

# Il Disagio in Utente Fragile



**27 GIUGNO 2017**

# Fragilità

**Il concetto di fragilità è stato oggetto di crescente interesse nell'ultimo trentennio e, benché ampio spazio sia stato dedicato dalla letteratura scientifica a questo tema, non è stato raggiunto ancora un pieno accordo circa la definizione e i criteri più corretti per identificarla (Hogan 2003, Bergman 2007, Karunanathan 2009).**

# Paradigmi che definiscono la fragilità:

- **Biomedico** : Sindrome Fisiologica
- **Bio-psico-sociale** : stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini.
- Numerosi Autori hanno focalizzato la loro attenzione **sui problemi fisici indotti dalla fragilità.**
  - involuzione multisistemica
  - riduzione delle capacità adattative
  - presentazione atipica delle malattie
  - transitori deficit ADL, IADL
  - elevato rischio di deterioramento fisico e cognitivo
  - disabilità transitoria

# Paradigmi che definiscono la fragilità:

- Recentemente la **ricerca** si è focalizzata sui **determinanti** della Fragilità:
  - stati infiammatori cronici
  - riduzione dell'emoglobina e dell'ematocrito
  - deficit ormonali,
  - cambiamento nell'espressione genica
  - riduzione della capacità dell'organismo di autocorreggersi a causa della perdita di efficacia dei sistemi

# Lista delle variabili utilizzate dal CSHA per costruire l' "Indice Fragilità"

## Lista delle variabili utilizzate dal CSHA per costruire l' "Indice Fragilità"

Cambiamenti nelle attività quotidiane	Tristezza, abbattimento, depressione	Crisi epilettiche parziali complesse
Problemi alla testa e al collo	Storia di stati depressivi	Crisi epilettiche generalizzate
Scarso tono muscolare del collo	Stanchezza cronica	Sincope o svenimenti
Bradichinesia facciale	Depressione (diagnosi di)	Mal di testa
Problemi a vestirsi	Disturbi del sonno	Problemi cerebrovascolari
Problemi a farsi il bagno	Agitazione	Storia d'ictus
Problemi nell'igiene personale	Disturbi della memoria	Storia di diabete mellito
Incontinenza urinaria	Indebolimento della memoria a breve termine	Ipertensione arteriosa
Problemi ad andare in bagno	Indebolimento della memoria a lungo termine	Perdita polsi periferici
Difficoltà nel transito intestinale	Disturbi delle funzioni mentali generali	Problemi cardiaci
Problemi rettali	Disturbi cognitivi iniziali	Infarto del miocardio
Problemi gastrointestinali	Confusione o delirium	Aritmia
Problemi a cucinare	Tratti paranoici	Insufficienza cardiaca congestizia
Problemi di suzione	Storia rilevante di disturbi cognitivi	Problemi ai polmoni
Problemi a uscire da solo	Familiarità rilevante di disturbi cognitivi	Problemi respiratori
Motilità compromessa	Alterazione della sensibilità vibratoria	Anamnesi di malattia della tiroide
Problemi muscoloscheletrici	Tremore a riposo	Problemi della tiroide
Bradichinesia degli arti	Tremore posturale	Problemi della pelle
Scarso tono muscolare degli arti	Tremore intenzionale	Tumori maligni
Scarso coordinamento degli arti	Familiarità di malattie degenerative	Problemi al seno
Scarso coordinamento del busto		Problemi addominali
Scarso mantenimento della postura		Presenza di riflesso del muso
Andatura irregolare		Presenza di riflesso palmomentoniero
Cadute		Altri
Problemi dell'umore		

Rockwood e Coll. (2005) hanno individuato, attraverso il Canadian Study on Health and Aging (CSHA), 70 item comprendenti segni, sintomi e test anormali che, a loro giudizio, possono caratterizzare la fragilità.

# Etilismo nella Donna

Le **donne** che hanno problemi legati all'**alcol** fanno parte di un gruppo molto eterogeneo in quanto la dipendenza da alcol è diffusa fra le **donne di ogni età e appartenenza sociale**.

Nei confronti delle donne con difficoltà di dipendenza da alcol esiste un **atteggiamento molto stigmatizzante e colpevolizzante**, pertanto le donne con problemi di alcol vivono l'**isolamento sociale** maggiormente rispetto agli uomini.

