



Organo ufficiale  
della Società Italiana  
di Gerontologia e Geriatria



# GIORNALE DI GERONTOLOGIA

**52° Congresso Nazionale della  
Società Italiana di Gerontologia e Geriatria**  
*Paese vecchio, assistenza nuova: il caso Italia*  
Firenze, 28 novembre - 2 dicembre 2007

Ottobre 2007

Volume IV

Numero 5

**8° Corso Multiprofessionale di Nursing**  
Firenze, 29 novembre - 1 dicembre 2007

**6° Corso di Riabilitazione Cognitiva**  
Firenze, 29-30 novembre 2007

**3° Corso per Psicologi**  
Firenze, 30 novembre - 1 dicembre 2007

**2° Corso per Assistenti Sociali**  
Firenze, 29-30 novembre 2007

**1° Corso per Fisioterapisti e Terapisti Occupazionali**  
Firenze, 29-30 novembre 2007



## La somministrazione dei pasti in RSA – Progetto “di rieducazione al pasto” di Villa San Clemente

P. Pagliari<sup>1,2</sup>, S. Bodini<sup>1,2</sup>, P. Cosso<sup>1,2</sup>, V. D'Orta<sup>1,2</sup>, G. Ricci<sup>2</sup>, E. Riva<sup>1,2</sup>, B. Sacchetti<sup>1,2</sup>, S. Sala<sup>1,2</sup>, A.B. Ianes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> RSA Villa San Clemente, via Garibaldi 77, Villasanta (MI); <sup>2</sup> Gruppo SEGESTA

L'invecchiamento ed alcune malattie che colpiscono le persone anziane possono cambiare notevolmente l'esperienza del mangiare, influenzando sia il piacere che i benefici nutritivi del cibo.

Cambiamenti nella vista, nella mobilità fisica e nei sensi del gusto e dell'odorato influenzano la capacità degli anziani di godere di questa attività vitale.

A questo si devono aggiungere alcuni aspetti organizzativi da migliorare e una scarsa sensibilità del personale all'importanza del pasto. Si ritiene che il tempo medio destinato al pasto all'interno delle RSA sia di circa 13 minuti: il personale ha spesso gran fretta di pulire la sala da pranzo. Questa fretta è un ulteriore ostacolo al momento del pasto anche per gli Ospiti che non manifestano particolari problemi nell'alimentazione e che avvertono solo un disservizio legato alla fretta ed all'ansia del personale di terminare di riassetare il nucleo prima della fine del turno di servizio.

**Materiali e metodi.** Saranno coinvolti nel progetto il servizio di animazione (2 operatrici) e quello di fisioterapia (3 operatrici) che affiancheranno, un operatore per ciascuno dei cinque nuclei (22 ospiti per nucleo), il personale di assistenza durante i pasti di mezzogiorno per un periodo di sei mesi. Il progetto si articolerà in tre fasi: Fase 1. Definizione del protocollo di effettuazione del progetto; Fase 2. Definizione delle necessità degli ospiti coinvolti; Fase 3. Inizio del progetto.

La presenza delle educatrici e delle fisioterapiste al momento del pasto del mezzogiorno vuole essere un contributo al il recupero delle performances motorie perse da alcuni Ospiti, evitando assistenze non utili o dannose per il recupero di alcune attività di base della vita quotidiana, un'occasione per rilevare i problemi legati all'ambiente in cui vengono dispensati i pasti, ed un modo per rivalutare costantemente le necessità e le problematiche che gli ospiti incontrano al momento del pasto. Verranno attuate tutte le procedure atte a migliorare la palatabilità e la gradevolezza dei cibi (evitando ad es. i pasti unici frullati) al fine di incontrare i gusti degli ospiti dell'RSA e verranno apportate modifiche ambientali laddove fossero necessarie per creare un ambiente più confortevole ed invitante.

**Scopi.** 1. Migliorare la qualità ambientale e nutrizionale del momento del pasto 2. Incentivare l'autonomia degli Ospiti nell'alimentazione e migliorarne di conseguenza l'autostima 3. Sensibilizzare il personale A.S.A. all'importanza del momento del pasto 4. Effettuare un monitoraggio costante ed eventualmente rilevare problematiche che possono interferire e “rompere” la necessaria tranquillità nel momento del pasto.

**Conclusioni.** Il cibo è uno dei piaceri della vita e nessun gruppo di persone apprezza di più i pasti delle persone anziane. Uno dei compiti che l'organizzazione di una RSA si deve prefiggere è quello di rendere il momento del pasto un momento di convivialità utile al mantenimento delle attività di vita quotidiana e dello stato nutrizionale e non solo un momento dedicato all'assunzione di alimenti da “ingerire” per sopravvivere.

