapprima la Dott.ssa Elena Razzi ha presentato l’esperienza di Pistoia, dove è stato possibile dimostrare l’efficacia del Centro Diurno nel ridurre i disturbi del comportamento e lo stress del caregiver grazie alla felice interazione tra organizzazione delle attività e caratteristiche ambientali della struttura. Sono stati quindi discussi i dati del Centro Diurno di Torino, presentati dal gruppo guidato dal Dott. Luigi Pernigotti, che mostrano come la gestione delle malattie in tali strutture è stata in grado di prevenire i ricoveri in Ospedale e che, d’altra parte, il supporto mediante la psicoterapia e l’ipnosi è uno strumento prezioso per ridurre lo stress dei familiari. Il Dott. Guido Gori ha approfondito la possibilità di introdurre in Cento Diurno attività orientate al benessere psicologico dei pazienti, citando in particolare l’esperienza condotta a Firenze con l’uso di bambole, che sembrano essere in grado di evocare nei pazienti dimenticati sentimenti di maternità o protezione. Il Dott. Fernando Anzivino ha riportato l’esperienza pilota di “Centro notturno” di Ferrara, in cui gli ospiti, spesso con gravi disturbi del sonno, rimangono solo nelle ore della notte, allo scopo di ridurre il carico assistenziale delle famiglie anche in tale orario. È stata infine effettuata una descrizione delle caratteristiche del “giardino Alzheimer”, che deve essere in grado di garantire al tempo stesso stimolazione, benessere e sicurezza a questi malati, come è stato chiaramente mostrato

dalle immagini della struttura di Osimo presentate dal Dott. Marco Montesi e dal contributo del settore vivastico pistoiese, che si è posto come interlocutore utile e creativo del mondo sanitario nella persona della Dott.ssa Gianna Masetti. La giornata si è chiusa con l'intervento del Dott. Manlio Matera, rappresentante dell'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, che ha riportato la testimonianza e le richieste dei familiari dei malati.

I lavori di sabato 3 ottobre si sono aperti con la relazione di grande respiro del Prof. Ezio Giacobini, che ha trattato sia le potenzialità ed i limiti dei farmaci attualmente disponibili per la Malattia di Alzheimer, sia le numerose linee di ricerca attualmente attive nel mondo, a partire dalla immunoterapia, che, pur tra contrattempi e difficoltà, giustificano la speranza che, nell'arco di qualche anno, sia finalmente disponibile una cura farmacologica in grado quanto meno di arrestare la progressione dei deficit cognitivi.

Di seguito, si è parlato di come la ricerca anche nel campo dell'assistenza ai malati di Alzheimer stia aprendo già da ora concrete possibilità di migliorare la vita dei pazienti. Dapprima il Dott. Alberto Cester e la Dott.ssa Sara Salvadori hanno discusso gli interventi fondati sull'uso della musica, che si dimostrano in grado di ridurre i disturbi del comportamento dei malati e che, se correttamente applicati, potrebbero cambiare il modo in cui gli stessi operatori dell'assistenza vivono la relazione con gli anziani nelle strutture residenziali e semiresidenziali. Successivamente il Prof. Romano Del Nord ha fornito un'autorevole messa a punto delle indicazioni architettoniche disponibili per organizzare nelle strutture per malati di Alzheimer spazi di vita in grado di compensare i deficit caratteristici della malattia e stimolare le funzioni residue.

La sessione di sabato è quindi proseguita con la descrizione delle scoperte più avanzate della ricerca nel campo dell'assistenza. In particolare il Prof. Luciano Gamberini ha trattato le novità relative ai giochi per la mente basati sull'uso del computer e di Internet, che, grazie alla diffusione e al miglioramento delle tecnologie, saranno in grado di costituire in un prossimo futuro strumenti sia di monitoraggio continuo delle funzioni cognitive dei pazienti, sia di vera e propria riabilitazione cognitiva. Successivamente il Dott. Gabriele Optale ha proposto l'uso per questi malati della realtà virtuale, con l'obiettivo di "immergerli" in un mondo ricreato dal computer che ha l'apparenza di quello reale: i dati preliminari relativi a tale approccio mostrano infatti che un training mediante tale tecnica è in grado di determinare un miglioramento delle capacità cognitive in generale e mnesiche in particolare. Infine la Dott.ssa Marina Turci ha mostrato l'esperienza della RSA di Mirandola sull'uso della stimolazione multi-sensoriale (snoezelen), che sembra essere in grado, nella fase moderata-grave di malattia, di ridurre i comportamenti agitati, stimolare l'iniziativa ed aumentare il benessere psicologico.