L'alcolismo femminile così si consuma spesso tra le **mura domestiche**, tra **colpa e solitudine**.

# Etilismo nella Donna

In sintesi, tra i principali **fattori di rischio** (Marshall e Cook,1977):

- Storia familiare di problemi legati all'alcol
- Problemi comportamentali infantili legati alla difficoltà nel controllo degli impulsi
- Uso precoce di fumo, alcol e sostanze stupefacenti
- Scarse capacità di gestire eventi dolorosi o stressanti
- Depressione, disturbi dell'umore e alimentari
- Divorzio/Separazione
- Partner forti bevitori
- Attività lavorative svolte in ambiti prevalentemente maschili
- Disturbi di natura sessuale

# I Quattro pilastri di Pearson

Secondo Geoffrey Pearson che insieme a Russel Newcombe e Pat O'Hare può essere considerato il teorico più importante della **politica della riduzione** del danno sono quattro le finalità che essa deve perseguire:

- a) **il contenimento del numero dei nuovi consumatori** che entrano nel sistema, attraverso interventi a basso livello mirati ed efficaci, che si affianchino ad altre strategie di prevenzione;
- b) incoraggiare i consumatori ad intraprendere precocemente **percorsi di disintossicazione** anche attraverso programmi che per un certo periodo prevedano terapie di mantenimento (metadone, eroina stessa);
- c) **minimizzazione degli aspetti negativi delle strategie repressive** attraverso la rinuncia all'arresto, forme alternative alla detenzione e altre attività comunitarie che limitino l'uso eccessivo delle misure di custodia e rafforzino le prospettive di riabilitazione;
- d) **la minimizzazione del danno per l'intera comunità**, attraverso la riduzione dei reati commessi dai consumatori al fine di procurarsi droga (cfr. Pearson 1994).

# Abuso

Con la parola ABUSO s'intende "un cattivo uso, uso eccessivo, smodato, illegittimo di una cosa, di un'autorità, di un potere"

Esistono infatti diversi tipi di abuso:

- La **tossicodipendenza** viene intesa come sistema comportamentale che si instaura in seguito all'uso cronico e compulsivo di sostanze (droghe illegali o legali come l'alcol, o farmaci a prescrizione medica)
- L'**abuso minorile**, o abuso sui minori, è un comportamento posto in essere da parte di adulti nei confronti di minorenni che consiste nel cagionare un danno psicologico, morale o giuridico. Le forme più frequenti di abuso sui minori sono: somatico (o fisico), psicologico (o emozionale), sessuale, violenza assistita e incuria.
- Per **abuso sessuale** si intende il coinvolgimento in attività sessuali, fisiche o psicologiche, di una persona non in grado di scegliere:
  - perché sottoposta a costrizione fisica e/o psicologica,
  - perché non consapevole delle proprie azioni (ad esempio per via dell'età, di una particolare condizione psicofisica, etc.)
- **Abuso Senile** un comportamento sporadico o continuato o la negligenza intervenuta in una relazione dove esiste qualche forma di obbligazione disattesa che causa angoscia verso una persona anziana
- Altre forme nel campo del Diritto

# Caso Clinico

**Sig.ra X.X. di 53 anni, Svizzera in un appartamento di 3 locali pulito e curato.**

**Divorziata. Ex professionista del settore sanitario ora in assistenza/AI, seguita da un curatore per la parte finanziaria.**

**I contatti con i familiari sono scarsi.**

# Diagnosi

- **Atrofia cerebrale di origine etilossica**
  - **Cirrosi epatica**
  - **Diabete insulino dipendente**
- **Disturbo di personalità con eloquio manipolatorio (abuso di alcool e benzodiazepine)**
- **Ulcere gastriche (nota per diminuzione Hb, diminuzione ferritina)**
  - **Ipotiroidismo**
    - **Frattura omero destro (08/2010) recidive setticemie**
- **Protesi inversa spalla destra (04/2014) con recidive setticemie**