## Prevalenza e caratteristiche del dolore nelle lungodegenze in diverse nazioni europee

C. Palmacci, S. Aquila, M. Tosato, R. Bernabei, G. Gambassi

Centro Medicina Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

**Scopo.** Il dolore costituisce un problema molto importante nella popolazione anziana. I dati in letteratura hanno messo in evidenza come il dolore sia sottotrattato in questa classe di età e questo ancor di più nelle residenze sanitarie assistenziali. Nelle RSA in Europa risiedono pazienti con caratteristiche molto diverse ed esistono anche differenze socio-culturali rispetto al dolore ed al suo trattamento (1). Tuttavia, ci sono pochi studi internazionali sul dolore condotti nelle lungodegenze in Europa e sono necessari ulteriori dati (2). Abbiamo quindi voluto studiare la prevalenza del dolore ed i fattori ad esso correlati in tre paesi europei, Finlandia (rappresentante il Nord Europa), Italia (il sud) e Olanda (il centro).

**Materiali e metodi.** Tutti i residenti (di età superiore o uguale a 65 anni, non in stato di coma e comunque non in prognosi terminale), sono stati valutati mediante il Minimum Data Set 2.0 (MDS) almeno 30 giorni dal momento del ricovero. I dati per la Finlandia (n = 6671) includevano informazione raccolte da 255 unità in 64 strutture, per l'Olanda (n = 2295) da 8 strutture e per l'Italia (n = 1764) da 10 RSA.

**Risultati.** L'età media della popolazione in studio era di 83.6 anni, il 73,3% della quale di sesso femminile. Le caratteristiche al baseline mostravano una maggiore prevalenza di dipendenza nelle ADL (62,3%) e di deterioramento cognitivo (50,2%) nel campione finlandese. La prevalenza di dolore variava tra il 33% in Italia, il 44% in Olanda ed il 55% in Finlandia. Nei modelli di regressione logistica, i fattori correlati al dolore erano più o meno sovrapponibili in tutti i paesi. La presenza del dolore era positivamente associata a depressione (OR 1.7-2.6), dipendenza nelle ADL (OR 2.0-3.2).

**Conclusioni.** Il nostro studio suggerisce come il dolore nelle RSA di diversi paesi europei abbia le stesse caratteristiche e risulti correlato allo stesso modo con depressione, performance cognitiva, ADL e comorbilità, avvalorando l'ipotesi che tali correlazioni siano indipendenti da differenze culturali.

## BIBLIOGRAFIA

1. Achterberg WP, Pot AM, Scherder EJ, Ribbe MW. Pain in the Nursing Home: Assessment and Treatment in Different Types of Care Wards. *J Pain Symp Man* 2007.
2. Zyczkowska J, Szczerbinska K, Jantzi MR, Hirdes JP. Pain among the oldest old in community and institutional settings. *Pain* 2007.



questi obiettivi abbiamo elaborato, in linea con la letteratura esistente, le possibili metodiche di valutazione dello stato di malnutrizione e il graduale perfezionamento di figure professionali con competenze diverse, in grado di offrire prospettive e punti di osservazione differenti ma tuttavia complementari.

**Materiali.** I dati rilevati nel nostro studio nell'arco di quattro anni, si riferiscono ad un totale di 649 pazienti terminali di cui 511 oncologici e 138 cronici non oncologici; abbiamo esaminato per ogni singolo anno oltre alle molteplici problematiche sanitarie e psicologiche lo stato di malnutrizione.

### Utilizzazione di uno strumento infermieristico per la valutazione della effettiva assunzione dei pasti nell'anziano ospedalizzato

G. Resta, A. Bresciani, C. Pifferi, M. Luca, C. Mussi

*Cattedra di Geriatria e Gerontologia, Università di Modena e Reggio Emilia e Azienda USL di Modena*

**Introduzione.** È problema quotidiano la difficoltà di valutare correttamente lo stato nutrizionale desumibile dai parametri antropometrici e l'assunzione della dieta nell'anziano ospedalizzato. Il peso e l'altezza non raramente mancano nelle cartelle di ricoverati allettati. Scopo dello studio è la valutazione dei risultati ottenuti applicando un protocollo oggettivo di rilevazione dell'assunzione dei pasti in un reparto per acuti.

**Materiali e metodi.** Sono stati studiati 83 soggetti consecutivamente ricoverati in un mese presso l'U.O. di Geriatria di Modena (età media:  $85.4 \pm 7.1$  anni, 61,4% femmine). Nella raccolta della casistica il personale infermieristico e gli operatori socio-sanitari (OSS) ha partecipato attivamente alle rilevazioni del fabbisogno calorico, del peso, dell'altezza e alla compilazione della scheda di rilevazione. Ad ogni paziente è stata prescritta una dieta in base al fabbisogno calorico basale più le calorie richieste dalle condizioni acute in atto e dalla sua mobilità.