L'ultima parte della giornata di sabato ha quindi visto la discussione, guidata dal Professor Mauro Di Bari dell'Università di Firenze, dal Prof. Stefano Taddei dell'Università di Pisa e dal Prof. Nicola Giordano dell'Università di Siena, relativa alle problematiche e alle potenzialità formative rappresentate dalla frequenza presso strutture territoriali quali i Centri Diurni per anziani, tradizionalmente esclusi dalla formazione accademica, per gli allievi dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Infermieristica, Riabilitazione e Educazione Professionale, oltre che per i Medici Specializzandi in Geriatria.

Sempre nella giornata di sabato è stato presentato il manuale "Star vicino al malato di Alzheimer" da parte dell'autore, Dott. Carlo Gabelli, che è stato in grado di condensare le indicazioni più utili per l'assistenza ai malati di Alzheimer con un linguaggio di piacevole e utile lettura anche per chi non è professionista del settore. Più di duecento copie del volume sono state donate dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia ai familiari della sezione pistoiese dell'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer ed agli operatori dei Centri Diurni di Pistoia.

Le conclusioni del Prof. Marco Trabucchi, che ha anche portato il saluto dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria, hanno concluso due giornate di lavoro che, secondo il giudizio unanime degli intervenuti, sono state di livello costantemente elevato ed hanno fornito spunti utili ed originali per l'assistenza e la ricerca nell'ambito dei Centri Diurni Alzheimer.

La fase avanzata della demenza

Daniele Villani

Direttore Medico, Istituto Ospedaliero di Sospiro (Cremona)

Le fasi avanzate della demenza stanno suscitando un interesse crescente nella comunità scientifica. Due articoli apparsi il 15 ottobre sulla più autorevole rivista di medicina del mondo (il New England Journal of Medicine) sono la conferma più recente di questa tendenza. Negli ultimi anni si sono meglio comprese alcune cose: la prima, che la demenza è una malattia che provoca la morte, come il cancro; la seconda, che “il morire” della persona con demenza è un processo lungo (anni!) e molto graduale, a differenza del morire dei malati di cancro; la terza, che nella fase avanzata della malattia la persona con demenza non è più in grado di esprimere le proprie volontà, a volte neppure i propri bisogni. Queste consapevolezza aprono lo scenario su temi di grande importanza: la necessità di migliorare la cura dei sintomi e di avere più attenzione alla sofferenza del malato, e quindi potenziare le cure palliative (che non si devono identificare con il ricorso a servizi specifici come gli hospices, ma che vanno intese come un atteggiamento medico finalizzato a ridurre la sofferenza del malato, quando la medicina non è più in grado di guarire); la necessità di avere strumenti che ci consentano di conoscere ed attuare le volontà della persona malata non solo quando questa è in grado di parlare e chiedere, ma anche quando il deterioramento cognitivo impedisce al paziente di esprimere con chiarezza e decisione le proprie volontà, i propri desideri, i propri valori. Argomenti difficili e delicati, che meritano una discussione serena. E competente. Necessario, prima di ogni altra cosa, conoscere la realtà delle persone con demenza avanzata: che sintomi hanno? come li curiamo oggi? cosa ne pensano i famigliari? cosa ne pensano i malati? Occorrono quindi studi scientifici rigorosi, liberi da pregiudizi (uno dei due articoli citati all’inizio ne è l’esempio) e condotti nel nostro Paese. Poi, bisogna dire che la realtà (“il mondo reale”) è talvolta meno complessa e dolorosa di come potrebbe sembrare. La quotidianità di chi, come noi, si occupa tutti i giorni di questi malati ci fa scoprire *un’etica quotidiana* fatta di comprensione, di ascolto, di piccoli gesti, di dialogo con le famiglie: nulla di più lontano da certi scenari che ci propongono i media e che ci fanno pensare ai medici come persone impegnate solo a staccare (ad attaccare) spine, sonde naso-gastriche. Chi cura le persone con demenza nella fase avanzata è in genere un geriatra. E il geriatra, abituato a curare malattie che non guariscono e persone che moriranno, possiede in maniera quasi naturale l’attitudine del palliativista e la sensibilità dell’esperto in bioetica: anche senza essere né l’uno né l’altro.

E’ necessario approfondire i temi della fase avanzata della demenza, del morire, del processo decisionale: per curare meglio le persone malate e per praticare una medicina contemporanea, che vada oltre il paradigma malattia-guarigione. Credo che lo si possa e lo si debba fare con gli strumenti del metodo scientifico e della dialettica rispettosa delle opinioni, con l’obiettivo di rispettare la dignità della persona malata sino all’ultimo giorno della sua vita.