

CAREGIVER E ANZIANI: MANUALE DIDATTICO

ARGENT  ATTIVO

VIVERE BENE OLTRE I SESSANTA



Ministero della Salute



Centro nazionale per la Prevenzione
e il Controllo delle Malattie

Caregiver e anziani: manuale didattico

I **NDICE**

PERCHÉ IL PROGETTO ARGENTO ATTIVO	.	.	.	.	.	.	pag. 5
CAPITOLO 1 – LA FIGURA DEL CAREGIVER	.	.	.	.	.	.	pag. 6
1 Che cosa è l'invecchiamento	.	.	.	.	.	.	pag. 7
2 Caregiver: un ruolo e un lavoro complesso	.	.	.	.	.	.	pag. 10
CAPITOLO 2 – I BISOGNI PRIMARI	.	.	.	.	.	.	pag. 16
1 L'alimentazione dell'anziano	.	.	.	.	.	.	pag. 17
2 Igiene della persona	.	.	.	.	.	.	pag. 21
CAPITOLO 3 – LA CURA	.	.	.	.	.	.	pag. 28
1 I caregiver e la gestione delle lesioni da pressione	.	.	.	.	.	.	pag. 29
2 La salute orale dell'anziano	.	.	.	.	.	.	pag. 34
3 Conservazione, gestione e somministrazione dei farmaci	.	.	.	.	.	.	pag. 39
4 La protezione dell'anziano	.	.	.	.	.	.	pag. 41
5 La responsabilità del caregiver	.	.	.	.	.	.	pag. 43
CAPITOLO 4 – LA RELAZIONE	.	.	.	.	.	.	pag. 44
1 Comunicare con gli anziani	.	.	.	.	.	.	pag. 45
CAPITOLO 5 – LA SICUREZZA IN CASA.	.	.	.	.	.	.	pag. 50
1 Gli incidenti domestici	.	.	.	.	.	.	pag. 51
CAPITOLO 6 – IL RICORSO AI SERVIZI.	.	.	.	.	.	.	pag. 60
1 I servizi utili	.	.	.	.	.	.	pag. 61
2 Il medico di famiglia	.	.	.	.	.	.	pag. 62
3 Servizi sanitari sul territorio	.	.	.	.	.	.	pag. 64
4 I servizi sociali	.	.	.	.	.	.	pag. 65
5 Il terzo settore	.	.	.	.	.	.	pag. 68

PERCHÉ IL PROGETTO ARGENTO ATTIVO

Il progetto “Argento Attivo: vivere bene oltre i Sessanta” **promuove la salute e il benessere psico-sociale degli anziani** che vivono presso il proprio domicilio in condizione di totale o parziale autosufficienza, e di quelli più “fragili” assistiti il più delle volte da familiari, volontari e badanti, persone che si prendono cura di loro con affetto e dedizione, importanti figure alle quali ci si riferisce con il termine “caregiver”.

Il programma si articola in diverse attività che mirano, da una parte, **a migliorare la qualità dell’assistenza degli anziani a domicilio**, attraverso percorsi di formazione e sensibilizzazione rivolti ai *caregiver*, dall’altra a **favorire la partecipazione** degli **anziani** cosiddetti “**attivi**”, attraverso percorsi di cittadinanza attiva finalizzati all’avvio di iniziative di promozione della salute e della socialità.

In un’ottica di **inclusione e di partecipazione**, **gli anziani attivi e i caregivers** sono identificati come **attori strategici** di un sistema virtuoso di integrazione e coesione sociale e sono i principali destinatari delle azioni finalizzate alla valorizzazione delle competenze e all’acquisizione di consapevolezza.

Gli anziani diventeranno **promotori di salute e benessere** nei confronti dei loro coetanei, residenti in aree urbane di piccole o grandi dimensioni, nei quartieri, nei cortili, contesti privilegiati per stabilire legami sociali significativi, con lo scopo di **contrastare la frequente condizione di isolamento e marginalità**.

Le persone anziane, sempre più numerose nel nostro Paese, sono una **preziosa risorsa del welfare** informale grazie alle importanti attività che svolgono, dall’accudire i nipoti al sostegno offerto alle famiglie, ma purtroppo allo stesso tempo rappresentano una delle categorie più esposte a fenomeni di esclusione sociale e di abbandono.

“Argento Attivo” è un progetto approvato e finanziato dal **Ministero della Salute** nell’ambito del **Programma CCM 2015**, e viene attuato in quattro regioni italiane: **Piemonte, Veneto, Marche e Sicilia**.

Le Aziende Sanitarie Locali di Alba-Bra, Torino1, Alessandria, Rovigo, Ancona e Palermo intendono pertanto attuare come prima azione del progetto “Argento Attivo”, la **sperimentazione di percorsi formativi a supporto dei caregivers**, per aumentare le loro conoscenze, competenze e abilità, le loro capacità di cura nei confronti degli anziani.

Per facilitare il raggiungimento degli obiettivi sono stati realizzati alcuni materiali didattici che compongono il “**KIT Argento Attivo**” comprendente il manuale per i formatori, le presentazioni in PPT con note di approfondimento, un pieghevole rivolto direttamente ai *caregiver*.

Ad integrazione delle numerose azioni intraprese da altre Istituzioni in tale ambito, con “Argento Attivo” la Sanità intende sperimentare interventi innovativi ineludibili per aumentare la salute e il benessere individuale e collettivo, contribuendo altresì alla sostenibilità ed efficienza dello stesso sistema sanitario e del welfare.

Il Responsabile scientifico del Progetto CCM2015 Argento Attivo
Dott.ssa **Laura MARINARO**

1

LA FIGURA DEL *CAREGIVER*





1

CHE COS'È L'INVECCHIAMENTO

Con il termine **“invecchiamento”** si intende quel processo che porta la persona ad una progressiva riduzione delle sue capacità e della sua vitalità, ma anche una fase della vita in cui i limiti e i difetti dell'età possono essere compensati.

È opinione diffusa che l'anziano sia un soggetto che perde quelle capacità che gli consentono di essere attivo e produttivo e che l'invecchiamento corrisponda a una specie di ritiro della persona fino alla morte. La vecchiaia non è sinonimo di malattia, ma in questa fase della vita aumenta il rischio di ammalarsi e diventare disabili. L'anziano, in buone condizioni di salute, può presentare un rallentamento o un abbassamento di alcune funzioni quali ad esempio quelle

cognitive, motorie e sensoriali. È bene pertanto distinguere l'invecchiamento fisiologico da quello patologico. Certamente il corpo con l'avanzare dell'età va incontro ad una serie di cambiamenti: riduzione della vista e dell'udito; modificazioni dell'apparato muscolo-scheletrico (riduzione dell'agilità, della resistenza e della forza fisica); modificazioni dell'apparato cardiovascolare; modificazioni della qualità e quantità del sonno etc.

Si attenuano i processi cognitivi, in particolare modo la capacità di memoria, di attenzione e di apprendimento, così come c'è un cambiamento di come vengono vissute e gestite le emozioni. Questi mutamenti corporei, cognitivi e comportamentali possono contribuire a ridurre la capacità dell'anziano di affrontare la quotidianità, da cui deriva un senso di insicurezza, diffidenza, ostilità etc. Tutti i cambiamenti cui va incontro l'an-

ziano possono portare al suo progressivo isolamento sociale e accrescere il senso di inadeguatezza e inutilità.

La demenza

*è una condizione che interessa
dall'1 al 5 per cento della
popolazione sopra i
65 anni di età*

INVECCHIAMENTO E DEMENZE

È esperienza comune constatare che purtroppo non tutti invecchiamo allo stesso modo: in alcuni soggetti, infatti, con l'avanzare dell'età compaiono disturbi intellettivi (a carico di linguaggio, memoria, orientamento) e comportamentali di gravità tale da determinare la perdita di autonomia anche negli atti più semplici della vita quotidiana. In questi casi non si tratta più di invecchiamento normale, ma di malattie del cervello, denominate demenze. La demenza è una condizione che interessa dall'1 al 5 per cento della popolazione sopra i 65 anni di età, con una prevalenza che raddoppia poi ogni 4 anni, giungendo quindi a una percentuale circa del 30 per cento

all'età di 80 anni. Per demenza si intende genericamente una condizione di disfunzione cronica e progressiva delle funzioni cerebrali che porta a un declino delle facoltà cognitive della persona. Nella definizione generica di "demenza" rientrano diverse malattie, alcune classificabili come demenze "primarie", come ad esempio la malattia di Alzheimer, e altre invece definite "secondarie", in quanto conseguenza di altre condizioni.

Definire una malattia neurodegenerativa è purtroppo ancora oggi piuttosto complesso. La difficoltà di effettuare una diagnosi precisa delle diverse forme di demenza, in parte perché i sintomi clinici sono spesso simili soprattutto nelle prime fasi della malattia, ha diverse conseguenze, non ultima quella che il trattamento possa essere orientato in una prima fase verso una malattia diversa da quella che poi effettivamente si manifesta. Allo stesso tempo, la classificazione dei diversi tipi di demenza è stata rivista alla luce del fatto che sono stati identificati una serie di percorsi neuropatologici comuni che rendono quindi meno significative le differenze e le distinzioni nette. Le demenze, infatti, sono il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici, modificazioni neurochimiche e interazioni con altre malattie. Alcuni studi hanno evidenziato che si ma-



nifestano anche degli “stati misti”, cioè delle situazioni in cui il malato presenta congiuntamente i sintomi caratteristici di più tipi di demenza.

PREVENZIONE E STILE DI VITA SANO

Alcuni fattori di rischio del decadimento mentale, purtroppo, non sono modificabili. L'invecchiamento e fattori genetici sono sì condizioni importanti, ma non sufficienti: essi interagiscono con altri fattori che sono invece modificabili con lo stile di vita.

Non sottovalutare i fattori di rischio vascolare

È noto da tempo che l'ipertensione arteriosa, l'elevato tasso di colesterolo nel sangue, l'obesità, il diabete, alcune malattie cardiache sono responsabili delle malattie vascolari come l'ictus e l'infarto cardiaco. Tali condizioni sono denominate fattori di rischio vascolare poiché predispongono all'ischemia, ovvero alla graduale chiusura delle arterie che portano sangue e ossigeno ai tessuti.

È importante quindi tenere sotto controllo i fattori di rischio vascolare rivolgendosi al proprio medico, adottare uno stile di vita sano, con particolare riguardo alla condotta alimentare e alla regolare attività fisica.

Dieta bilanciata senza eccedere con le calorie

L'eccessivo apporto calorico con una dieta sbilanciata aumenta il rischio di malattie croniche. Studi sperimentali hanno dimostrato che la restrizione calorica riduce la concentrazione nel sangue di alcuni fattori che possono giocare un ruolo fondamentale nei processi di invecchiamento. Si ritiene, inoltre, che alcuni componenti della nostra alimentazione ci proteggano ed altri, invece, ci esponano ad un rischio maggiore di andare incontro a decadimento cognitivo.

Esercizio fisico

L'esercizio fisico ha un noto effetto benefico sui fattori di rischio vascolare (ipertensione arteriosa, diabete, obesità, aumento del colesterolo), prevenendo così l'insorgenza dei danni cerebrali che ne possono conseguire. Stimola la proliferazione cellulare

oltre a ridurre la neurodegenerazione e potenzia la riserva cognitiva.

Esercizio mentale

Non esiste un'età oltre la quale l'esercizio mentale cessa di svolgere il proprio ruolo protettivo. Studi recenti hanno dimostrato che negli anziani la partecipazione durante il tempo libero ad attività ricreative, sociali e culturali stimolanti, come leggere, giocare, praticare hobby e suonare uno strumento musicale preserva le funzioni cognitive e si associa ad un ridotto rischio di demenza. Anche la partecipazione attiva ad attività religiose si associa ad un ridotto rischio di demenza. In generale si può affermare che uno stile di vita particolarmente attivo e socialmente integrato protegge dalla demenza.

Ridurre lo stress

Stress e invecchiamento patologico possono essere correlati: questo suggeriscono alcuni studi sperimentali condotti su gruppi di anziani. Tra le ragioni di una simile connessione la principale candidata resta l'ipotesi della cascata dei glucocorticoidi (gli ormoni che l'organismo produce in risposta a condizioni stressanti), con i suoi effetti dannosi sulle cellule cerebrali. Ipotesi alternative (o complementari) vanno ricercate nell'associazione tra stress e fattori di rischio vascolare (come l'ipertensione arteriosa) o tra stress e stili di vita non salutari (scarso esercizio fisico, scorretta alimentazione, assunzione di sostanze tossiche).

Astensione da sostanze tossiche

Il fumo di sigaretta è uno dei principali fattori di rischio vascolare ed è nocivo per la salute; esso si associa, inoltre, ad un aumentato rischio di demenza.

Evitare un abuso di farmaci

Alcuni farmaci riducono le prestazioni cognitive, soprattutto nella popolazione anziana. È il caso di molti psicofarmaci, come ad esempio quelli utilizzati per curare l'ansia e l'insonnia. Anche l'uso eccessivo di farmaci contro l'ipertensione arteriosa è stato associato ad un aumento di declino cognitivo nella popolazione anziana. È quindi buona norma attenersi alle indicazioni del medico curante, evitando l'assunzione di farmaci inutili e l'automedicazione.

2

CAREGIVER: UN RUOLO E UN LAVORO COMPLESSO

Caregiver letteralmente significa “donatore di cura” e come suggerisce la traduzione con questo termine si designano i familiari, i parenti, gli amici di una persona anziana e/o non autosufficiente che la aiutano a svolgere le normali attività della vita quotidiana, spesso assistendola tutto il giorno e tutti i giorni, in virtù di forti legami affettivi e sentimentali. Le persone coinvolte nella relazione, il *caregiver* e l'anziano assistito, hanno pari dignità ma vivono in una situazione di grande disparità. Il ruolo cardine del *caregiver* è quello di fornire supporto assistenziale oltre che sostegno psicologico e affettivo all'assistito. Entrano così in gioco numerose abilità e competenze: saper comunicare, sviluppare empatia, saper ascoltare e saper riconoscere le proprie emozioni.

CHI SONO I CAREGIVER

La longevità non spaventa, ma la non autosufficienza sí; non a caso nella cultura sociale collettiva si diventa vecchi quando si perde la propria autonomia, diventando dipendenti da altri. Nel nostro Paese sono prevalentemente le famiglie a occuparsi dei longevi parzialmente o totalmente non autosufficienti, ga-

rantando direttamente il *care* (in particolare mogli, conviventi, madri e figli) o assumendo una badante. Il progetto “Argento Attivo” identifica come *caregiver*:

- familiare;
- badante;
- volontario;
- altro soggetto che si prende cura dell'anziano.

In generale, dunque, colui che viene riconosciuto come *caregiver* assume il ruolo di responsabile attivo nella presa in carico di un secondo individuo, e si impegna inoltre a svolgere una funzione di supporto e cura nei confronti di una persona che si trova in condizione di difficoltà.

Il termine **caregiving** invece riassume tutte le attività assistenziali che il *caregiver* svolge al fine di proteggere e migliorare il benessere di un'altra persona.

Secondo l'Istat (“La conciliazione tra lavoro e famiglia”, 2011) in Italia si stimano oltre 3 milioni di *caregiver*, che prestano – a titolo gratuito – assistenza a un proprio caro malato, anziano, fragile o disabile. È grazie alla loro attività che è possibile sostenere l'intero sistema di welfare nazionale. Spesso non più giovani, ma non sempre: i *caregiver* tra i 15 e i 24



anni, secondo l'Istat, sono circa 170mila in Italia. Questi giovani si prendono cura assiduamente di un familiare bisognoso di assistenza, con responsabilità da adulti e conseguenze significative nella loro vita di tutti i giorni, a scuola, al lavoro, nelle relazioni sociali. Sono figli, fratelli, nipoti o, in qualche caso, giovani genitori di persone affette da disabilità fisiche o mentali, da malattie terminali o croniche, o da dipendenze.

LE ATTIVITÀ DEL CAREGIVER

Le attività normalmente svolte dal *caregiver* consistono nel prestare cure e sostegno a persone non più in grado di svolgere le cosiddette "attività della vita quotidiana", che possono essere suddivise in basilari - come alimentarsi, lavarsi, vestirsi, usare la toilette, muoversi in casa etc. - e strumentali: l'uso del telefono, fare acquisti, preparare il cibo, governare la casa, lavare la biancheria, spostarsi fuori casa, maneggiare medicinali e denaro. Sempre più spesso il *caregiver* familiare è impegnato anche nel fornire prestazioni a carattere sanitario, sulla base di specifiche indicazioni degli operatori sanitari di riferimento. Da non dimenticare, inoltre, la gestione difficile e faticosa della persona assistita in presenza di disturbi mentali e comportamentali. Gli impegni assistenziali, insomma, sono innumerevoli, con forti differenze tra un caso e l'altro, sia per la gravosità, sia per la durata dell'impegno.