Per ogni paziente è stato compilato dal personale infermieristico e degli OSS un questionario (figura 1) per valutare oggettivamente le quantità di cibo e di acqua introdotte quotidianamente e la presenza di disfagia; il paziente o, se non collaborante, il caregiver, hanno fornito informazioni sul gradimento dei tre pasti. La rilevazione è stata effettuata per una settimana. In ogni scheda è stato riportato il tipo di dieta ed il contenuto calorico giornaliero. I giorni di digiuno causati da indagini strumentali sono stati eliminati dall'analisi.

**Risultati.** Il 100% dei pazienti che riferivano disfagia in almeno uno dei tre pasti (12 soggetti, 14,4% del campione) assumevano una dieta a consistenza modificata (cremosa o tritata, con aggiunta di addensanti). Il 34,8% dei pazienti necessitava di aiuto totale nell'alimentazione, il 12,4% necessitava di aiuto solo parziale.

I dati raccolti mostrano che i pazienti che gradiscono i pasti tendono ad assumerli per intero (90% dei casi); nel 10% dei casi il pasto non risulta gradito e pertanto non viene assunto, indipendentemente dalla presenza di disfagia. Il peso e il Body Mass Index non sono significativamente diversi nei pazienti che si alimentano, rispetto a quelli che non si alimentano.

Molti pazienti non assumono quote adeguate di liquidi, indipendentemente dalla presenza di disfagia: il 37% assume meno di mezzo litro di acqua al giorno. Tutti i pazienti con disfagia assumono almeno una confezione di acqua gelificata (91 g di acqua/100 g) ai tre pasti principali.

**Conclusioni.** La prescrizione della dieta è precisa e dettagliata in presenza di un servizio ospedaliero centralizzato; la procedura utilizzata risulta estensibile su larga scala ed in grado di evidenziare non solo la disfagia, ma anche le preferenze gustative dei pazienti. Il questionario inserito nel sistema informatizzato ospedaliero (cartella infermieristica informatizzata) consente di precisare le attitudini e le tendenze alimentari dei pazienti anziani ricoverati nei reparti per acuti.

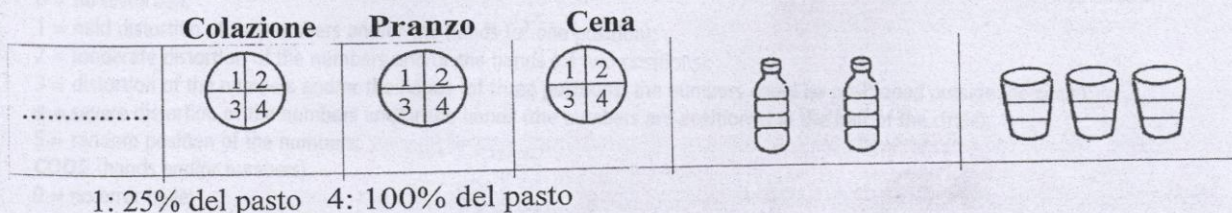
### La reminiscenza come strumento educativo per sostenere il familiare del demente – il progetto "Gita nella memoria"

G. Ricci<sup>1,2</sup>, P. Cosso<sup>1,2</sup>, P. Pagliari<sup>1,2</sup>, B. Sacchetti<sup>1,2</sup>, C. Ferrario<sup>1,2</sup>, A.B. Ianes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> RSA Villa San Clemente, via Garibaldi 77, Villasanta(MI); <sup>2</sup> Gruppo SEGESTA

**Scopi.** 1. Iniziare un percorso che attraverso la "reminiscenza" coinvolga la famiglia del soggetto demente in senso attivo al fine di contenere stati di ansia e depressione dei caregiver; riorganizzare il sistema familiare per far fronte alla malattia di un suo componente. 2. Rinsaldare le relazioni familiari e sociali in un momento di tensione dovuto alla demenza e all'istituzionalizzazione del familiare riappropriandosi, attraverso il ricordo, della propria storia familiare. 3. Valorizzare e stimolare le capacità residue dell'ospite in un ambiente accogliente e sereno aiutandolo ad affrontare la situazione e a reagire in modo appropriato dimostrando loro che, agli occhi dei propri familia-

Fig. 1. Scheda di rilevazione (schema)





ri, continuano e continueranno ad essere persone complete e degne di stima.