ANCHE IL CAREGIVER HA BISOGNO DI ASSISTENZA

Il *caregiver* si preoccupa, è protettivo, accudisce il proprio caro. Ma anche il *caregiver* ha bisogno di assistenza. Nella fase iniziale di questo nuovo ruolo, subisce un processo di adattamento alla nuova realtà. Probabilmente si è ritrovato in questa nuova situazione da un giorno a un altro e per amore e solidarietà ha affrontato e sta affrontando importanti rinunce. Frequentemente si verificano un drastico cambiamento dello stile di vita, con la rinuncia al tempo libero e alla vita sociale e di relazione, e diversi tipi di restrizioni rispetto all'attività professionale svolta (che in alcuni casi limite si traducono in perdita del posto lavoro). I desideri e i bisogni personali passano in secondo piano, se non sono del tutto annullati, a beneficio della perso-

na cara e delle sue esigenze. L'assistenza informale viene prestata il più delle volte sulla base di motivazioni affettive e legami emotivi, a cui sono generalmente associati sentimenti positivi, ma le numerose situazioni di difficoltà in cui ci si può trovare possono generare stati d'animo negativi. Ansia, depressione, affaticamento, disturbi del sonno, patologie somatiche sono spesso un accompagnamento della vita dei *caregiver*, sui quali ricade un peso, a volte, difficilmente sostenibile. La mancanza di supporto emotivo, la solitudine, le incomprendimenti sono spesso la cornice di riferimento che rende faticosa e problematica l'esperienza personale del *caregiver*, con conseguenze negative per se stessi e per la persona assistita. Si tratta di situazioni ed esperienze che incidono profondamente sulle capacità di resilienza del *caregiver*, il più delle volte chiamato a rimodellare, a fatica, i propri equilibri esistenziali.

DAL SOSTEGNO ALLA RELAZIONE DI CURA

Ogni essere umano vive e cresce nella continua interazione con l'altro. È attraverso lo scambio con gli altri che ognuno di noi dà significato a se stesso e alla sua esperienza. Questo vale anche per la relazione che si instaura fra il *caregiver* e la persona assistita, dove le abilità che entrano in gioco sono diverse.

È importante, infatti:

- saper comunicare;
- sviluppare empatia;
- saper ascoltare;
- saper riconoscere le proprie emozioni.

Queste azioni, che riconosciamo come naturali e che a volte diamo per scontate nella nostra quotidianità, in realtà presuppongono un impegno e un lavoro costante.

Ecco perché il percorso di formazione, sensibilizzazione ed empowerment promosso dal progetto "Argento Attivo", rivolto ai *caregiver*, è finalizzato a migliorare la capacità di assistenza all'anziano dal punto di vista sanitario ma anche, e soprattutto, dal punto di vista psicologico. Spesso, infatti, e in modo del tutto involontario, non ci poniamo nel modo giusto nei confronti della persona assistita. Sottovalutiamo, ad esempio, l'importanza del linguaggio che



scegliamo, fatto di parole e di gesti, per esprimere dei contenuti. In linea generale (gli approfondimenti sono nel capitolo 4, la relazione), il giusto approccio nei confronti della persona assistita prevede lo sviluppo della capacità di ascolto e la costruzione di un'efficace interazione, adottando comportamenti che ne facilitino il buon esito e favoriscano la partecipazione anche da parte della persona anziana. Attraverso queste e altre accortezze, il *caregiver* dimostra all'assistito di considerarlo come una persona di pari dignità, pur vivendo una situazione di grande disparità. Cerchiamo di non dimenticare che la persona anziana possiede ancora delle competenze, delle conoscenze, e una pregressa esperienza.

La relazione può essere più complessa nel caso in cui la persona assistita soffra di una forma di demenza, causata dall'invecchiamento intellettuale patologico. Il *caregiver*, che si occupa più strettamente di accudire il paziente affetto da demenza, svolge in questo caso un ruolo molto difficile, soprattutto quando la malattia lo coinvolge direttamente perché si è legati al malato da un rapporto affettivo. Ogni familiare di un paziente demente si trova alle prese con la sofferenza di veder cambiare progressiva-

mente il proprio caro (padre, madre, marito, moglie) e i suoi rapporti con gli altri. La persona affetta da demenza, infatti, perde man mano le sue capacità e abilità, e parte di quella identità che prima lo contraddistingueva come persona unica. Pensare al benessere della persona cara ma anche al proprio benessere è l'unico modo per non uscire annientati dalla malattia. Anche se è umano provare sensi di colpa, non è sostenibile, né pensabile, di dedicare tutto il proprio tempo ad una persona malata di demenza. E questo vale in ogni caso.

Qualunque sia la patologia dalla quale è affetta la persona cara, lo stato d'animo del *caregiver* è messo a dura prova. Imparare a regolare le emozioni, senza soffocarle, e a gestire lo stress sono due passi fondamentali. Non solo aiutano il *caregiver* ad affrontare meglio il carico di lavoro ma contribuiscono a migliorare la relazione di cura con la persona assistita.

STRESS E PROFESSIONI D'AUTO

Sono definite "helping profession" tutte quelle professioni (medici, psicologi, psicoterapeuti, operatori socio-assistenziali, infermieri, insegnanti) in cui la relazione con l'altro è parte fondamentale del lavoro, che oltre a richiedere competenze tecniche

si caratterizza per un forte coinvolgimento emotivo del lavoratore con il proprio "assistito". Queste figure sono caricate da una duplice fonte di stress: quello personale e quello della persona aiutata. Le condizioni professionali dei *caregiver* possono essere assimilate a quelle delle "helping profession", essendo sottoposti ai medesimi e duplici carichi di stress.

Per i *caregiver*, dunque, valgono le stesse dinamiche che la relazione d'aiuto in altri ambiti professionali può innescare, che possono essere:

- l'eccessiva speranza di poter essere di aiuto al 100% (in questo caso ci si sente in dovere di "donare" se stessi in modo totale superando i propri limiti fisici e psichici a causa di un **eccessivo investimento emotivo**);
- il mettersi in condizione di stabilire uno squilibrio tra le esigenze altrui e le proprie (in questo caso il *caregiver* finisce per accettare acriticamente valori e doveri interiorizzati del proprio sistema di appartenenza negando i propri bisogni più intimi e **perdendo di vista i confini** entro cui la relazione possa definirsi d'aiuto);
- il *caregiver* sente di non poter realizzare le proprie aspettative e sperimenta un sentimento di frustrazione (in questo caso il *caregiver* può **"agire" il proprio senso di frustrazione**, manifestandolo attraverso atteggiamenti di distacco e apatia nei rapporti con la persona cara assistita e anche nei propri rapporti interpersonali).

COS'È IL "CAREGIVER BURDEN"?

Con il termine *caregiver burden* si fa riferimento al "carico assistenziale del *caregiver*" e si vuole descrivere il grado in cui il *caregiver* soffre a causa della presa in carico del proprio familiare a livello emotivo, fisico, di vita sociale o finanziario. Il concetto di *caregiver burden* è quindi multidimensionale e deriva dalla percezione di stress che il *caregiver* stesso ha nello svolgere le attività assistenziali e molti sono i fattori che possono influenzarlo ad esempio fattori psicosociali come la parentela, l'ambiente sociale e la cultura.

LA SINDROME DEL BURNOUT

Il carico assistenziale del *caregiver*, se non adeguatamente gestito emotivamente, può alla lunga condurre a una sindrome definita "sindrome del burnout" (letteralmente bruciarsi).

Secondo Cherniss (1980) il *burnout* è il culmine di un processo stressogeno che si articola in tre fasi:

- **percezione della situazione stressante**: il soggetto sente un disagio che è causato dalla differenza tra risorse personali e richieste ambientali;
- **emotività negativa**: il soggetto sperimenta un disagio emotivo caratterizzato da tensione e ansia;
- **coping**: il soggetto di fronte ad una situazione stressante evita il problema attraverso il disimpegno e il distacco emotivo.



“ARGENTO ATTIVO” SOSTIENE I CAREGIVER

Il benessere del *caregiver* è fondamentale anche per il benessere della persona assistita: per questo bisogna in ogni modo tutelare la sua dignità e la sua qualità di vita. L'azione insostituibile dei “donatori di cura” non può essere guidata solo da affetto e buon senso: i *caregiver* devono essere informati, istruiti e sostenuti per affrontare, insieme all'assistito, le mille difficoltà della vita quotidiana. Il progetto “Argento Attivo” prevede un percorso di formazione, sensibilizzazione ed empowerment rivolto ai *caregiver* volto a migliorare la capacità di assistenza dell'anziano, dal punto di vista psicologico e sanitario. In particolare ai *caregiver* verranno fornite informazioni utili allo sviluppo di competenze e conoscenze per:

- promuovere la salute del proprio assistito favorendo l'adozione di uno stile di vita salutare;
- prevenire l'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili o loro complicanze;
- promuovere la sicurezza domestica dell'anziano;
- svolgere in autonomia la somministrazione di farmaci, la misurazione della pressione e altre semplici azioni quotidiane connesse alla gestione dello stato di salute dell'assistito;
- ricercare soluzioni in risposta ai bisogni dell'assistito e alle situazioni di urgenza attraverso l'attivazione delle risorse territoriali;
- ricorrere ai servizi sanitari in modo appropriato e pertinente;
- favorire il più possibile una connessione tra l'anziano e il quartiere, i coetanei e la rete di vicinato.

2

I BISOGNI PRIMARI



1

L'ALIMENTAZIONE DELL'ANZIANO

Uno stile di vita sano contribuisce al mantenimento della salute e del benessere e consente di affrontare la vecchiaia in modo sereno.

L'IMPORTANZA DELL'ALIMENTAZIONE NELL'ANZIANO

Con il passare del tempo il corpo subisce delle trasformazioni. Dopo i 75 anni si riducono i muscoli e l'acqua corporea, mentre aumenta il tessuto adiposo.

Spesso l'anziano mangia meno, perché è solo o perché è depresso o perché non è più autonomo.

I problemi più frequenti:

- perdita dei denti e protesi spesso mal tollerate;

- intestino pigro con alterazione della flora batterica intestinale;
- rallentamento dello svuotamento dello stomaco;
- diminuzione dello stimolo della sete;
- riduzione del senso della fame e precoce senso di sazietà.

Alcuni problemi

- **La difficoltà a deglutire** può essere la conseguenza di interventi chirurgici, di malattie o soltanto dell'invecchiamento. La difficoltà a deglutire può causare un leggero disagio fino alla totale incapacità ad ingoiare.
- **Alcuni farmaci sono incompatibili** con specifici cibi (es. anticoagulanti, terapia con levodopa per Parkinson, terapia con antidepressivi, terapia con anticolipidemiche). Nel caso in cui la persona prenda questi farmaci occorre rivol-

gersi al medico curante.

- **A volte gli anziani mangiano solo alcuni tipi di cibi** e possono avere carenze di proteine, vitamine e sali minerali, fino a una vera malnutrizione.

I PRINCIPI NUTRITIVI

Gli alimenti sono tutte quelle sostanze, solide e liquide, che l'organismo utilizza per la propria nutrizione.

Nutrienti o sostanze che nutrono. Forniscono calorie e permettono al corpo di far fronte agli impegni quotidiani

Proteine
Lipidi o Grassi
Carboidrati o Zuccheri

Sostanze Regolatrici servono per far funzionare bene il corpo, non danno energia

Vitamine
Sali minerali
Fibra alimentare
Acqua

PROTEINE

(1 gr = 4 kcal)

Dove si trovano?

- **Proteine ad alto valore biologico:** carne, pesce, uova, latte e formaggio;
- **Proteine a basso valore biologico:** cereali e derivati (pane, pasta, riso, orzo, grissini); legumi (fagioli, ceci, fave, lenticchie, piselli).

Se associamo cereali e legumi, la **qualità delle proteine è completa, come quella fornita da proteine di origine animale.**

Ogni giorno bisogna mangiare circa 1 grammo di proteine per ogni chilo di peso. In presenza di malattie o malnutrizione ne possono servire di più.

A cosa servono?

- Sono i mattoni dei nostri muscoli e organi;
- Proteggono l'organismo dalle infezioni (anticorpi);
- Intervengono nella coagulazione del sangue (piastrine).

GRASSI O LIPIDI

(1 gr = 9 kcal)

Si dividono in:

- **grassi saturi**, contenuti nei prodotti di origine animale (burro, carne, pesce, formaggi, uova, latte ecc.);





- **grassi insaturi**, contenuti nel mondo vegetale (oli, frutta secca) e nel pesce.

I grassi possono essere:

- aggiunti come condimenti;
- contenuti negli alimenti.

I grassi saturi (animali) devono essere consumati con moderazione, mentre è preferibile usare grassi vegetali.

GLUCIDI O CARBOIDRATI O ZUCCHERI

(1 gr = 4 kcal)

Dove si trovano?

- **Zuccheri semplici** (danno energia in pochi minuti): frutta, zucchero come dolcificante (sia da barbabietola, sia da canna da zucchero), bibite zuccherate, succhi di frutta, dolci contenenti zucchero, frutta.
- **Zuccheri complessi** (l'assorbimento richiede alcune ore): in tutti i cereali (grano, riso, orzo, avena, mais, grano saraceno, farro e loro derivati, quindi pasta, pane, fette biscottate, cracker, grissini, gallette, cornflakes) e nelle patate.

Gli zuccheri vanno assunti tutti i giorni, ma sono da preferire quelli complessi.

A cosa servono?

Gli zuccheri sono la principale fonte di energia a rapida utilizzazione e a basso costo.

VITAMINE

Le vitamine non danno energia ma sono necessarie per il normale funzionamento dell'organismo.

Dove si trovano?

- **Idrosolubili**: vitamine del gruppo B e C
 - Gruppo B: in tutti gli alimenti di origine animale (fegato, uova, latte, pesce, carne, rene, ecc.) legumi, verdure in genere e in particolare a foglie verdi, asparagi, spinaci, lievito di birra, frutta, germe dei cereali.
 - Vitamina C: nella frutta e nelle verdure consumate fresche.
- **Liposolubili**: vitamine del gruppo A, D, E, e K
 - A: nel fegato dei mammiferi, nel latte, nel burro, nei formaggi, nelle uova; il carotene si trova nelle verdure a foglia larga, nelle carote, nelle albicocche, nel burro, nei pomodori, nei peperoni, nell'olio d'oliva.
 - D: nel fegato dei mammiferi, nel latte, uova, lievito, pesce azzurro.
 - E: nelle verdure a foglia larga, nei semi e frutti oleosi, negli oli, nel fegato, nelle uova e nei latticini.
 - K: in ortaggi come i cavoli e cavolfiori e minimamente nelle carni.

SALI MINERALI

I sali minerali si trovano in: latte e derivati, uova, legumi, carne, pesci, noci, cacao, semi di soia, vegetali verdi, legumi secchi, asparagi, patate, albicocche, banane, cavoli, spinaci, fegato, frutta secca, crostacei, carne, ostriche, funghi.

FIBRE

Le fibre si trovano negli alimenti vegetali; vengono eliminate con le feci e permettono un buon funzionamento dell'intestino; prevengono alcuni tipi di tumori e regolarizzano l'assorbimento intestinale degli zuccheri.

Bisognerebbe mangiare 25-30 grammi di fibre al giorno.

ESEMPIO DI GIORNATA ALIMENTARE

- **La colazione:** è uno dei pasti principali, serve ad affrontare la giornata e può contenere cibi ricchi di zuccheri, che saranno consumati nelle attività quotidiane.
- **Lo spuntino:** (metà mattina e metà pomeriggio) con esso si può introdurre la frutta, specialmente se non viene consumata durante i pasti principali, o integrare zuccheri e proteine, se il pranzo e la cena sono stati insufficienti.
- **Il pranzo:** può prevedere cibi contenenti proteine animali o vegetali, cereali e verdura, sempre valutando le preferenze e le abitudini dell'anziano.
- **La cena:** il pasto serale in genere è più contenuto rispetto al pranzo, con un maggior apporto di verdure e meno cereali e proteine.

Alcuni consigli

- **Variare** il più possibile l'alimentazione ma rispettare i gusti dell'anziano.
- **Consumare** tutti i giorni alimenti proteici dando la preferenza a pesce e legumi.

- **Consumare** tutti i giorni verdura e frutta fresca di stagione, importante per la presenza di fibre.
- **Consumare** pochi grassi, preferendo quelli vegetali.
- **Limitare** l'aggiunta di zucchero come dolcificante.
- **Ridurre** l'uso del sale che favorisce l'aumento della pressione.
- **Ricordare** all'anziano di bere proponendo anche tisane e frutta.
- **Assicurarsi** che gli alimenti vengano masticati con cura per migliorare la digestione e se vi sono problemi si può modificare la consistenza degli alimenti.

MODI PER MODIFICARE LA CONSISTENZA DEGLI ALIMENTI

I cibi si possono:

- **Frullare** = sminuzzare finemente ma non in modo omogeneo; presenza di minuscoli frammenti; si ingloba inoltre troppa aria.
- **Passare** = separare grossolanamente le parti fibrose dei vegetali da quelle pulpacee.
- **Omogeneizzare** = sminuzzare finemente in modo omogeneo; le particelle sono di dimensioni uguali e la densità è omogenea.
- **Centrifugare** = separare totalmente la parte liquida dalla parte solida.





2

IGIENE DELLA PERSONA

Per igiene si intende l'insieme delle azioni che garantiscono la pulizia e il benessere della persona nel rispetto delle sue abitudini di vita. L'igiene personale è essenziale per mantenere una pelle sana, favorendo la circolazione e l'idratazione. Alcuni atti, compiuti regolarmente, assicurano l'igiene, come il lavaggio delle mani, quello di viso e capo, il bagno o la doccia, la cura dell'igiene orale.

Nelle persone anziane la necessità di curare l'igiene varia sulla base di fattori diversi: la presenza di problemi quali incontinenza urinaria e fecale e sudorazione profusa, il grado di autonomia e di mobilità soprattutto degli arti inferiori, il rispetto delle convinzioni religiose e culturali.

Mantenere una buona igiene personale è importante anche per il miglioramento dell'immagine, poiché incide in modo positivo sullo stato di benessere psicologico, oltre che fisico, della persona.

Nelle pagine seguenti sono spiegati i passaggi da eseguire per provvedere alla cura e all'igiene della persona assistita e le tecniche per sostenere le persone non autonome.

IL LAVAGGIO DELLE MANI

Le mani sono il veicolo principale di trasferimento di batteri, virus, funghi da una persona all'altra e quindi il loro lavaggio è la misura più efficace per prevenire le infe-

zioni. È importante eseguire il lavaggio in modo corretto come sotto indicato.

Come lavare le mani nel modo corretto:

- bagnare ed insaponare le mani (senza anelli e bracciali) con sapone liquido strofinando accuratamente con particolare attenzione le unghie e gli spazi tra le dita, per 60/90 sec;
- risciacquare abbondantemente con acqua corrente;
- asciugare bene le mani;
- asciugare il rubinetto.

Lavare le mani è necessario in alcuni momenti e per compiere le diverse azioni che prevedono un contatto diretto con la persona anziana e/o con oggetti di uso.

QUANDO LAVARE LE MANI:

- prima e dopo la preparazione degli alimenti;
- prima e dopo l'uso dei servizi igienici;
- prima e dopo il rifacimento del letto;
- prima e dopo le cure igieniche alla persona;
- prima e dopo l'uso dei guanti;
- prima e dopo la somministrazione di terapie;
- dopo essersi soffiato il naso /dopo aver starnutito.

Le mani in alcune occasioni vanno protette indossando i guanti, in particolare quando si prevede un contatto con sangue, urina, muchi, vomito o ferite.

Anche in questo caso, sia prima che dopo, è necessario lavare le mani, non riutilizzare lo stesso paio di guanti per fare altri lavori dopo l'assistenza alla persona e cambiarli qualora, durante l'assistenza, venga toccata un'area del corpo infetta, per evitare che l'infezione si estenda ad altre zone.

FARE IL BAGNO E/O LA DOCCIA

Il bagno è un momento importante, per favorire il benessere della persona e per mantenere un buon livello di igiene. Inoltre può servire a stimolare la circolazione e ridurre la temperatura corporea.

Le modalità del lavaggio variano in modo significativo in base al grado di autonomia della persona assistita e alla sua capacità di collaborazione; alla presenza di flebo o cateteri; al tipo di lavaggio che si intende praticare.

Il lavaggio, infatti, può avvenire in vasca o doccia, può essere eseguito in modo completo o solo parziale nel letto. Qualunque

sia la modalità scelta, soprattutto se si è da soli con l'assistito, è bene controllare di avere a disposizione tutto quello che serve.

È utile avere a portata di mano:

- bacinella con acqua calda (43-46°C);
- sapone liquido;
- biancheria (teli da bagno, asciugamani, abbigliamento pulito, lenzuola, spugne, ecc...);
- guanti;
- articoli per l'igiene personale quali deodoranti, materiale per la barba, dopobarba;
- contenitore per la biancheria sporca.

Questi momenti sono importanti anche per la relazione: spieghiamo sempre alla persona che cosa si sta facendo, incoraggiandola a collaborare e/o a lavarsi in modo autonomo. Creare un ambiente riservato, chiedere alla persona se ha bisogno della padella o del pappagallo, sono ulteriori attenzioni che è bene manifestare; è importante anche verificare lo stato della superficie corporea e l'eventuale presenza di ulcere e/o abrasioni.



Copyright © 2008 The McGraw-Hill Companies S.r.l.

BAGNO A LETTO

Se il lavaggio si svolge a letto, la prima cosa da fare è quella di trovare la posizione più comoda per entrambi.

Durante il bagno ricordarsi di massaggiare le gambe e la schiena, per riattivare la circolazione. Non dimenticare l'igiene della bocca (vedi più avanti per maggiori dettagli). È importante fare particolare attenzione alla pulizia dei genitali e dell'ano (bidè).

Dopo il bagno, cambiare la biancheria e i vestiti. Il prendersi cura di una persona anziana si traduce anche in piccoli gesti, come aiutarla a usare deodoranti e/o profumi, se è abituata a metterli, e controllare la pulizia e la lunghezza delle unghie.

IMPORTANTE:

- le cure igieniche stancano la persona e non devono durare più di 30 minuti;
- per il rispetto della privacy e del pudore, scoprire la persona solo quando serve e con il suo consenso;
- ispezionare i punti a rischio per le piaghe da decubito;
- coprire tutti i cateteri e/o ferite con protezioni in plastica;
- assicurare la persona sulla vostra presenza e aiuto;
- sostenerla nel momento di entrare e uscire dalla vasca/doccia;
- aiutarla nel lavaggio di parti del corpo difficili da raggiungere;
- svuotare la vasca prima che la persona esca per prevenire il rischio di cadute.

IL BIDÉ

Occorrente per il bidè:

- asciugamano;
- telo da bagno da mettere sotto la persona per non bagnare il letto;
- guanti da infilare dopo aver lavato le mani;
- tamponi di cotone per lavare e risciacquare;
- brocca con acqua calda per risciacquare;
- padella per raccogliere l'acqua di lavaggio;
- detergente;
- iniziare la detersione partendo dal pube

(parte davanti) e lavando anche la cute dell'inguine.

La procedura per eseguire il bidè è ovviamente differenziata a seconda che il paziente sia una donna o un uomo.

Per le donne:

- pulire le grandi labbra; quindi aprirle e pulire le pieghe tra le piccole e le grandi labbra;
- sciacquare con l'acqua della brocca; asciugare accuratamente perché l'umidità favorisce la crescita batterica;
- girare la persona su un fianco per pulire bene la parte posteriore;
- usare i quattro angoli dell'asciugamano da bagno uno per ogni passaggio, andando dal pube al retto (dalla zona più pulita - il pube - a quella più contaminata - il retto).

Per gli uomini:

- scoprire il glande retraendo il prepuzio;
- detergere il glande, pulire il pene, la regione perineale e lo scroto;
- sciacquare con l'acqua della brocca e asciugare accuratamente perché l'umidità favorisce la crescita batterica;
- ricoprire il glande, per non provocare edemi;
- girare la persona su un fianco per pulire bene la parte posteriore;
- usare i quattro angoli dell'asciugamano da bagno uno per ogni passaggio, andando dal pube al retto (dalla zona più pulita - il pube - a quella più contaminata - il retto).

ATTENZIONE AI CATETERI VESCICALI

Se la persona ha un catetere vescicale è necessario pulire eventuali secrezioni presenti sul catetere nel punto in cui fuoriesce, usando garze pulite e procedendo con movimento rotatorio dall'alto verso il basso. Bisogna fare particolare attenzione ai movimenti, in modo da non tirare il catetere vescicale, poiché il palloncino di fissaggio potrebbe causare lesioni e dolore al paziente.

BAGNO IN VASCA O DOCCIA

Dopo aver riempito per un terzo o metà la vasca, con acqua a temperatura gradevole per la persona, va posto sul pavimento un tappetino da bagno o un asciugamano per evitare scivolamenti. È bene usare un apposito seggiolino da vasca o, in caso di doccia, un seggiolino fissato al muro.

IGIENE ORALE

Per igiene orale si intende la pulizia di denti, gengive, palato, lingua e pavimento della bocca che aiuta ad allontanare i residui alimentari, e contribuisce a ridurre le infiammazioni e le infezioni. Inoltre, aumenta la sensazione di comfort e di benessere generale della persona e migliora l'immagine di sé.

Se la persona non si alimenta in modo naturale, è opportuno pulire la bocca tre volte al giorno, se invece la persona consuma regolarmente i cibi è bene lavare la bocca dopo ogni pasto.

Si consiglia di stimolare la persona a svolgere anche questo compito in autonomia.

COSA SERVE:

spazzolino, dentifricio, filo interdentale.

SE NECESSARIO:

- asciugamano;
- garze pulite;
- soluzione fisiologica;
- collutorio;
- guanti monouso;
- abbassalingua e pinza;
- bacinella reniforme o similari.

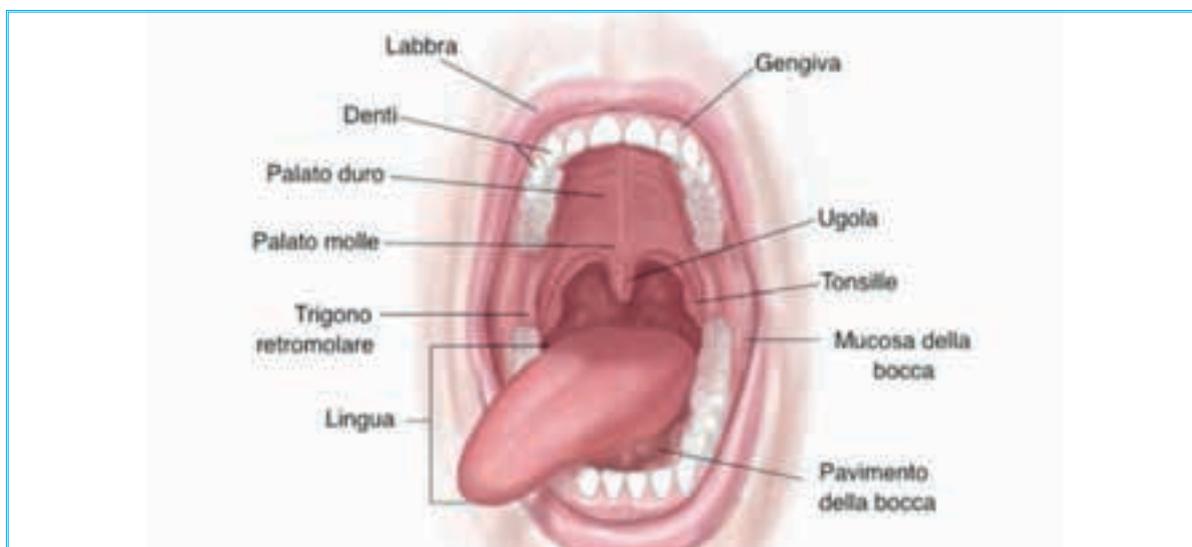
Se invece la persona assistita è totalmente dipendente, è importante la **posizione**:

- su un fianco con un cuscino sotto il capo;
- semiseduta o distesa a seconda delle condizioni generali o della posizione che può o deve mantenere;
- la testa deve essere inclinata verso il basso per evitare ingestioni accidentali;
- mettere l'asciugamano sotto il mento e appoggiarvi una bacinella;
- dopo aver indossato i guanti, si apre la bocca con l'abbassalingua e, avvolta la garza sulla pinza, si pulisce prima l'arcata superiore poi quella inferiore, superficie esterna e interna;
- infine si conclude il lavaggio con la pulizia del palato, della lingua e delle labbra.

Portatori di protesi

Nelle persone portatrici di protesi dentarie, per assicurare una corretta igiene orale, è necessario applicare alcune accortezze:

- ricordarsi che la protesi è un oggetto di valore, se si rompe o si perde è un problema;
- avere cura di spazzolare la protesi sopra un contenitore pieno di acqua per evitare eventuali rotture (se ci cade dalle mani non colpisce la ceramica del lavabo);
- non lasciare la persona per lungo tempo senza protesi per prevenire alterazioni della mascella e per mantenere intatta l'immagine di sé;
- rispettare le sue abitudini (es. rimuoverla durante il sonno).





Ulteriori approfondimenti e consigli per la salute orale sono rintracciabili nel capitolo 3 "La cura".

IGIENE DEL CAPO

Se la persona è costretta a letto è opportuno valutare che i capelli siano di lunghezza corta.

Per il lavaggio a letto occorre avere:

- uno scivolo per lo shampoo collegato ad un secchio di raccolta dell'acqua;
- brocche con acqua tiepida;
- shampoo;
- 2 asciugamani di spugna;
- una spazzola;
- un asciugacapelli.

Dopo aver tolto i cuscini, lasciandone solo uno coperto con tela cerata, le coperte vanno ripiegate fino alla vita del paziente e il suo torace deve essere protetto con un asciugamano. Una volta sistemato lo scivolo sotto la testa, si può iniziare il lavaggio del capo. Dopo aver invitato la persona a tenere gli occhi chiusi, le azioni da svolgere sono le seguenti:

- frizionare il cuoio capelluto con i polpastrelli;
- sciacquare accuratamente;
- ripetere l'applicazione di shampoo e la relativa risciacquatura;
- strizzare i capelli ed avvolgere il capo con un asciugamano;
- togliere lo scivolo.

IGIENE E CURA DEGLI OCCHI

Le lacrime sono importanti per la salute

dell'occhio. Permettono alla palpebra di muoversi, portano via piccole particelle di polvere, danno nutrimento e ossigeno all'occhio e combattono le infezioni.

In alcune situazioni la lacrimazione diminuisce e si possono formare piccole lesioni sulla cornea; in questi casi è necessario mettere più volte al giorno un liquido che sostituisca le lacrime.

IGIENE DEL NASO E DELLE ORECCHIE

Per l'igiene del naso, ammorbidire con olio di vaselina le croste presenti e poi lavare delicatamente le narici con soluzione salina servendosi di bastoncini appositi e facendo attenzione a non irritare la cavità nasale.

Per l'igiene del naso occorrono:

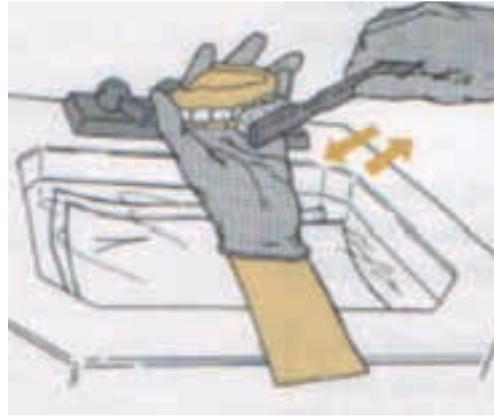
- garze;
- tamponcini;
- bastoncini;
- soluzione fisiologica;
- pomate nasali;
- vaselina;
- guanti.

Per l'igiene delle orecchie occorrono:

- garze;
- olio di vaselina o di mandorla.

IGIENE E CURA DELLE MANI

È importante lavare o far lavare le mani alla persona prima e dopo ogni pasto e, naturalmente, dopo aver usato i servizi igienici. Se il malato non è autonomo, dopo aver posto sul letto la cerata e il catino con ac-



qua tiepida e avergli rimboccato le maniche del pigiama fino al gomito, si immerge una mano nell'acqua passando una manopola insaponata sul palmo e sul dorso, negli spazi tra le dita e poi fino al polso. Sciacquare ed asciugare accuratamente.

IGIENE E CURA DEI PIEDI

L'igiene dei piedi può essere differente a seconda del grado di autosufficienza della persona. Se possibile:

- far sedere la persona sulla sponda del letto/sulla sedia e assicurarsi che stia comoda;
- sistemare la cerata al di sotto del catino contenente acqua tiepida;
- invitare la persona a immergervi i piedi;
- mettere i guanti e la manopola di spugna;
- insaponare e sciacquare un piede e par-

te della gamba;

- limare eventuali duri con la pietra pomice;
- asciugare accuratamente specie gli spazi tra le dita;
- massaggiare il piede e soprattutto la regione plantare e il tallone con una crema per ammorbidire eventuali callosità;
- procedere alla pulizia e al taglio delle unghie.

Taglio delle unghie:

- porre particolare attenzione a non provocare lesioni;
- l'unghia deve sporgere dal letto ungueale e va tagliata quadrata;
- limare gli angoli delle unghie;
- in presenza di ostinate callosità, fare un impacco di vaselina e fasciare il piede;
- ripetere il lavaggio dopo circa 12 ore.

CAMBIARE LA CAMICIA AD UNA PERSONA CON UNA FLEBO. SEGUIRE LE SEGUENTI INDICAZIONI:

- se una persona deve fare più flebo, è opportuno farle indossare una camicia con la manica larga;
- al momento di cambiarla sfilare completamente la manica della camicia del braccio senza flebo e fino al tubo connesso all'altro braccio;
- abbassare il flacone mantenendo

dolo sopra il braccio del paziente, far scivolare la manica oltre il flacone e sfilare la camicia;

- mettere la manica della camicia pulita del braccio con la flebo sopra il flacone, come se questo fosse un'estensione del braccio del paziente;
- riposizionare il flacone facendo attenzione ai tubi;
- aiutare a infilare l'altro braccio nella manica della camicia;
- controllare la velocità d'infusione.

3

LA CURA





1

I CAREGIVER E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

Curare un paziente vuol dire intervenire per rimuovere un disturbo o una malattia e ripristinare quindi il suo stato di salute. L'espressione "prendersi cura", invece, esprime il coinvolgimento personale con la persona che soffre, attraverso il sostegno emotivo, la premura e l'incoraggiamento. Nell'assistenza sanitaria agli anziani al domicilio è importante che il *caregiver* (colui che si prende cura di...) riesca a integrare questi due aspetti, il "curare" e il "prendersi cura". La competenza professionale e la preparazione scientifica, infatti, non possono essere sganciati dalla sintonia e dal coinvolgimento personale con il malato. La prevenzione e la cura delle lesioni da pressione comunemente dette "piaghe da decu-

bito" saranno tanto più efficaci quanto più il malato e la famiglia saranno attivamente e consapevolmente coinvolti in tale processo. È un coinvolgimento fondamentale ed insostituibile sia nella fase della prevenzione che nel processo di cura.

L'addestramento dei familiari rispetto al trattamento delle lesioni, sempre con la supervisione del personale sanitario, in applicazione di un piano personalizzato predefinito, ha la finalità di aumentare, ove possibile, la capacità di autonomia della famiglia con conseguente garanzia di continuità e globalità del trattamento.