**Materiali e Metodi.** Sono stati inclusi nella ricerca soggetti di età superiore ai 65 anni, affetti da deterioramento cognitivo di grado lieve - moderato, che abbiano un familiare disponibile a collaborare col progetto. Tutti i soggetti selezionati sono sottoposti dai medici dell'equipe ad una batteria neuropsicologica standardizzata atta a confermare la diagnosi di demenza e il grado lieve-moderato del deterioramento cognitivo. Criteri di Esclusione: deterioramento cognitivo di grado severo; presenza di disturbi psichiatrici o del comportamento, che impediscano ai soggetti di collaborare o rendano gli stessi di disturbo agli altri partecipanti; assenza di familiari collaboranti.

Ai familiari coinvolti nel progetto viene richiesta, prima del primo incontro, la compilazione di tre scale di valutazione (Brief Symptom Inventory, Caregiver Burden Inventory e Relatives' Stress Scale) che dovranno ricompilare al termine degli incontri.

Il progetto, condotto da un'equipe composta da due animatrici, uno o più volontari e il/i familiari del malato consiste in 8 - 10 sedute della durata di 45 minuti a cadenza bisettimanale. Le riunioni avvengono in un luogo tranquillo, confortevole e di facile accesso. La rilevazione dei dati avviene attraverso l'uso di schede di valutazione, questionari, scale di misurazione, appunti, riprese video.

Ogni seduta è a tema: *ricordi d'infanzia, come era bello giocare, la scuola, il mondo del lavoro, adolescenza e primo amore, il matrimonio, i figli*. L'ultima seduta servirà a riesaminare la situazione vissuta e a verificare i cambiamenti intercorsi nel corso degli incontri, mediante la somministrazione ai familiari delle scale di valutazione compilate prima dell'inizio del progetto.

**Conclusioni.** Con questo progetto ci si propone di rendere gratificante per i soggetti affetti da deterioramento co-

gnitivo e per i loro familiari, un percorso teso a rinsaldare il legame affettivo già esistente, senza mutare la propria persona e ciò che si sta guardando. I malati e i familiari possono e devono interagire e sperimentare attività e modi nuovi per condividere momenti, donarsi un sostegno reciproco ed affrontare l'esperienza di una malattia che mette senz'altro a dura a prova l'intera famiglia. Il tentativo del progetto è quello di far vivere in modo meno drammatico la situazione connessa con la malattia, facendo emergere l'idea che pur nel cambiamento connesso con la demenza, il proprio caro è pur sempre la stessa persona.

### Il test dell'orologio: utile strumento di screening nel deterioramento cognitivo lieve

M. Ricci, M. Pigliautile, P. Rinaldi, E. Costanzi, C. Bianchini, S. Leonardi, P. Mecocci

*Sezione di Gerontologia e Geriatria - Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale - Università di Perugia*

**Scopo.** Il test dell'orologio (CDT) è un test di screening largamente utilizzato nella valutazione del deterioramento cognitivo della popolazione affetta da demenza. Risulta più controversa, invece, la capacità discriminativa del CDT tra i soggetti anziani cognitivamente integri e soggetti affetti da Mild Cognitive Impairment (MCI). Nel presente studio abbiamo analizzato tutti i tipi di errori ottenuti da soggetti anziani cognitivamente sani, affetti da MCI e da demenza di Alzheimer (DA) con lo scopo di individuare una tipologia di errore che fosse maggiormente distintiva di un determinato gruppo diagnostico. Da una analisi degli errori, è stata costruita una nuova scala per lo scoring del CDT.

**Metodi.** Sono stati arruolati 283 soggetti (79 DA, 95 MCI and 89 anziani cognitivamente integri). Tutti gli errori sono

#### Brief Scoring Of The Clock Drawing Test

##### **OMISSION** (hands and/or numbers)

- 0 = no omissions;
- 1 = omission of one number;
- 2 = omission of two numbers and/or one hand;
- 3 = omission of two numbers and/or two hands;
- 4 = omission of four numbers;
- 5 = omission of 5 numbers or more;

##### **DISTORTION** (hands and/or numbers)

- 0 = no distortion;
- 1 = mild distortion of the numbers and/or the hands (of one position);
- 2 = moderate distortion of the numbers and/or the hands (of two positions);
- 3 = distortion of the numbers and/or the hands (of three positions; the numbers could be positioned outside the circle);
- 4 = severe distortion of the numbers and/or the hands (the numbers are positioned in the half of the circle);
- 5 = random position of the numbers;

##### **CODE** (hands and/or numbers)

- 0 = no error code;
- 1 = a part of the number are in a different code (es.: roman and arabic code);
- 2 = two numbers in a different code (es. 13, 14);
- 3 = three numbers in a different code (13, 14, 15);
- 4 = all the numbers in a different code (12, 13, 14, 15,....23, 24);
- 5 = all the numbers in a different code (12, 13, 14, 15,....23, 24) and/or the time in analogic code.