LA GESTIONE DELLE PIAGHE DA DECUBITO

Cosa sono e perché si formano?

Le piaghe da decubito sono lesioni della pelle che possono presentarsi solo con un arrossamento cutaneo fino ad arrivare per gradi (4 stadi) fino all'osso.

Sono causate dallo schiacciamento prolungato dei tessuti tra una sporgenza ossea, su cui grava il peso del corpo, e un piano di appoggio (materasso, poltrona, carrozzella).

Lo schiacciamento prolungato impedisce al sangue, ricco di ossigeno, di arrivare ai tessuti con conseguente danno e degenerazione.

Piaghe da decubito: stadi di gravità



Quali sono le persone a rischio?

Tutte quelle che rimangono ferme a letto o in sedia incapaci di muoversi, incontinenti per

feci ed urine, con difficoltà di alimentazione o con ridotta lucidità mentale. Il rischio aumenta quando sono presenti più fattori sopraelencati.

ZONE A RISCHIO

Posizione supina

Occipite, scapole, processi spinosi, gomito, sacro, talloni, e dita dei piedi (lenzuola).

Posizione sul fianco sinistro-destro

Orecchio, zigomo, gomito, cresta iliaca, ginocchio, dorso e dita dei piedi.

Postura prona

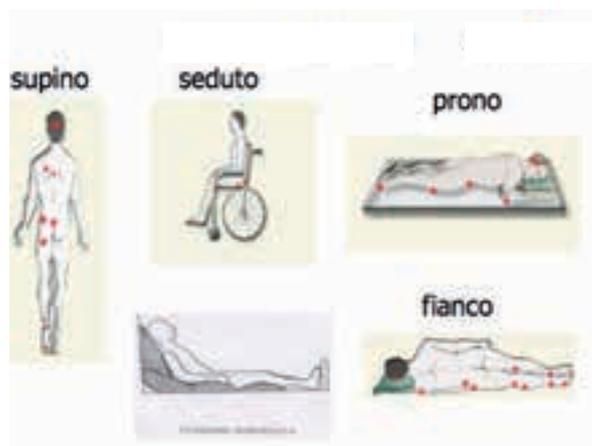
Orecchio, zigomo, gomito, cresta iliaca, ginocchio, dorso e dita dei piedi.

Posizione seduta

Scapole, colonna vertebrale, gomiti, sacro, zona ischiatica.

Posizione semiseduta

Sacro, zona ischiatica.



Che cosa fare per prevenirle o facilitarne la guarigione

1. Mobilizzazione del paziente
2. Igiene e cura della cute

3. Idratazione e alimentazione adeguata
4. Gestione dell'incontinenza
5. Gestione del dolore

LA CURA DELLE LESIONI: AL CAREGIVER VIENE RICHIESTO...

Cambio della medicazione



Segnalare sempre agli operatori eventuali cambiamenti



Mobilizzare



1. Mobilizzazione del paziente

Al fine di evitare il formarsi di lesioni da pressione è fondamentale ridurre il carico sulle zone sottoposte a compressione attraverso l'attuazione di un piano di mobilizzazione con adeguati cambi di posizione e l'utilizzo di appositi ausili.

Il movimento è considerato la prima difesa dell'organismo contro i danni da compressione. Lo spostamento o i cambi di posizione del malato devono essere attuati utilizzando appositi sistemi per evitare che la parte a contatto con il letto venga strofinata e quindi lesionata.

Quando il paziente è costretto a letto: cambiare posizione preferibilmente ogni 2 ore stando attenti a non tirare o sfregare la cute. La testiera del letto dovrebbe essere non troppo rialzata per evitare slittamenti del paziente verso la pediera del letto.

È fortemente consigliato l'uso di sovramatrassi o materassi antidecubito a tutti i pazienti a rischio ma è comunque indispensabile cambiare la posizione. Il solo utilizzo di ausili non è sufficiente per una prevenzione efficace.

Se il paziente è in carrozzina o in sedia: cambiare posizione ogni ora (è sufficiente staccare la schiena e far appoggiare i gomiti su un tavolino).

Se è in grado di muoversi da solo, stimolarlo a spostare il peso del corpo almeno ogni 15-20 minuti.

Utili possono essere i cuscini antidecubito; sono invece da evitare le "ciambelle", che creano zone di pressione sbagliata.

Per la scelta del presidio più idoneo, in

accordo con il medico di famiglia è possibile, dove presente, richiedere la consulenza dello specialista fisiatra o del fisioterapista.

2. Igiene e cura della cute

Giornalmente la cute va ispezionata soprattutto nei punti delle prominenze ossee e nelle pliche cutanee.

La cute, se integra, ben idratata e pulita, resiste maggiormente alla colonizzazione batterica e agli stiramenti. Nell'anziano la cute risulta fragile per la riduzione del film idrolipidico.

È quindi importante:

- mantenere la pulizia e l'integrità della cute;
- mantenere l'elasticità della cute;
- prevenire e/o ridurre le macerazioni.

È bene usare e/o consigliare:

- acqua tiepida;
- saponi e shampoo idonei (oli da bagno, olio di oliva, olio di borragine, neutri, acidi o la linea dei non saponi, crema base, preparati all'avena, mandorle dolci);
- asciugamani, teli da bagno di spugna o di cotone morbidi e puliti;
- prodotti idratanti per la cute.

Sarebbe opportuno che i prodotti fossero:

- poco schiumogeni;
- facili da risciacquare;
- con un pH intorno a 6;
- poco o (meglio) non profumati.

È importante asciugare la cute tamponan-

do e non sfregando. Applicare i prodotti solo su cute pulita.

Al fine di mantenere o promuovere l'elasticità, nutrire la pelle con prodotti idratanti non alcolici, attraverso massaggi lievi, senza mai eccedere nella quantità. L'assorbimento è favorito da una leggera frizione circolare e con la cute ancora umida, soprattutto dopo l'igiene. I prodotti che si possono utilizzare sono creme emollienti/protettive che potranno essere a base di lanolina, di ossido di zinco, di vaselina, derivati dall'avena, oppure olio di mandorle. La pasta all'ossido di zinco è da rimuovere con oli detergenti prima di ogni nuova applicazione.

L'igiene personale deve essere eseguita giornalmente e ogni volta che il malato evacua o cambia il pannolone.

Da evitare qualsiasi forma di massaggio con sostanze di natura alcolica.

3. Alimentazione e idratazione

La nutrizione è uno dei componenti fondamentali per mantenere l'integrità tissutale e per promuovere i processi di cicatrizzazione. È stato evidenziato che la gravità delle lesioni da decubito è strettamente correlata all'entità del deficit nutrizionale. Un paziente lesionato potrebbe aver bisogno di integrazione alimentare in quanto l'apporto calorico introdotto giornalmente potrebbe non essere sufficiente a stimolare correttamente la guarigione delle lesioni. È importante, quindi, seguire le indicazioni del medico di famiglia e del personale sanitario e registrare il cibo introdotto con l'obiettivo di intervenire con eventuali integrazioni, nel caso ce ne fosse la necessità. Uno strumento che può facilitare il *caregiver* nel monitoraggio dell'alimentazione è la compilazione del diario alimentare, scrivere cioè cosa mangia la persona assistita ad ogni pasto, precisando le quantità.

È consigliata, se possibile, una dieta equilibrata e variegata ricca di frutta e verdura, pane e cereali, carne, pesce, uova, latte e derivati perché facilita la prevenzione della degenerazione e la promozione della guarigione di lesioni in atto.

Bere molto per facilitare l'idratazione cutanea ed evitare la disidratazione, specie nel periodo estivo.

4. Gestione dell'incontinenza

L'incontinenza richiede molta attenzione da parte dei *caregiver*.

Le urine e le feci, per l'azione macerante ed irritante, possono aumentare il rischio di lesione o peggiorare la situazione, se sono già presenti.

Quindi si consiglia di:

- controllare frequentemente la persona assistita al fine di evitare il prolungato contatto con feci e urina;
- eseguire accurate cure igieniche con acqua e saponi idonei ed evitare l'uso di strumenti e manovre abrasive;
- asciugare bene la sede tamponando;
- controllare sempre l'integrità della cute;
- idratare la cute;
- evitare i prodotti alcolici perché irritanti;
- applicare prodotti barriera: spray al silicone e similari;
- segnalare al medico o agli infermieri eventuali arrossamenti persistenti;
- se l'incontinenza diventa ingestibile, consultare il medico per scegliere l'ausilio più corretto (presidi per assorbenza, catetere esterno o interno).

5. Gestione del dolore

La persona con lesioni può talvolta accusare dolore. Il momento più critico è durante il cambio della medicazione oppure durante i posizionamenti. Se possibile si consiglia sempre di non posizionare il paziente sulla lesione, scelta non fattibile se la persona assistita ha più lesioni.

Se ci si accorge che la persona ha dolore sarà necessario prendere contatto con il medico di famiglia per eventuale terapia antidolorifica. In questo caso si raccomanda di seguire le prescrizioni correttamente e di riferire agli operatori se il dosaggio non è sufficiente a sedare il dolore.

LA CURA DELLE LESIONI

Fra le attività richieste ai *caregiver* è compresa anche la sostituzione della medicazione, tecnica che deve essere insegnata dal personale infermieristico.

Si raccomanda di seguire scrupolosamente le indicazioni verbali e scritte sia mediche che infermieristiche.

Si precisa che le lesioni non sono sterili

quindi anche la tecnica del cambio della medicazione non è necessario che sia sterile ma è sufficiente che sia pulita.

La procedura prevede:

- posizione comoda della persona assistita;
- lavaggio accurato delle mani del caregiver con acqua e sapone;
- preparazione di tutto il materiale occorrente per effettuare la medicazione avendo l'accortezza che il piano di appoggio utilizzato sia pulito;
- utilizzo di guanti monouso.

Quando si è pronti, si può procedere alla rimozione del cerotto. Si consiglia di inumidire i bordi con acqua e sapone in modo che la colla si stacchi e si possa togliere il cerotto in modo atraumatico.

Procedere quindi alla pulizia (detersione) della lesione con la soluzione indicata dagli operatori. Tamponare con garze per asciugare e riposizionare una nuova medicazione sulla lesione e infine chiudere con il cerotto. Nell'affiancamento fatto dagli operatori verrà precisato, anche per iscritto, quali dei materiali da utilizzare dovranno essere sterili e quali no, così come vi sarà precisato anche quale prodotto usare per medicare.

In commercio esistono dei materiali definiti "avanzati" che più rimangono in sede (hanno un tempo massimo) e maggiore è la stimolazione per la crescita dei tessuti.

Non è consigliato lasciare scoperte le lesioni o usare materiali in polvere per medicare. È importante che il caregiver segnali sempre agli operatori eventuali cambiamenti, in positivo o in negativo, della lesione.

Fra i segni che si possono osservare e che fanno capire che la lesione sta procedendo bene troviamo: colore rosso vivo e lucido, rimpicciolimento della lesione sia dal basso verso l'alto che dai bordi che si stringono, la lesione si presenta umida ma non colante, la pelle intorno alla lesione (cute perilesionale) si presenta rosa ed elastica. Fra i segni che devono insospettire possiamo trovare: aumento dell'umidità (essudato), cattivo odore, dolore, cute perilesionale arrossata e gonfia, colore della lesione giallastro o nero, aumento delle dimensioni.

INFORMAZIONI GENERALI

Ogni regione, oltre alle normative nazionali, ha delle proprie procedure di riferimento che regolamentano i servizi e le forniture dei materiali.

Ogni Azienda Sanitaria ha degli sportelli dedicati che curano le pratiche per le forniture dei materiali; alcuni materiali possono essere rimborsati, altri no.

Il responsabile del paziente al domicilio è il medico di famiglia.

L'anziano fragile può essere inserito in un percorso di cure territoriali e domiciliari oppure essere seguito solo dal medico di famiglia.

Lesione che va bene



Lesione che va male



2

LA SALUTE ORALE
DELL'ANZIANO

La salute orale è uno degli aspetti che influisce maggiormente sulla qualità della vita degli anziani. La popolazione anziana, infatti, sviluppa una maggiore prevalenza di problemi orali e dentali, non tanto per l'invecchiamento fisiologico in sé, quanto per la maggiore incidenza di alcune patologie che colpiscono direttamente il cavo orale.

Le malattie e i problemi del cavo orale rappresentano un rischio non solo per la salute della bocca, ma anche per altri tipi d'infezioni. I batteri possono attaccare le basse vie respiratorie, provocando infezioni a livello polmonare. È stato dimostrato che una corretta igiene orale, oltre a essere una sana abitudine che tutti dovrebbero seguire, indipendentemente dall'età, risulta fondamentale per gli anziani. Studi recenti hanno provato che lavarsi i denti con regolarità, oltre a ridurre il rischio di carie, abbassa la possibilità di contrarre malattie all'apparato cardio-circolatorio, grazie all'eliminazione dei batteri che insistono nel cavo orale e che altrimenti sarebbero assorbiti dall'organismo e, una volta penetrati nel flusso sanguigno, possono influenzare vene, cuore e arterie.

CAUSE COMUNI DI MALATTIA DENTALE

Anche se si lavano regolarmente i denti e si usa il filo interdentale, ci sono dei fattori legati all'età che possono influenzare la salute del cavo orale dell'anziano. Questi problemi possono includere l'uso

di una dentiera o l'assunzione di medicine.

Negli anziani il cattivo stato di salute e d'igiene della bocca può essere determinato anche da alcune patologie quali morbo di Alzheimer e altre forme di demenza, malattia di Parkinson, esiti di ictus cerebrale, malnutrizione, disturbi dell'equilibrio, etc.

Inoltre, con l'avanzare dell'età, gli anziani tendono a farsi visitare raramente da un dentista, come se la cura dei denti fosse qualcosa di superfluo. Questo fenomeno si manifesta ancora più spesso quando l'anziano è affetto da una grave disabilità intellettiva o motoria.

Alcune condizioni che possono creare difficoltà nell'igiene orale quotidiana:

- tremori;
- incapacità ad afferrare il filo interdentale, lo spazzolino o il tubo del dentifricio;
- incapacità a tenere la bocca aperta;
- demenza o disordini cognitivi;
- problemi alla vista;
- difficoltà a deglutire;
- storia di scarsa igiene orale.

È stato dimostrato che una corretta igiene orale, oltre a essere una sana abitudine che tutti dovrebbero seguire, indipendentemente dall'età, risulta fondamentale per gli anziani

Segni di malattia dentale

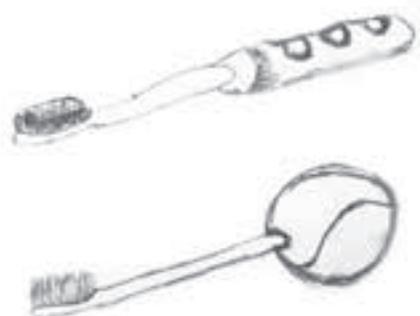
SEGNI COMUNI DI MALATTIA DENTALE

L'attenzione alla cura dell'igiene orale degli anziani deve necessariamente partire dalla valutazione del cavo orale. Indossando guanti protettivi e se necessario una mascherina, occorre che il *caregiver* esamini con cura la bocca dell'anziano alla ricerca di segni di malattia. Un semplice esame visivo della bocca può mettere in evidenza problemi anche di semplice risoluzione. I dentisti raccomandano di fare particolare attenzione ai segni comuni di malattia dentale, quali:

- perdita di denti;
- dentiera che sembra non essere adatta;
- dentiera non in bocca;
- persona che non mangia;
- difficoltà a masticare;
- gonfiore in bocca;
- sanguinamento gengivale;
- denti che sembrano opachi;
- denti macchiati;
- alito cattivo persistente;
- carie visibili;
- lamentele o espressioni visibili di dolore.

È importante tenere presente che, se l'anziano si rifiuta di spazzolare i denti e non utilizza il filo interdentale e non sembrano esserci limitazioni fisiche all'uso di questi strumenti, probabilmente questo vuol dire che nella bocca si sono formate delle carie oppure sono presenti malattie parodontali. Un suggerimento è chiedere all'anziano se ha dolore in bocca. Tuttavia se l'anziano ha la malattia di Alzheimer o un'altra forma di demenza non sarà in grado di comprendere la domanda e quindi rispondere in maniera veritiera.

Supporti per spazzolino



LE CARIE NEGLI ANZIANI

La carie è una delle cause principali della perdita dei denti. Tra i fattori di rischio per lo sviluppo di una carie dentale ritroviamo, ancora una volta, l'igiene orale inadeguata. Molti anziani seguono un'alimentazione povera di fluoro: condizione che, abbinata alla ridotta funzione salivare causata da farmaci e malattie, li predispone a sviluppare rapidamente una carie. Tra gli altri fattori ci sono le visite odontoiatriche rare e l'abuso di cibi soffici e ricchi di carboidrati.

Discorso a parte meritano le dentiere. La dentiera può migliorare la vita di molti anziani, ma allo stesso tempo richiede molte cure. Quelle che non aderiscono perfettamente al palato possono causare la formazione della placca e creare un ambiente favorevole alla formazione della carie.

Cause e soluzioni della carie negli anziani

Esistono molte cause che contribuiscono al formarsi della carie negli anziani. Di seguito elenchiamo i casi più comuni e le relative soluzioni che può adottare il *caregiver* per prevenire il problema dentale:

- **causa:** incapacità a tenere in mano lo spazzolino da denti per mancanza di forza dovuta ad artrite, ictus o altri tipi di malattie; **soluzione:** inserire il manico dello spazzolino in una palla da tennis o in una guaina di un manubrio di una bicicletta o mettere lo spazzolino in un cinturino in velcro;
- **causa:** incapacità a premere il tubo del dentifricio per mancanza di forza (dovuta ad artrite o ictus), perdita di destrezza manuale o un'altra limitazione fisica può rendere difficoltoso questo compito di solito semplice; **soluzione:** uso di spremi dentifricio, alcuni dentifrici sono disponibili in dispenser;
- **causa:** difficoltà a usare il filo interdentale a causa della perdita di destrezza manuale; **soluzione:** utilizzare un supporto per il filo interdentale e fornire assistenza all'anziano per questa parte d'igiene orale quotidiana;
- **causa:** dimenticare di lavarsi i denti a causa di una malattia come l'Alzheimer o altre forme di demenza o fragi-

lità; *soluzione*: fornire assistenza quotidiana e aiutare gli anziani nell'igiene orale.

BOCCA SECCA

La mancanza o la diminuzione di saliva può determinare difficoltà nel mangiare e nel parlare e può portare anche ad alitosi. La saliva, infatti, lubrifica la bocca, lava via i resti di cibo, equilibra l'acidità in bocca e remineralizza i denti. Senza un'adeguata salivazione si possono formare facilmente carie e altre infezioni.

Gli anziani sono particolarmente suscettibili di avere bocca asciutta perché spesso assumono molti farmaci per il controllo delle malattie che hanno sviluppato nel corso della loro vita. Inoltre gli anziani hanno maggiore probabilità di avere le radici dei denti esposte a causa di diversi fattori (età, tabagismo, cattive abitudini d'igiene orale). Le superfici delle radici esposte sono più soggette alla carie perché non hanno lo smalto che le protegge.

Tra le cause che determinano la mancanza o diminuzione di saliva, l'uso di farmaci, radioterapia e chemioterapia, alcune malattie (ad esempio diabete), abuso di droghe ricreative.

Non esiste una cura per questo problema, ma ci sono degli accorgimenti che aiutano l'anziano a gestire questa condizione:

- bere molta acqua e bevande senza zucchero;
- masticare gomme allo xilitolo;
- evitare tabacco, caffeina e alcol;
- utilizzare collutori senza alcol;

- utilizzare sostituti della saliva disponibili in farmacia.

Una buona norma è consultare il medico curante sulla possibilità di sostituire i farmaci che provocano problemi salivari.

EFFETTI COLLATERALI DEI FARMACI SULLA SALUTE ORALE

Oltre alla bocca secca, l'assunzione prolungata di alcuni farmaci può avere altri effetti collaterali sulla salute orale. Questi i principali effetti negativi provocati dai medicinali:

- gonfiore o sanguinamento delle gengive;
- crescita eccessiva di tessuto gengivale;
- infezioni acute come il "mughetto" causate da alcuni inalatori orali;
- debolezza e stanchezza;
- confusione;
- disturbi nel movimento della bocca;
- carie causata da farmaci contenenti zuccheri.

NORME DI UNA CORRETTA IGIENE ORALE

Ad ogni età, è importante avere una quotidiana igiene della bocca e delle gengive:

Spazzolare i denti

- almeno due volte al giorno, spazzolando delicatamente ogni dente, anteriore e posteriore e la lingua;
- se il dentifricio causa problemi, per esempio, alla deglutizione, usare un dentifricio per denti sensibili o un collutorio al fluoro senza alcool.

Il disturbo della bocca secca



Usare il filo interdentale

Il filo interdentale va utilizzato almeno una volta al giorno. Alcuni anziani possono essere in grado di utilizzarlo da soli, utilizzando un supporto per il filo. Nel caso in cui l'anziano abbia difficoltà a usare il filo interdentale, dovrebbe essere cura del caregiver aiutarlo.

È bene utilizzare un filo di circa 50 cm di lunghezza, che va avvolto intorno al dito medio di ciascuna mano. Si consiglia di iniziare con i denti frontali inferiori, per poi passare ai denti frontali superiori e infine a tutti gli altri denti. Il filo va passato delicatamente tra i denti e la gengiva, per evitare sanguinamenti. È necessario curvare il filo intorno a ogni dente e poi scivolare sotto la gengiva facendo scorrere il filo su e giù. La stringa di filo va regolata a ogni dente.

Sciacqui con il collutorio

Dopo l'uso del filo interdentale è importante che sia effettuato uno sciacquo con il collutorio antibatterico. Ma è necessario fare attenzione poiché alcune persone potrebbero mostrare intolleranze a sostanze contenute nei colluttori o avere difficoltà nella deglutizione. Il caregiver dovrà stare ben attento durante i risciacqui con il collutorio e preoccuparsi che il prodotto non venga ingerito.

È sempre utile chiedere al dentista il trattamento adatto da sottoporre all'anziano.

Visite dal dentista

Le persone anziane dovrebbero essere visitate da un dentista almeno due volte

Per una corretta igiene orale, lavare i denti almeno due volte al giorno, spazzolando delicatamente ogni dente, anteriore e posteriore, e la lingua

all'anno per una pulizia professionale e una visita medica oltre che per il controllo delle gengive e dei tessuti orali. Per un soggetto che non riesce a comunicare bene, il caregiver dovrà fornire, ad ogni visita, le seguenti informazioni:

- presenza di dolore;
- difficoltà a mangiare, masticare o deglutire;
- la storia dentale della persona;
- la lista dei farmaci, il consumo di tabacco e le allergie note;
- fornire l'eventuale nominativo di chi può dare il consenso al trattamento;
- portare le protesi con sé durante la visita.

CURA DELLA DENTIERA

Indossare una nuova protesi dentale può richiedere un certo periodo di adattamento da parte dell'anziano. Le protesi ben progettate non dovrebbero interferire con le normali funzioni come parlare, mangiare, e masticare. Generalmente una protesi, se gestita in maniera corretta, ha una durata tra i cinque e i dieci anni. Ma è importante che sia controllata dal dentista almeno una volta all'anno.

Uso del filo interdentale



Cura delle protesi



Per prendersi cura della dentiera, e aiutare a mantenere la protesi pulita e la bocca sana, è sufficiente adottare la seguente routine quotidiana:

- far riposare la bocca e quindi rimuovere la protesi durante la notte;
- mettere a bagno la protesi in una soluzione igienica durante il sonno;
- lavare la protesi in acqua per rimuovere le particelle di cibo dopo i pasti o gli spuntini;
- non utilizzare acqua calda per pulire le dentiere;
- risciacquare la protesi su un lavandino riempito con acqua per evitare rotture in caso di caduta e asciugarla con un asciugamano;
- spazzolare quotidianamente la dentiera con uno spazzolino morbido o con quelli apposti per protesi;
- non cercare di riparare una protesi rotta, ma portarla dal dentista.

Mettere e rimuovere la dentiera

È importante che la protesi sia ben pulita e asciutta prima di essere messa in bocca. Se necessario, si può applicare un adesivo. Sciacquare la bocca prima dell'inserimento della dentiera è un'abitudine che non va mai dimenticata poiché sentire una bocca fresca contribuisce ad avere comfort e sicurezza. È necessario che il caregiver aiuti l'anziano a premere la protesi saldamente in posizione, tenendola con fermezza, e infine mordere. Una parte importante della routine d'igiene

orale è la rimozione della protesi. Esistono due sistemi, a seconda che si tratti di protesi superiore o inferiore. Per togliere la protesi superiore bisogna posizionare le dita nella parte superiore della protesi, nella zona delle guance, dove si incontrano i tessuti gengivali. Premere poi delicatamente verso il basso fino a quando la protesi si sarà allentata e potrà essere facilmente rimossa. Per la protesi inferiore, invece, è necessario posizionare il pollice o le dita sui lati della protesi e tirare lentamente facendola oscillare lentamente a ogni lato.

NUTRIZIONE

Per avere una corretta alimentazione e mantenere denti e gengive sane, l'anziano dovrebbe alimentarsi con una dieta contenente le dosi giornaliere raccomandate di vitamine, minerali e altri nutrienti essenziali come calcio e proteine. Una dieta sana può aiutare a mantenere una bocca sana. Il medico di famiglia può anche raccomandare un multivitaminico quotidiano o supplementi di minerali.

TABACCO E SALUTE ORALE

Sigarette, sigari, pipa o masticare tabacco aumenta il rischio di molti tumori, tra cui il cancro orale. L'uso di tabacco può causare o contribuire a una serie di condizioni orali. La soluzione è smettere di fumare. Per questa ragione si può chiedere al medico curante o al dentista di farsi consigliare programmi mirati o prodotti per smettere di fumare.

Condizioni orali causate dal consumo di tabacco

1. Recessione e sanguinamento gengivale
2. Malattie parodontali gravi
3. Alito cattivo
4. Denti e lingua macchiati
5. Diminuzione del gusto e dell'olfatto
6. Ritardata guarigione dopo intervento chirurgico
7. Macchie bianche che anticipano il cancro orale



3

CONSERVAZIONE, GESTIONE E SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

Conservare i farmaci in maniera appropriata è importantissimo per mantenere le proprietà terapeutiche dei medicinali ed evitare di incorrere in errori inerenti la somministrazione.

Anche la modalità di somministrazione dei farmaci non può essere improvvisata, ma deve rispondere a precise indicazioni che variano in funzione dell'obiettivo terapeutico da raggiungere e delle caratteristiche della persona che deve assumere i medicinali. In alcune condizioni, infatti, alcune vie di somministrazione possono non essere efficaci o sicure: ad esempio la somministrazione orale non è raccomandata in caso di disturbi della deglutizione.

I luoghi migliori per conservare pillole e pomate sono quelli asciutti e lontani dalle fonti di calore (e ovviamente non alla portata dei bambini)

LA CONSERVAZIONE DEI FARMACI

Per evitare di danneggiare o alterare l'efficacia dei farmaci è sufficiente seguire alcune raccomandazioni. Innanzitutto è importantissimo il luogo in cui sono custoditi i medicinali. Molte famiglie, infatti, hanno

l'abitudine di conservare i medicinali in armadietti o cassette che si trovano in bagno o in cucina. Ma questa è una consuetudine sbagliata poiché gli sbalzi di temperatura, l'esposizione prolungata alla luce e l'umidità di questi ambienti possono modificare o danneggiare i farmaci.

I luoghi migliori per conservare pillole e pomate sono quelli asciutti e lontani dalle fonti di calore, come armadi e camere da letto, ovviamente non alla portata dei bambini. Spesso, sui foglietti illustrativi, sono indicate le modalità di conservazione. Il primo passo è rispettarle. Ma, qualora non fossero indicate, si suggerisce di conservare il prodotto in un luogo fresco e asciutto, a temperatura ambiente generalmente intorno ai 25 gradi.

Ecco alcune semplici raccomandazioni per una corretta conservazione dei medicinali:

- non tenere i farmaci fuori dalla scatola o altro tipo di confezionamento (si potrebbe scambiare un farmaco con un altro);
- non buttare il foglietto illustrativo, ma mantenerlo sempre nella confezione originale;
- controllare di tanto in tanto le scadenze: attenzione, non sempre le date sono visibili e leggibili sulla confezione;
- leggere attentamente il foglietto illustrativo e accertarsi che i farmaci da conservare a una temperatura compresa tra 2 e 8 gradi vadano riposti in frigo;
- in mancanza di differenti indicazioni sul foglietto illustrativo, conservare i medicinali in un luogo fresco e asciutto a

Conservazione e somministrazione dei farmaci



una temperatura compresa tra gli 8 e i 30 gradi;

- per i flaconi multidose quali colliri, sospensioni, sciroppi ecc. indicare sempre sul flacone la data di apertura e attenersi alle note di conservazione indicate sul foglietto illustrativo;
- evitare di travasare i farmaci da un contenitore all'altro poiché possono inquinarsi o alterarsi;
- tenere i medicinali lontano dalla portata dei bambini: a causa della loro abitudine di mettere tutto in bocca, potrebbero facilmente intossicarsi;
- buttare i farmaci scaduti o guasti (per una non corretta conservazione o altra causa): in molte farmacie è disponibile un contenitore per la raccolta differenziata dei farmaci scaduti, che vanno smaltiti in modo particolare.

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

La somministrazione della terapia è un processo delicato e complesso. Bisogna riporre molta attenzione e non commettere errori. Assumere un farmaco a un orario sbagliato o senza rispettare le indicazioni raccomandate dal medico curante (ad esempio assunzione a stomaco pieno invece che a stomaco vuoto) può interferire con il buon esito della cura.

Disattenzioni frequenti possono portare a scambiare un farmaco con un altro avente un nome simile o a somministrare farmaci

alterati o scaduti. Per questa ragione si consiglia di controllare sempre la data di scadenza apposta sulla confezione e di non tenere i medicinali scaduti con quelli da somministrare.

Non di rado si commettono errori nella trascrizione e interpretazione della terapia, nella quantità di farmaco da somministrare, nella modalità di somministrazione o nell'orario di assunzione. Si consiglia, a questo proposito, di trascrivere su un foglio di carta il nome del farmaco in stampatello, l'orario e la quantità da somministrare. In caso di dubbi non bisogna avere esitazioni a contattare il medico curante.

LE VIE DI SOMMINISTRAZIONE

La scelta della via di somministrazione dei farmaci è effettuata in funzione dell'obiettivo terapeutico da raggiungere e delle caratteristiche della persona.

In particolare, i farmaci possono essere somministrati:

- **per via enterale**, ossia attraverso il tratto digerente (orale, sublinguale, rettale);
- **per via parenterale**, ossia attraverso una via diversa dal tratto digerente (endovenosa, intramuscolare, intradermica, sottocutanea, transdermica);
- **per altre vie** (topica, oculare, inalatoria).

La somministrazione enterale

I medicinali somministrati oralmente, tramite la bocca, sono indicati con la sigla "Per OS". L'utilizzo di farmaci per via orale consente un'assunzione in autonomia della terapia. Ma per una corretta efficacia della somministrazione è fondamentale rispettare le indicazioni fornite dal medico curante, assumere la terapia sempre alla stessa ora per tutta la durata del ciclo così da riuscire a mantenere in circolo una concentrazione di principio attivo costante, controllare che la dose e il tipo di farmaco che l'anziano sta assumendo siano corretti, assumere il principio attivo a stomaco pieno o vuoto a seconda delle indicazioni fornite ed evitare la contemporanea assunzione di alimenti che potrebbero interagire con il principio attivo (in genere sono indicati sul foglio illustrativo).

Per una corretta efficacia della somministrazione è fondamentale rispettare le indicazioni fornite dal medico curante e assumere la terapia sempre alla stessa ora

Nei casi di assunzione sublinguale, invece, l'assorbimento del farmaco avviene attraverso la mucosa della bocca. In questo caso il medicinale va posizionato sotto la lingua in attesa che si disciolga dopo poco tempo: è una forma di assunzione molto rapida.

La somministrazione rettale avviene attraverso l'utilizzo di supposte o di un clisma, ovvero l'inserzione di una sonda che permette l'introduzione di una soluzione contenente un farmaco. È indicata in caso di vomito o stato d'incoscienza.

La somministrazione parenterale

Le vie parenterali sono quelle diverse dalla via del tratto digerente e sono le seguenti:

- **intramuscolare:** significa che il farmaco può essere iniettato nel muscolo

(gluteo o deltoide). Si indica con la sigla "IM";

- **endovenosa:** si può iniettare direttamente in vena. Si indica con la sigla "EV";
- **sottocutanea:** il farmaco è iniettato sotto la pelle;
- **transcutanea o transdermica o percutanea:** il farmaco è assorbito dalla pelle. In caso di utilizzo di gel o creme antidolorifiche, è necessario massaggiare dopo l'applicazione per facilitarne la diffusione. In caso d'instillazione di gocce auricolari, bisogna tenere il capo piegato da un lato per due minuti affinché il prodotto non fuoriesca subito dal condotto uditivo;
- **inalazione:** il farmaco va assunto per via inalatoria. È importante che l'inalatore venga usato in modo corretto, seguendo sempre le istruzioni. Si consiglia di provvedere affinché si trattiene il respiro per almeno cinque secondi dopo l'inalazione, in modo che il farmaco raggiunga i polmoni, non si respiri velocemente dopo aver usato l'inalatore e si aspettino almeno 30 secondi tra un'inalazione e l'altra;
- **oculare-nasale:** il farmaco è assunto tramite la mucosa oculare-nasale. Nel caso di utilizzo di colliri il consiglio è di far chiudere gli occhi alcune volte dopo aver messo il collirio e abbassare la parte inferiore della palpebra per facilitarne l'immissione.

4

LA PROTEZIONE DELL'ANZIANO

Art. 32 della Costituzione

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. I trattamenti sanitari prestati in via coercitiva non devono violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana e dei suoi diritti fondamentali.

Art. 13 comma 2

Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

STATO DI NECESSITÀ

Lo stato di necessità rappresenta una causa di giustificazione prevista dal Codice Penale italiano, ad una eventuale violazione degli art. 13 e 32 della Costituzione Italiana. Lo stato di necessità si verifica solo se c'è un pericolo grave per la persona, che non può essere evitato in altri modi se non commettendo un illecito. In altre parole, in situazioni particolari è consentito commettere un fatto di regola vietato dalla legge e che quindi costituirebbe un reato. Di conseguenza chi commette il reato pur essendo contro l'ordinamento giuridico italiano, rimane esente da pena.

Art. 54 Codice Penale (C.P.)

Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

Affinché si verifichi lo stato di necessità è importante che ci siano una serie di condizioni:

- attualità del pericolo e rilevante possibilità che si verifichi;
- pericolo non evitabile altrimenti;
- prevalenza del bene salvato rispetto al bene sacrificato.

Lo stato di necessità si verifica solo in caso di pericolo grave per la persona. Tuttavia il pericolo deve essere "individuato e circoscritto", "incombente", nel momento in cui è stata commessa l'azione e quindi precisamente delineato nel suo contenuto. Non si può parlare di stato di necessità se si è in presenza di un pericolo eventuale o futuro, anche se possibile o probabile. Ad esempio il timore di futuri pericoli non è uno stato di necessità.

I MEZZI DI CONTENZIONE

L'uso di mezzi di contenzione (ossia di limitazione dei movimenti volontari del paziente) è stato messo in discussione sia in termini di efficacia medica, sia sul piano etico. Se è vero che in alcune circostanze è necessario per la sicurezza dell'anziano e di chi lo assiste, è altrettanto vero che va utilizzato con coscienza e solo in caso di effettiva necessità e limitato nel tempo strettamente necessario, e se il tempo è maggiore, dietro prescrizione medica.

L'uso inappropriato o prolungato dei mezzi di contenzione può avere ripercussioni pesanti sia sul piano psicologico sia sul piano fisico.

La contenzione non deve essere un metodo abituale di accudimento ma un evento straordinario, quindi da motivare. La contenzione deve essere utilizzata come ultima soluzione, quando altri mezzi si sono dimostrati inefficaci o insufficienti, e solo nell'esclusivo interesse dell'incolumità del soggetto e delle persone che gli sono vicine.

La contenzione non deve essere un metodo abituale di accudimento, ma un evento straordinario, quindi da motivare. La contenzione deve essere utilizzata come ultima soluzione

Tra i motivi che portano a utilizzare mezzi di contenzione nei confronti dell'anziano ci sono: la prevenzione delle cadute, il trattamento dell'agitazione e dell'aggressività del soggetto, il controllo del comportamento e la prevenzione del vagare. Inoltre in alcuni casi può essere necessario ricorrere alla contenzione per somministrare la terapia o per evitare che il soggetto si stacchi il catetere o altri dispositivi indispensabili per l'assistenza o la terapia. Sono considerati mezzi di contenzione fisica quelli per il letto (ad esempio le spondine), la sedia (ad esempio il corpetto), i segmenti corporei (polsiere o cavigliere) o quelli per una postura obbligata (per esempio cuscini anatomici).

Anche un uso improprio del farmaco può determinare la contenzione chimica: bastano pochi milligrammi in più di medicinale.

PENE E REATI

È importante sapere che, se la contenzione non è giustificata, si può incorrere in una serie di reati. In particolare si possono configurare i reati di:

- **sequestro di persona** (art. 605 Codice Penale): chiunque priva qualcuno della libertà personale è punito con la reclusione da 6 mesi a 8 anni;
- **violenza privata** (art. 610 Codice Penale): chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a 4 anni;
- **maltrattamenti** (art. 572 Codice Penale): chiunque maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura o per vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da 2 a 6 anni.

Sulla sfera psicosociale il paziente può subire stress, umiliazione, depressione, paura e sconforto. Mentre tra i possibili danni legati all'uso dei mezzi di contenzione si elencano:

- cadute con lesioni rilevanti;
- strangolamento;
- asfissia per compressione della gabbia toracica;
- lesioni dei tessuti molli superficiali come abrasioni, eritemi, ematomi ecc.
- lesioni ischemiche o dei fasci nervosi per utilizzo di mezzi troppo stretti;
- morte.

5

LA RESPONSABILITÀ DEL CAREGIVER

La responsabilità del caregiver è legata alla possibilità di essere chiamati a rispondere davanti ad un "giudicante" di una condotta riprovevole o a rendere conto del proprio operato e consapevolezza.

Responsabilità colposa

L'art. 43 c.p. prevede che la colpa si configura quando un determinato fatto-reato non è voluto dall'agente e si verifica a causa di **negligenza, imprudenza o imperizia**, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

Negligenza

Si intende un atteggiamento di trascuratezza, o mancanza di attenzione e accortezza, una mancanza di diligenza ovvero una voluta omissione di atti che si ha il dovere di compiere.

Imperizia

Si intende l'insufficiente preparazione, sia dal punto di vista teorico sia della manualità, in relazione allo standard minimo che un soggetto in realtà dovrebbe avere in relazione al proprio livello professionale o culturale. Imperito è colui che non sa o non sa fare quello che ogni altro collega di pari livello professionale avrebbe correttamente eseguito.

Imprudenza

È intesa come la scarsa cautela nel compiere atti potenzialmente nocivi, senza pensare a prevedere, sulla base dell'esperienza generale e delle singole competenze, eventuali complicanze. In altre parole, è caratterizzata da un comportamento avventato, eseguito senza il necessario approfondimento valutativo.

In tema di responsabilità penale si deve innanzitutto accertare il **nesso di causalità** tra il fatto dannoso e il comportamento.

4

LA RELAZIONE



1

COMUNICARE CON GLI ANZIANI

L'invecchiamento è una fase della vita che spesso viene immaginata come la perdita della capacità produttiva, dell'autonomia, e delle relazioni sociali. In realtà, nonostante vi sia il rallentamento o l'abbassamento di alcune funzioni, l'invecchiamento non è una malattia e nella maggior parte dei casi l'anziano è una persona sana che ha bisogno di essere valorizzata e coinvolta nella propria rete sociale dalla quale non deve essere emarginata (vedi cap 1 "Invecchiamento").

Malattia e demenza non sono sempre presenti e i limiti e i difetti dell'età possono essere compensati da un adattamento alle nuove condizioni, trovando di volta in volta un equilibrio soddisfacente e riadattando

gli obiettivi di vita perché siano realistici e si possano raggiungere.

Cosa cambia nel corpo:

- si vede e si sente di meno, quindi si è più insicuri;
- si diventa meno agili, meno forti, meno resistenti e quindi più fragili;
- si dorme di meno e meno profondamente e quindi si è più stanchi;
- si può soffrire di ipertensione, di diabete e altre malattie croniche per le quali è necessario assumere farmaci tutti i giorni e quindi ci si percepisce più malati.

Cosa cambia nella mente:

- diminuisce la capacità di imparare cose nuove;
- diminuisce la capacità di ricordare le cose avvenute poco tempo prima;
- diminuisce l'attenzione.



Cosa cambia nelle relazioni:

- può essere più difficile incontrare nuovi amici;
- gli amici di sempre possono ammalarsi o morire;
- più spesso si vive da soli.

Questi cambiamenti come agiscono sulle emozioni che la persona prova?

- la paura di “non farcela” può tramutarsi in rabbia e ostilità;
- la solitudine in depressione e apatia;
- la perdita di persone care in tristezza e senso di vuoto;
- i nuovi limiti danno insicurezza e frustrazione;
- il timore di non essere all'altezza rende diffidenti e mette in imbarazzo.

Il nostro modo di metterci in relazione con loro può fare la differenza

Gli errori più comuni quando ci rivolgiamo ad un anziano:

- siamo critici (come non ti rendi conto...);
- siamo paternalistici (ti spiego... ti ricordi...);
- siamo direttivi (devi fare... devi modificare);
- siamo sbrigativi (è ora di...);
- ci sostituiamo a loro nelle decisioni.

Che cosa dimentichiamo:

- le competenze ancora presenti;
- le conoscenze e l'esperienza;
- il loro amor proprio e l'umiliazione che provano;
- la frustrazione di non essere considerati alla pari;
- il dolore per la perdita del ruolo di adulto consapevole e autonomo.

Cosa dobbiamo ricordare:

- è difficile constatare di “non poter più”;
- è difficile sopportare uno sguardo di commiserazione;
- è difficile accettare un sorriso di accondiscendenza;
- è difficile sentire di essere di peso.

Quindi non è semplice ma bisogna:

- usare un linguaggio adatto alla persona alla quale ci rivolgiamo;
- creare un rapporto di fiducia.

Qual è il modo migliore?

- chiediamo e ascoltiamo la risposta;
- confrontiamo le nostre conoscenze con quelle dell'altro;
- verifichiamo concordanze e discordanze;
- cerchiamo una condivisione.

Questo impegno va affrontato:

- con interesse reale;
- senza giudizi e preconcetti;
- senza interrompere e contraddire;
- intervenendo con frasi come “a me sembra che”, “ho capito, voleva dirmi che”, “mi può raccontare come”.

Se, dunque, l'obiettivo è comunicare in modo efficace con l'anziano, è necessario avere sempre presente la situazione nella quale agiamo, ricordando che non basta pensare alle “parole giuste” ma anche al modo nel quale le diciamo.

Gran parte della comunicazione, infatti, è legata:

- al tono della voce, che può essere troppo basso, aggressivo, gentile, sbrigativo, ecc.;
- ai gesti con i quali accompagniamo le parole, che possono essere di accoglienza o distacco;
- alle espressioni del volto, che possono esprimere interesse, critica, fastidio, noia, ecc.;

Bisogna ricordare che le parole possono non essere comprese, ma il linguaggio del corpo è comprensibile a tutti: piccoli, gran-

di, vecchi e di qualunque provenienza geografica; le emozioni sono un patrimonio innato che ci permette di valutare in modo positivo o negativo le situazioni che viviamo.

Come instaurare una buona relazione di aiuto

- **sforziamoci di riconoscere** le emozioni che proviamo nei confronti della persona anziana e impariamo a gestirle positivamente (capacità asseritiva);
- **rispettiamo i bisogni dell'anziano** pensando a quanto è importante per noi essere rispettati; il rispetto reciproco riduce l'ansia e il disagio;
- **ascoltiamo con reale interesse** quello che l'anziano dice; riassumiamo in modo semplice ciò che ha detto, dimostrando, così, di aver capito;
- **se non comprendiamo il suo punto di vista chiediamogli di spiegarcelo** meglio cercando di cogliere tutti i punti di contatto utili a trovare soluzioni condivise;
- **la relazione per consolidarsi ha bisogno di tempo e di pazienza**, non cerchiamo scorciatoie e soluzioni rapide.





Quali sono i vantaggi, e per chi?

- una buona relazione **migliora** i rapporti interpersonali;
- **riduce** la possibilità di fraintendimenti;
- **aiuta** a risolvere i problemi quotidiani in modo collaborativo;
- **migliora** il benessere riducendo paura, insicurezza, ansia, frustrazione.

E questo è vero sia per l'anziano che per la persona che lo segue, perché "prenderci cura" stanca.

Quella del *caregiver* è un'attività difficile; si può essere sopraffatti dalla stanchezza e sentirsi inutili e inadeguati; l'assenza di spazi dedicati al proprio benessere può dare problemi di ansia e di depressione e tutto ciò si acuisce quanto più il rapporto con l'anziano è difficile e conflittuale. Purtroppo non sempre sono disponibili servizi di supporto al caregiver.

Il compito è ancor più gravoso se ci si prende cura di una persona affetta da demenza.

La demenza causa una compromissione delle funzioni cognitive (come la memoria, il ragionamento, il linguaggio, la capacità di orientarsi e di svolgere compiti complessi), che è in grado di pregiudicare la possibilità di vivere in modo autonomo (vedi cap. 1 "Invecchiamento"). Spesso, oltre ai sintomi cognitivi compaiono anche alterazioni della personalità e del comportamento come ansia, depressione, ideazione delirante, allucinazioni visive, facile irritabilità, aggressività, insonnia, apatia, tendenza a comportamenti ripetitivi e senza scopo, alterazioni

dell'appetito e talvolta modificazioni del comportamento sessuale.

La demenza causa una progressiva limitazione dello stato funzionale della persona. Nelle fasi iniziali il deterioramento coinvolge le funzioni più complesse, come la capacità di gestire il denaro, la casa, assumere i farmaci, utilizzare i mezzi di trasporto. Con la progressione della malattia la persona perde anche la capacità di svolgere attività più semplici come curare l'igiene personale, vestirsi, lavarsi o muoversi e pertanto diventa del tutto dipendente dall'aiuto degli altri.

Come comportarsi:

- **incoraggiare** l'indipendenza del malato, senza creare pericoli;
- **aiutare** a mantenere la memoria residua del malato utilizzando fotografie di persone care, scritte sugli oggetti, segni distintivi sulle porte delle camere;
- **coinvolgere** il paziente nella vita familiare di tutti i giorni. Non bisogna trat-

tare il malato come un bambino, una eccessiva protezione può peggiorare il suo senso di emarginazione;

- **comunicare** con le parole e con i gesti la vicinanza al malato;
- **informarsi** sulle risorse disponibili sul territorio (servizi di assistenza a domicilio, centri diurni, residenze protette, centri notturni);
- **prendere contatto** con gruppi di volontariato.

PER IL CAREGIVER:

- **prendetevi cura anche di voi stessi.** Non è umanamente possibile dedicare tutto il proprio tempo ad una persona e in particolare ad una persona malata di demenza;
- **pianificate tutti i giorni un poco di tempo e di spazio** per svolgere attività che vi possano "rigenerare";

- se potete, **ricorrete all'aiuto di volontari** o a ricoveri di sollievo;
- **non vergognatevi a chiedere aiuto;**
- malato e *caregiver* devono trovare il modo per trascorrere il loro tempo insieme, senza che la demenza domini tutta la loro vita e sforzandosi di conservare, sopra ogni cosa, il dialogo.

5

LA SICUREZZA IN CASA



1

GLI INCIDENTI DOMESTICI

Gli infortuni che avvengono tra le **mura domestiche** rappresentano, nella maggior parte dei paesi industrializzati, una delle principali cause di mortalità in ogni fascia d'età.

Si tratta di un problema di grande interesse per la sanità pubblica, essendo forte il loro impatto sulla salute delle **persone che si occupano di lavoro domestico** (casalinghe, badanti ecc.) e più in generale dei **bambini** e delle **persone anziane**: riveste infatti un ruolo importante il peso sociale che questi infortuni hanno in termini di **vite umane**, di **assistenza sanitaria** ospedaliera ed extra-ospedaliera e di **invalidità** permanente e temporanea.

In Italia, secondo l'indagine Multiscopo ISTAT, **nel 2013** si sono infortunate a causa di incidenti domestici circa **2,55 milioni di persone**, per un totale di **2,9 milioni di incidenti**.

Tali eventi sono la causa di oltre un milione e mezzo di accessi al Pronto Soccorso, in conseguenza dei quali 130 mila persone vengono ricoverate, mentre 7mila non sopravvivono.

La percezione del rischio domestico è, tuttavia, molto bassa nella popolazione adulta e anziana: dai dati della sorveglianza PASSI 2011-14, risulta che più del 90% degli intervistati ritiene bassa o assente la probabilità di avere un infortunio in casa.

Tra le tipologie di incidenti domestici più frequenti: le cadute (40%), le ferite da taglio o punta (15%) e gli urti o schiacciamenti (12%).

GLI ANZIANI E GLI INCIDENTI DOMESTICI

Le cadute rappresentano la dinamica di incidente più ricorrente per gli anziani, senza distinzioni di genere.

L'assoluta predominanza di cadute tra le donne anziane si traduce in una più elevata incidenza di fratture a danno soprattutto degli arti inferiori; per gli uomini le lesioni più frequenti sono le ferite, e le parti del corpo più colpite sono soprattutto braccia e mani.

Dove avvengono le cadute?

Secondo i risultati di Passi d'Argento 2011-2014, un sistema di sorveglianza della popolazione con più di 64 anni del nostro Paese, gli anziani cadono **il 48% delle volte fuori casa**. Dentro casa, gli ambienti a maggior rischio sono: la **cucina** (25%); la **camera da letto** (22%); le **scale interne ed esterne** (20%); il **bagno** (13%).

Le cause delle cadute dell'anziano	percentuale media*
accidentale - correlata all'ambiente	31%
disturbo di andatura, riduzione della forza muscolare	17%
capogiri, vertigini	13%
collasso	9%
confusione	5%
ipotensione posturale	3%
disturbo visivo	2%
sincope	0,3%
altre cause specificate (**)	15%
cause sconosciute	5%

*= percentuali ricavate da 12 studi retrospettivi sulle cadute degli anziani in contesti diversi

** questa categoria include artrite, malattie acute, farmaci, alcol, dolore, epilessia e caduta dal letto

I fattori di rischio nelle cadute

La caduta delle persone anziane può essere causata da fattori personali (legati ad esempio allo stato di salute) oppure ambientali (sicurezza dell'ambiente domestico). I fattori di rischio, che possono aumentare le possibilità di caduta in casa per gli anziani, sono attribuibili a:

a) le caratteristiche della persona anziana, soggetta ad invecchiamento fisiologico o patologico, ad esempio:

- alterazione della vista; utilizzo di lenti multifocali;
- alterazione della mobilità; utilizzo di ausili non appropriati;
- assunzione di farmaci;
- storia di precedenti cadute e paura di cadere;
- malattie del sistema cardiovascolare;
- depressione;
- demenza e/o confusione.

b) le caratteristiche strutturali e logistiche dell'abitazione, ad esempio:

- presenza di scale;
- assenza di corrimano;
- scarsa illuminazione degli ambienti;
- pavimenti scivolosi.

Strategie per prevenire il rischio di caduta

a. Promuovere un uso corretto dei farmaci

Il consumo giornaliero di più farmaci è associato ad un maggior rischio di cadute, probabilmente perché implica una maggiore possibilità di uso improprio dei farmaci, reazioni avverse e interazioni farmacologiche. Tra i farmaci a cui porre più attenzione: diuretici, antipertensivi, sedativi e altri farmaci psicotropi.

Risultano fondamentali nella prevenzione le azioni di controllo svolte dai caregiver, ad esempio favorendo un uso corretto dei farmaci, sia nelle dosi che negli orari di somministrazione prescritti dal medico (vedi capitolo 3 - La cura).

b. Promuovere l'esercizio fisico

È scientificamente provato che l'attività fisica aiuta a prevenire le cadute e, in caso di caduta, può ridurre la gravità delle con-

sequenze. L'esercizio fisico permette infatti di migliorare la forza muscolare, la coordinazione e l'equilibrio. Inoltre, aiuta a camminare meglio e a fare le scale con meno fatica. L'attività fisica consigliata per il mantenimento e miglioramento della salute nella persona anziana comprende 30 minuti al giorno di attività aerobica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, più l'esecuzione di esercizi individualizzati di rinforzo della muscolatura mirati a migliorare la forza e l'equilibrio.

È importante quindi che gli anziani si mantengano il più possibile attivi e in movimento, ed è altrettanto importante che aderiscano ad iniziative di ginnastica dolce o attività fisiche adattate, svolte in gruppo e condotte da operatori appositamente formati.

c. Interventi di messa in sicurezza dell'abitazione

Non sono solo le condizioni di salute della persona anziana a facilitare le cadute, ma anche la struttura della casa, il suo livello di dotazione infrastrutturale e di arredo. Secondo alcune fonti, la presenza di un'abitazione non sicura è in grado di aumentare del 50% circa il rischio di cadute in casa.

È importante eseguire periodiche valutazioni degli aspetti strutturali e impiantistici, fornire le corrette informazioni alle persone assistite di seguito riportate.

La casa non è pertanto un luogo sicuro e

molte persone si fanno male mentre svolgono le normali attività come lavarsi, cucinare, alzarsi di notte per andare in bagno, prendersi cura di un familiare, fare i lavori di casa.

Bisogna poi tener presente che **con il passare degli anni le persone perdono alcune capacità diventando** più lente nei movimenti, meno agili, con minor senso dell'equilibrio e capacità di reazione; inoltre vedono meno e sentono meno.

Per evitare che questi cambiamenti diventino rischiosi per l'anziano, la **casa deve essere adattata alle sue nuove condizioni, eliminando, per quanto possibile, i rischi presenti.** Eliminare i rischi significa permettere all'anziano di **conservare e migliorare la sua autosufficienza** continuando ad occuparsi della sua igiene, della pulizia della casa, della cucina etc.

Eliminare i rischi non significa stravolgere l'ambiente di vita che la persona riconosce come suo, **ma decidere insieme quali modifiche fare** perché ci si possa muovere e vivere in casa in maggiore serenità.

L'anziano ha conoscenze ed esperienze che vanno valorizzate nella soluzione dei problemi, così come, per migliorare il suo benessere, non bisogna imporgli soluzioni per lui/lei inaccettabili, considerato che in casa passa molto del suo tempo.

La casa deve rimanere riconoscibile e familiare dando così una sensazione di sicurezza e conforto.

Prevenire il rischio di caduta: esercizio fisico



GLI INCIDENTI PIÙ FREQUENTI

Gli incidenti avvengono per **distrazione/distrattensione** o per un **comportamento non corretto** e sono favoriti dalla **struttura** e organizzazione della **casa**; quindi per evitarli bisogna lavorare su questi due aspetti

LE CADUTE

Come cade l'anziano:

- **scivola** su un pavimento lucido, su un pavimento bagnato, nella vasca da bagno/doccia, su un tappeto leggero (scendiletto);
- **inciampa** nei tappeti, nelle mattonelle sconnesse, nei gradini, nelle prolunghie, nei tavolini bassi, nei giocattoli lasciati sul pavimento, nel cane/gatto, nel suo bastone;
- **precipita** dalla sedia su cui è salito, dallo scaletto, dalla scala.

Cosa fare per evitare che scivoli:

- **evitiamo** di dare la cera ai pavimenti e non usiamo mai le pattine;
- **sorvegliamo** che l'anziano non cammini su un pavimento bagnato;
- **accertiamoci** che utilizzi pantofole chiuse e con la suola in gomma;
- **facciamo installare** un seggiolino nella vasca/doccia;
- **facciamo installare** maniglioni nella vasca/doccia ma anche vicino al water e al bidè;

- **eliminiamo** il tappetino vicino al letto o mettiamo sotto una rete adesiva.

Cosa fare per evitare che inciampi:

- se possibile **eliminare i tappeti** o spostarli in punti non di passaggio;
- **eliminare le prolunghie** e non lasciare fili sospesi nei punti di passaggio (cari-cabatteria dei cellulari);
- **procurare un bastone** comodo da usare e accompagnare l'anziano quando comincia ad usare il bastone perché si eserciti al suo uso;
- **segnalare le piastrelle sconnesse** aiutando l'anziano a memorizzare la loro posizione se possibile organizzare i percorsi in modo da evitarle;
- **spostare i tavolini bassi** ed altri ingombri in luoghi non di passaggio;
- **per gli animali che vivono in casa tenere viva l'attenzione** dell'anziano sulla loro presenza e sul pericolo di inciampare.

Cosa fare per evitare che precipiti:

- **spostare** nei mobili bassi tutti gli oggetti di uso comune; questo eviterà che l'anziano salga su sedie e sgabelli per recuperare quello di cui ha bisogno;
- **concordare** con l'anziano di non usare lo scaletto, delegando ad altre persone lavori come lavaggio dei vetri, cambio di stagione, pulizia dei lampadari;

Soccorso in caso di caduta



La paura di cadere



- l'uso delle scale può diventare pericoloso se il percorso non è ben illuminato; **sostituire** tempestivamente **le lampadine fulminate** e controllare che tutto il percorso sia ben illuminato; attenzione alle scale con gradini irregolari o parzialmente rotti, alle scale a chiocciola e a quelle che nelle curve hanno gradini triangolari che, restringendosi, non danno il giusto appoggio al piede;
- **le scale devono avere il corrimano.**

E se l'anziano cade che rischi corre?

Poiché le sue ossa sono fragili, corre il rischio di fratturarsi. La frattura più frequente è quella del femore e spesso questo evento diminuisce in modo stabile l'autosufficienza dell'anziano, limitando la sua mobilità in casa e, più ancora, fuori casa.

E se l'anziano è caduto in precedenza?

Allora c'è un rischio in più: la paura di cadere, che limita la vita sociale dell'anziano, il quale, pur potendo fisicamente muoversi, si autolimita perché è bloccato psicologicamente.

Come fare per conservare una buona forma fisica?

Camminare tutti i giorni aiuta a mantene-

re un buon tono muscolare e migliora, con l'aiuto di qualche specifico esercizio, l'equilibrio; due elementi importanti per prevenire le cadute e per migliorare l'umore. Prevenire le cadute significa dare all'anziano la possibilità di vivere in modo più attivo, mantenendo più a lungo le sue abitudini e la sua vita sociale. Per questo è necessario rendere le persone anziane consapevoli dell'importanza di evitare i rischi, concordando con loro tutte le modifiche da apportare alla casa e ai loro comportamenti.

RICORDIAMO

Indossare le pantofole con la suola in gomma

Illuminare bene tutti i percorsi, specialmente quando ci si alza di notte

Avere a portata di mano il cellulare con i numeri memorizzati

Tenere sul comodino una pila

Regolare, se possibile, l'altezza del letto

Togliere lo scendiletto

perché

IL PERCORSO PIÙ PERICOLOSO È QUELLO CHE VA DALLA CAMERA DA LETTO AL BAGNO

LE USTIONI

Come si ustiona l'anziano:

- **con le fiamme vive** dei fornelli, delle stufe, del camino;
- **con il vapore** delle pentole che bollono o del forno ventilato;
- **con i liquidi caldi** delle bevande, delle pentole e delle padelle, della doccia.

Cosa fare per le fiamme vive:

- se possibile **eliminarle** sostituendo il piano cottura;
- **non avvicinarsi alle fiamme** vive indossando vestiti/vestaglie con maniche larghe e tessuti sintetici; il caffè della mattina è pericoloso;
- **non avvicinare le stufe alle tende**, quando il fuoco si attiva è difficile fermarlo;
- **non stare troppo vicini alla fiamma** del camino, le scintille potrebbero raggiungere i vestiti;
- **non accendere mai il fuoco utilizzando l'alcol**, la fiamma torna indietro lungo il getto facendo scoppiare il contenitore che abbiamo in mano.

Cosa fare per il vapore:

- **fare attenzione**, quando si sollevano i coperchi delle pentole in ebollizione, a

non avere braccia e viso sulla traiettoria del vapore, il coperchio deve essere sollevato in modo da fare da scudo al viso;

- anche **il forno**, in particolare se ventilato, **va aperto con attenzione** e tenendo lontano il viso fin quando la prima folata di vapore si è dispersa;
- **attenzione al vapore** che si alza quando scoliamo pasta, riso, verdure...

Cosa fare per i liquidi caldi:

- **bere bevande calde stando seduti** e con vicino un piano dove appoggiare la tazza; non usare bicchieri, ma recipienti con manici;
- **sistemare** correttamente le pentole sui fornelli evitando che siano traballanti o che possano scivolare;
- **mettere le pentole grandi** sui fornelli posteriori e se la pentola è troppo pesante evitare che sia l'anziano ad alzarla per scolare il contenuto;
- **attenzione a sistemare** le padelle in modo che il manico non fuoriesca dal piano cottura; l'olio raggiunge temperature molto alte;
- **attenzione alle pentole a pressione**, controllare sempre che la valvola di sfogo non sia otturata;
- **regolare la temperatura della caldaia a**



Fare attenzione al vapore sprigionato da pentole e forni, una delle cause più comuni di ustioni in ambiente domestico



Cura delle ustioni



non più di 50 gradi per impedire che l'acqua della doccia possa essere troppo calda.

E se ci si ustiona?

- Se l'ustione si limita ad un arrossamento della pelle (**ustione di primo grado**) e ha un'estensione limitata, possiamo trattarla con un prodotto specifico che ci consiglierà il medico di fiducia o il farmacista;
- se si forma una bolla piena di siero (**ustione di secondo grado**) limitata ad una piccola zona, rivolgersi al medico di fiducia;
- se l'ustione copre una zona ampia e/o si sono formate piaghe (**ustione di terzo grado**), andare subito in Pronto Soccorso.

RICORDIAMO

Le ustioni sono **dolorose** e impiegano molto tempo a guarire

Un'ustione molto estesa può mettere in **pericolo di vita**

Le ustioni dipendono da **comportamenti avventati** e da **distrazioni**

QUINDI

Parliamone con l'anziano ricordando insieme quali sono gli oggetti e le azioni che possono provocare un incidente e cerchiamo di evitare i comportamenti a rischio e le distrazioni

Controllo del salvavita



LE FOLGORAZIONI

Come avviene la folgorazione:

- **fili scoperti** del ferro da stiro o di altri elettrodomestici;
- **impianto elettrico non a norma** (mancanza della "terra");
- **uso degli elettrodomestici a contatto con l'acqua;**
- **salvavita non funzionante.**

Cosa fare per evitarla:

- **controllare i fili** e le spine degli elettrodomestici;
- **controllare** che **le prese** siano ben avvitate e che non siano annerite;
- se l'impianto elettrico è molto vecchio, **chiedere la revisione** a un elettricista;
- **non usare il phon a piedi nudi** e su pavimento umido;
- **non lasciare gli elettrodomestici inseriti nella presa** quando non li usiamo;
- **non usare gli elettrodomestici vicino all'acqua;**
- attenzione a verificare periodicamente che **il salvavita** funzioni, schiacciando il tasto "tester".

RICORDIAMO

La **folgorazione** può essere mortale
Chiamare subito il **118** specificando che si tratta di folgorazione
Se si è capaci, **praticare** il massaggio cardiaco

ATTENZIONE

Una **buona manutenzione** dell'impianto elettrico e dello stato degli elettrodomestici è alla base di una prevenzione efficace

GLI AVELENAMENTI

Come avviene l'avvelenamento/intossicazione:

- **errore nel dosaggio** dei farmaci;
- **ingestione di sostanze** tossiche;
- presenza di **monossido di carbonio nell'ambiente;**
- **fuoriuscita di gas.**

Cosa fare per evitarli:

- **controllare** che l'assunzione dei farmaci sia corretta; se sono molti, fare un promemoria con l'aiuto del medico o

6

IL RICORSO AI SERVIZI



1

I SERVIZI UTILI

Se la persona anziana o la sua famiglia ha bisogno di supporti da parte dei servizi sociali e sanitari, può individuare innanzitutto nel **medico di famiglia** (o medico di medicina generale) il primo **contatto per i bisogni più strettamente sanitari** e nell'**assistente sociale** del Comune di residenza (il Comune può organizzare tali servizi anche in forma associata con altri enti: consorzi, unioni di Comuni, aziende speciali, convenzioni) il **riferimento per le esigenze di carattere sociale**. In numerose realtà del territorio nazionale (non ancora ovunque) sono stati negli ultimi anni istituiti dei "punti unici di accesso" o degli "sportelli sociosanitari" per facilitare l'integrazione di questi ambiti diversi ma complementari per la salute delle persone. In questi luoghi operano con-

testualmente con un'unica segreteria sia gli operatori sociali che sanitari: ognuno svolge il proprio compito istituzionale, ma attraverso un'organizzazione e una metodologia quanto più possibile condivisa, conosciuta e concordata. È, infatti, assolutamente importante e utile che esista tra i diversi professionisti una sinergia, un collegamento e la condivisione concreta nella formulazione e nella gestione dei piani progettuali.

È stata istituita presso le Aziende Sanitarie Locali e in tutto il territorio nazionale l'Unità di Valutazione Geriatrica; a essa compete il compito di approvare e rendere praticabile un progetto condiviso (anche sul piano della responsabilità economica) di natura sociosanitaria. L'Unità di Valutazione Geriatrica opera mediante un lavoro contestuale e integrato fra sanità e assistenza e obbliga quindi i due comparti a occuparsi insieme dei bisogni e dei progetti a favore della popolazione anziana.



2

IL MEDICO DI FAMIGLIA

Il medico di medicina generale (MMG) garantisce l'assistenza sanitaria indistintamente a tutti i pazienti da lui assistiti, promuove e tutela la loro salute in un rapporto di reciproca fiducia e rispetto. Compito del MMG è svolgere con autorevolezza, indipendenza e competenza la propria professione. L'attività del medico consiste nella prevenzione, nella diagnosi, nella cura e riabilitazione di primo livello, nell'educazione sanitaria individuale.

I pazienti

Il MMG è tenuto a dare assistenza a tutti i cittadini italiani, comunitari, ed extracomunitari con regolare permesso di soggiorno residenti nel territorio dell'ASL. Il cittadino ha il diritto di scegliere liberamente nell'ambito territoriale di appartenenza un medico fra quelli che hanno disponibilità di scelte. Per gli adempimenti amministrativi di scelta/revoca del medico, il cittadino può rivolgersi agli sportelli del Distretto Sanitario.

L'attività ambulatoriale

L'ambulatorio del medico di medicina ge-

nerale è uno studio privato, destinato allo svolgimento di un pubblico servizio. Il medico visita in ambulatorio con orario ad accesso libero o su appuntamento, salvo i casi di necessità non differibili.

Nello studio medico :

- si ascoltano i bisogni dei pazienti;
- vengono effettuate visite mediche;
- si prescrivono farmaci e accertamenti;
- si richiedono visite specialistiche o ricoveri ospedalieri;
- si redigono certificati.

In caso di ravvisata urgenza l'unico servizio adeguato ad intervenire è il **118** che all'occorrenza può inviare un'ambulanza con un medico a bordo o l'elisoccorso.

Orari di attività del medico di famiglia

Il MMG fra attività ambulatoriale e domiciliare opera dalle ore 8:00 alle ore 20:00 nei giorni feriali e dalle ore 8:00 alle ore 10:00 nei giorni prefestivi ed il sabato. Nella restante parte della giornata è sostituito dal Servizio di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).

Il medico è tenuto ad individuare un suo sostituto in caso di assenza dal servizio.

La consultazione telefonica

Sia durante che al di fuori degli orari di accesso all'ambulatorio, è possibile contattare il proprio medico per bisogni sanitari urgenti non riconducibili alle prestazioni proprie del servizio di pronto soccorso. Al riguardo si pongono le seguenti raccomandazioni:

- chiamare solo in caso di effettiva necessità;
- rispettare le eventuali fasce orarie concordate con il proprio medico;
- fare in modo che la comunicazione sia breve e precisa; se il problema richiede più tempo, concordare un successivo contatto telefonico o accesso in studio.

Compiti specifici del medico di famiglia

Il medico di medicina generale assicura gratuitamente ai propri assistiti le seguenti prestazioni:

- **visite ambulatoriali** presso il suo studio professionale, aperto 5 giorni la settimana (da lunedì a venerdì) secondo orari congrui al numero dei propri assistiti e che vengono esposti al pubblico;
- **visite domiciliari**, che, se richieste entro le ore 10:00, vengono evase nella giornata, mentre quelle pervenute oltre tale orario potranno essere evase entro le ore 12:00 del giorno successivo. Le chiamate urgenti, qualora recepite, devono essere soddisfatte nel più breve tempo possibile, su valutazione e sotto

la responsabilità del medico;

- **assistenza domiciliare programmata e integrata** riservata ad assistiti che sono stabilmente impossibilitati a muoversi secondo un piano assistenziale definito e autorizzato dal Distretto Sanitario; tale assistenza può prevedere anche l'intervento di specialisti, di infermieri, e di operatori addetti all'assistenza; rientrano in questo tipo di assistenza le persone con gravi disabilità e i malati oncologici o terminali, quale alternativa al ricovero ospedaliero o in struttura residenziale extraospedaliera;
- **prestazioni di particolare impegno professionale** quali: medicazioni, vaccinazioni, fleboclisi, terapia endovenosa, applicazione o rimozione di punti di sutura, cateterismo maschile e femminile, tamponamento nasale anteriore, iniezioni sottocute desensibilizzanti ecc.;
- **prescrizione di farmaci;**
- **richieste di consulenze specialistiche**, accertamenti diagnostico-strumentali e analisi ematochimiche sia per una prima diagnosi che per seguire nel tempo gli assistiti con patologie croniche;
- **proposte di ricovero ordinario;**
- **certificati per malattia** per lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato;
- **certificati d'idoneità sportiva** in ambito scolastico (es.: giochi della Gioventù) richiesti dalla scuola;
- **certificazioni per la concessione di ausili/presidi** per riduzione/perdita autosufficienza/riconoscimento dell'handi-



cap (Legge 104/92);

- **vaccinazioni nelle campagne di prevenzione dell'ASL** (es.: vaccinazioni antinfluenzali).

È competenza del medico di famiglia disporre l'attivazione dei seguenti servizi:

- **Assistenza Domiciliare Integrata**, rivolta a pazienti che necessitano di prestazioni sociosanitarie integrate di tipo medico, specialistico, infermieristico, riabilitativo e socioassistenziale. La segnalazione può avvenire tramite il Medico di Medicina Generale, il Medico Ospedaliero, i servizi sociali, i familiari del paziente. È, comunque, solo il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia che attiva tale assistenza ed è il responsabile unico e complessivo del paziente.

L'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata deve avvenire su apposito modulo compilato dal MMG/PLS che lo invia al servizio ADI del Distretto Sanitario. Presso il domicilio del paziente deve essere mantenuto il fascicolo sanitario individuale dell'assistito per la consultazione da parte di altri operatori e per l'annotazione da parte del MMG degli accessi concordati.

- **Assistenza Infermieristica Domiciliare** per prestazioni strettamente infermieristiche come medicazioni, gestione catetere vescicale (per il controllo dell'urina), gestione accessi venosi centrali e peri-

ferici (es. fleboclisi, prelievi), gestione dispositivi per la terapia del dolore (infusor), gestione stomie (accessi diretti agli organi interni), educazione sanitaria per un corretto utilizzo degli ausili, per la mobilitazione e il posizionamento della persona allettata per prevenire le ulcere da decubito, somministrazione dei farmaci, sostegno alla famiglia quando il carico assistenziale è molto pesante.

È importante che il *caregiver* chieda al familiare o al medico dell'anziano assistito gli indirizzi delle sedi più vicine del Centro unico di prenotazione (CUP), dove si prenotano le visite specialistiche e gli esami di laboratorio, e della Struttura amministrativa del Distretto Sanitario dove si effettua la scelta del medico di famiglia e si trovano gli uffici competenti per le diverse pratiche ed autorizzazioni (ad es. ufficio assistenza integrativa e protesica).

3

I SERVIZI SANITARI SUL TERRITORIO

Assistenza Integrativa e protesica

Il Servizio assicura la fornitura diretta o attraverso centri convenzionati di ausili e protesi, previsto dal Nomenclatore tariffario nazionale e quanto deliberato dalle Regioni, prodotti dietetici, materiale d'uso e di medicazione compreso nel Nomenclatore tariffario nazionale, inserimenti presso



istituti per la riabilitazione, rimborsi, assistenza estero.

La fornitura è riservata ai cittadini residenti nel Distretto che: siano riconosciuti invalidi (per invalidità civile, di guerra, del lavoro, sordomutismo e cecità), che necessitano di assistenza integrativa o che siano minori di 18 anni, anche non riconosciuti invalidi.

Le forniture, inoltre, comprendono diverse tipologie di protesi e ausili come: calzature, tutori per arto, corsetti, busti, occhiali, protesi acustiche, protesi anatomiche, carrozzine, seggioloni, stampelle, deambulatori, letti, cuscini, ausili ottici elettronici e per la comunicazione, aspiratori per laringectomizzati, montascale mobili ed ausili per la terapia respiratoria.

Continuità Assistenziale (Guardia Medica)

Il Servizio effettua:

- visite mediche, in ambulatorio o a domicilio;
- prescrive farmaci per le terapie d'urgenza e per un ciclo massimo di 3 giorni;
- propone il ricovero ospedaliero in caso di necessità;
- rilascia certificati di malattia solo in caso di necessità e per un periodo massimo di 3 giorni.

Il servizio è attivo:

- nei giorni feriali, dalle ore 20.00 alle 8.00 del mattino successivo;
- sabato e prefestivi dalle ore 10.00 alle 8.00 del lunedì o del giorno successivo a quello festivo.

Salute Mentale

I servizi per la salute mentale comprendono l'insieme dei servizi territoriali e ospedalieri dedicati alla prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psichico e dei disturbi mentali degli adulti. Al loro interno, svolgono attività professionale medici psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri professionali e socioterapeuti.

Comprendono:

- centri di salute mentale;
- centri diurni Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc);
- Day Hospital;

- comunità protette;
- gruppi appartamento.

Dipendenze patologiche

I cittadini che hanno un problema di dipendenza da una o più sostanze psicoattive legali o illegali (droga, alcol, fumo) o con comportamenti di dipendenza senza uso di sostanza (gioco d'azzardo) vengono accolti dai Servizi di patologie delle dipendenze (Ser.D), che svolgono attività di prevenzione, educazione sanitaria, cura e riabilitazione. Tali attività sono svolte con l'intervento di *équipe* multidisciplinari integrate, composte da medici, infermieri, psicologi, educatori ed assistenti sociali.

In generale l'accesso al Ser.D. è gratuito e diretto, cioè non serve la ricetta del medico curante. A chi si rivolge al Servizio è garantito il pieno rispetto dell'anonimato.

Dipartimento di prevenzione: Servizio vaccinale

I cittadini affetti da patologie che aumentano il rischio di malattie batteriche invasive o epatite B possono rivolgersi al servizio vaccinale di riferimento.

4 I SERVIZI SOCIALI

I servizi sociali, in questi ultimi anni, hanno acquisito un'importanza sempre maggiore ed ampliato il loro campo di intervento: da erogatori di assistenza, rivolta in particolare a situazioni estreme con gravi problematiche, sono oggi considerati dalle nuove politiche sociali un supporto per tutta la comunità.

Il loro compito specifico è quello di promuovere il benessere di tutti i cittadini che vivono in un determinato ambito e contesto territoriale: supportano e accompagnano, attraverso specifici progetti e percorsi, le persone e le famiglie che vivono condizioni particolarmente problematiche e difficili, per permettere loro di superare o, per lo meno, di riuscire ad affrontare e a convivere con queste condizioni con la maggiore dignità possibile e ancora da protagonisti. Parallelamente, promuove azioni e opportunità per la prevenzione del disagio e delle difficoltà, per la valorizzazione delle risorse esistenti sul territorio,



cercando di produrre e stimolare una sinergia produttiva e positiva tra quanti operano nel contesto locale (volontari, associazioni, terzo settore ed altri servizi).

Rappresentano un luogo e una possibilità per tutti i cittadini: per tutte le famiglie, per il genitore in difficoltà con i propri figli, per i figli preoccupati nella gestione quotidiana dei loro parenti anziani, per i ragazzini nel loro percorso di crescita e di evoluzione, per gli anziani soli, per le persone disabili che desiderano e hanno il diritto di vivere inseriti con dignità nella società in cui abitano, per i nuclei che stanno attraversando un periodo difficile e hanno bisogno di aiuto per non lasciarsi andare e per recuperare energie positive, per tutti quelli che hanno voglia di discutere e di confrontarsi su condizioni di vita a volte un po' faticose e complesse; è il luogo per ricevere e/o chiedere un consiglio, un'informazione o dove poter offrire un po' di tempo da mettere a disposizione nei confronti di singole persone che possono aver bisogno di aiuto o di specifici progetti rivolti alla valorizzazione e promozione del territorio e delle famiglie che sullo stesso vivono.

Se la persona anziana ha bisogno di aiuto anche dal punto di vista sociale, si può ri-

volgere al Servizio Sociale del Comune di residenza.

Le forme organizzative possono essere diverse e alcune realtà territoriali vedono già concretamente integrate, in uno stesso luogo fisico, l'operatività dei diversi professionisti: assistenti sociali, educatori professionali e operatori sociosanitari. Se sono già stati organizzati nei diversi territori i "punti unici di accesso per i bisogni sociosanitari" è stata meglio strutturata anche una modalità di lavoro strettamente correlata con professionisti sanitari quali infermieri e medici di medicina generale. Il Servizio Sociale opera all'interno del Comune, se questo è di piccole o medie dimensioni, o nel quartiere o nella circoscrizione, se invece è di grandi dimensioni. In ogni territorio sono individuati un orario, un luogo e il professionista incaricato per l'accoglienza e per il ricevimento del pubblico. È l'assistente sociale che si occupa della prima accoglienza e che, attraverso il segretariato sociale e il servizio sociale professionale, definisce con i cittadini il percorso più rispondente alle loro esigenze e ai loro bisogni, anche cercando di consolidare e supportare l'intera rete familiare e amicale di cui le persone possono già disporre. Là dove le persone vivono in condizioni di soli-

tudine, l'assistente sociale in collaborazione con altri operatori (educatori e operatori socio-sanitari) opera anche al fine di costruire attorno alle persone stesse (ad esempio attraverso il coinvolgimento di organizzazioni di volontariato) delle relazioni significative e a supporto di alcuni interventi che invece possono e debbono essere erogati direttamente dal servizio stesso.

Gli operatori sociali sono reperibili anche telefonicamente ed effettuano visite domiciliari, presso l'abitazione e la dimora dei cittadini, che vengono concordate e definite direttamente con gli stessi sia nei casi in cui la persona non possa recarsi negli uffici preposti, ma anche per meglio conoscere le caratteristiche di ogni situazione e, conseguentemente, poter individuare la forma di sostegno più utile e opportuna.

I servizi di diretta competenza del Servizio Sociale sono:

- **Segretariato Sociale**, che si occupa di offrire informazioni e consulenza a persone singole, famiglie, gruppi, enti, servizi, associazioni presenti sul territorio; in questo contesto l'operatore sociale offre un supporto per pratiche amministrative inerenti il settore socioassistenziale e socio-sanitario;
- **Servizio Sociale Professionale**, che ha il compito di promuovere quanto più possibile l'autonomia e le potenzialità delle persone, per affrontare i problemi personali, familiari, d'integrazione sociale ed è diretto a tutte le persone singole, famiglie, residenti o comunque presenti sul territorio, gruppi, associazioni, altri servizi; consiste in un processo di aiuto per affrontare difficoltà di vario genere e per favorire il benessere dei cittadini;
- **Servizio di Assistenza Domiciliare**, fornito da operatori specializzati (operatori socio sanitari) che vanno al domicilio della persona anziana o del disabile per prestazioni relative alla cura socio-sanitaria (igiene personale e/o alzata quotidiana, bagno e mobilitazione della persona allettata, etc.), alla preparazione e/o fornitura dei pasti, all'aiuto nello svolgimento delle azioni di vita quotidiana (spesa, gestione della casa, accesso esterno a servizi e risorse), nonché per promuovere e stimolare le relazioni sociali necessarie per sentirsi quanto più possibile parte della comunità;
- **Servizi Economici a Sostegno della Domiciliarità**, ovvero un'erogazione di carattere economico (in alcuni casi denominato "assegno di cura") utile per permettere la presenza di un assistente familiare (badante) o per permettere un aiuto concreto in casa indispensabile per poter continuare a vivere nella propria dimora e per evitare l'istituzionalizzazione;
- **Servizio di Tutela, Cura e Amministrazione di Sostegno**, che intende garantire le migliori condizioni di vita, oltre alla salvaguardia e alla cura del patrimonio, e consiste in attività di supporto e di vigilanza nella gestione della vita quotidiana e nella gestione del patrimonio delle persone coinvolte su preciso mandato dell'Autorità Giudiziaria competente (Giudice Tutelare); è rivolto a minori privi di genitori che possano esercitare la potestà genitoriale e ad adulti o anziani dichiarati totalmente o parzialmente incapaci dall'Autorità giudiziaria;
- **Servizio di Assistenza Economica** a sostegno del reddito per gli anziani con risorse insufficienti ed inferiori al minimo vitale, al fine di poter loro garantire la soddisfazione dei bisogni primari;
- **Servizio di Affidamento Familiare residenziale e/o diurno**, un supporto concreto da parte dei volontari a casa dell'anziano durante il giorno (diurno) o presso la residenza di chi offre il supporto (residenziale) che il servizio sociale si occupa di reperire (sensibilizzazione), proporre all'anziano e rimborsare con un riconoscimento di natura economica;
- **Servizio Telesoccorso e Pasti a domicilio**, strumenti che possono essere una garanzia e un aiuto nella gestione della vita quotidiana;
- **Servizi ricreativi e culturali e di promozione all'autonomia** (centri sociali, centri anziani autogestiti, università della terza età, orti, etc.) che hanno funzioni di aggregazione e di stimolo al bagaglio culturale della persona, permettendo alla stessa la dignità dell'inclusione sociale e il benessere derivan-

te dal riuscire a evitare condizioni di emarginazione e solitudine;

- **Servizio Inserimenti in strutture semi-residenziali (centri diurni) o residenziali (strutture)**, per inserimenti temporanei, di sollievo o per periodi più lunghi da realizzarsi per situazioni più gravi, molto compromesse per le quali diventa utile e opportuno un aiuto, anche solo per un periodo, in tal senso.

5

TERZO SETTORE

È importante che il *caregiver* sia informato sulle organizzazioni del terzo settore che operano sul territorio e sull'insieme delle persone che supportano, accompagnano, curano e assistono gli anziani.

Da sempre, infatti, sia le organizzazioni di volontariato sia le cooperative sociali, nonché altri soggetti appartenenti al privato sociale rappresentano preziose risorse per la comunità sociale e per i bisogni dei cittadini che la abitano.

Sempre più spesso si predispongono progetti e percorsi di lavoro e opportunità di servizi integrati con soggetti pubblici, importante e utile in questo senso il lavoro svolto a livello nazionale in merito alla definizione dei piani di zona.

L'obiettivo è sempre più quello di attuare percorsi innovativi con il terzo settore.

Alcuni servizi sono affidati dagli stessi soggetti pubblici, attraverso gare a evidenza pubblica o in concessione, ai soggetti privati che gestiscono quindi, in stretta collaborazione con le ASL e i Comuni, tali opportunità.

I NUMERI DI EMERGENZA

In caso di emergenza, i numeri che si possono chiamare da qualsiasi apparecchio telefonico, gratuitamente e senza prefisso, sono:

EMERGENZA SANITARIA: 118

Da chiamare nelle situazioni di grave difficoltà. Ad esempio: sospetta frattura, perdita di conoscenza, grave difficoltà respiratoria, dolore acuto e insopportabile. Durante la chiamata è importante specificare l'indirizzo (via, numero civico, Comune), il numero telefonico da cui si chiama, il motivo della chiamata, le condizioni della persona che ha bisogno di aiuto.

VIGILI DEL FUOCO: 115

Da chiamare in caso di incendio, impossibilità a entrare al domicilio della persona (ad esempio nel caso in cui si rimane inavvertitamente fuori dalla porta di casa, senza possibilità di reperire le chiavi in un lasso di tempo abbastanza breve).

CARABINIERI: 112 - POLIZIA: 113

Questi numeri sono da chiamare in caso di grave pericolo per la sicurezza personale propria e delle persone assistite (ad esempio, presenza di ladri o comportamenti violenti).

Coordinatore e
Responsabile scientifico del progetto

Laura MARINARO

SSD Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione
ASLCN2 Alba-Bra

Hanno collaborato
alla redazione del manuale:

Anna ABBURRÀ

Daniela AGAGLIATI

Stefano BERTI

Mauro BRUSA

Attilio CLERICO

Rosa D'AMBROSIO

Flora FERRARI

Benedetta Gabriella GARGANO

Laura MARINARO

Laura MARTIGNONE

Giorgiana MODOLO

M. Chiara PAVARIN

Girolamo TRAPANI

Progetto grafico



**Pomilio
Blumm**

ideas can



www.argoattivo.it

Progetto approvato e finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Programma CCM 2015.

Ente partner Regione Piemonte
Argento Attivo trae spunto dall'omonima iniziativa della Regione Veneto nell'ambito del Programma di Prevenzione degli Incidenti Domestici

Coordinatore e Responsabile scientifico del progetto

dr.ssa Laura Marinaro
SSD Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione
ASL CN2 Alba-Bra

Unità operative coinvolte

ASLT01 - Dipartimento integrato della Prevenzione S.S.D.
Epidemiologia ed educazione sanitaria,
referente dr.ssa Rosa D'Ambrosio

ASL Alessandria - Distretto di Casale M
Coordinamento Aziendale
Promozione della salute, referente
dr. Mauro Brusa

ASUR Marche - Area Vasta 2
Dipartimento di Prevenzione
Ufficio Promozione della Salute Ancona,
referente dr. Stefano Berti

ASP Palermo UOEPSA - Unità Operativa
Educazione e promozione della
Salute Aziendale, dr. Angelo Miraglia
dr.ssa Benedetta Gabriella Gargano

A.Ulss 18 Rovigo - UOC SISP
dr.ssa Lorenza Gallo e
dr.ssa Maria Chiara Pavarin