# Terapia farmacologica

MEDICAMENTO	DOSAGGIO	MATT.	MEZZOG.	SERA	NOTTE	PARTICOLARITA'
LORAMET	1MG				2	
TEMESTA	2.5MG	1	1		1	
ALDACTONE	100MG	1				
ELTROXIN	0,1MG	1				
PANTOZOL	40MG	1				
TRITTICO	150MG				1	
LEXOTANIL	150MG					
CO-DAFALGAN	500MG	1		1		
NOVALGINA	500MG	1		1		
KCL RETARD	2MG	2		2		
LASIX	40MG	1/2				A GIORNI ALTERNI
LANTUS	S.C	2 UI				AUTOSOMMINISTRATO
DUPHALAC	SCIROPPO				20ML	AUTOGESTITO
MG DIASP.	BUST.				1	AUTOGESTITO
OLIO PARAFFINA						A.B AUTOGESTITO

# Una Storia Complessa...

- **X.X. racconta di situazioni traumatiche sin dall'infanzia con un padre etilista e violento**
- **Durante il matrimonio X.X. ha subito violenza fisica anche dal marito.**
  - **Ha un figlio che non vede da molti anni, ha deciso di interrompere i contatti con la madre in quanto non riusciva a gestire le modalità manipolatorie e aggressive della stessa, correlate all'abuso etilico**
    - **Ha un fratello che vede sporadicamente.**

# Una Storia Complessa...

- **Fino a qualche mese fa era presente un compagno che si era stabilito a casa sua, conosciuto nel 2016, anch'esso etilista , negli ultimi mesi dice di averlo allontanato, tornando a vivere sola**
- **Scarsa socializzazione e chiusura verso l'esterno, esce di casa raramente, si procurava in prevalenza birra, (ma sono state trovate bottiglie vuote di super alcolici) tramite i suoi compagni.**

# Una Storia Complessa...

Sin da piccola ha ricevuto un **messaggio d'amore ambivalente**: l'amore veniva rappresentato dalla violenza del padre, che poi l'ha portata a scegliere uomini violenti.

Un sentimento inconscio di **autocolpevolizzazione**, ricercando nella sua vita **figure maschili violente** che le dessero attenzioni attraverso la violenza fisica.

Emerge nel dialogo disagio e solitudine, con tendenza ad isolarsi, **nascondersi** per non far sapere della sua dipendenza dall'alcool.

# Una Storia Complessa...

- Ripetute cadute in seguito ad impregnazione alcolica, con ricoveri; durante quest'ultimo periodo, utente ha sottoscritto con ARP un documento.

In quest'ultimo si decideva che sarebbe dovuta rientrare in Clinica per un periodo prolungato, se si fossero verificati episodi di abuso etilico al domicilio con conseguenze che avrebbero messo a rischio la sua salute.

- Nell'aprile 2017 utente viene ricoverata per caduta a domicilio su abuso etilico importante.
  - Il 16 maggio 2017 viene trasferita in Clinica.

# Interventi ACD:

- **Interventi 2/7 igiene totale** ( martedì e venerdì) dopo l'operazione alla spalla.

**Accettava raramente di eseguire una doccia completa**, quasi sempre preferiva eseguire igiene parziale al lavandino e lavaggio capelli con asciugatura. Soffriva spesso di micosi sotto il seno e nelle pieghe cutanee. In seguito **rifiutava spesso il nostro intervento** e non si faceva trovare a casa per via della presenza del suo compagno che l'aiutava ad eseguire le cure. Per questo motivo ha concluso i nostri interventi d'igiene ma ha **mantenuto gli interventi infermieristici**.

Durante l'igiene utente collaborava sempre fino alle sue possibilità. Riferiva agli operatori senza problemi quello che desiderava fare e durante le cure raccontava i suoi disagi, problemi e la sua vita con un atteggiamento ridondante per bisogno di ascolto; espressione della sua solitudine.

- **Interventi INF CS + Preparazione Th 2/7**
- **Interventi ED 1/7** con discreta collaborazione nei limiti delle sue possibilità

# Rete formale ed informale

- **Medico di base**
  - **Curatore**
  - **Psichiatra**
    - **ARP**
    - **ACD**
- **Medici Specialisti (endocrinologo, chirurgo, ortopedico, diabetologo)**

# Problematiche rilevate

- **Infermieri**

- Scarsa compliance Th
- Manipolazione Th
- Malnutrizione
- Impregnazione etilica
- Deficit motori
- Manipolazione del personale: colpevolizzava colleghi non presenti, indirizzava il dialogo a seconda delle risposte che desiderava ricevere
- Ridotta attività sociale

- **Economia Domestica**

- Limitata gestione del domicilio
- Presenza di rifiuti correlati ad utilizzo di alcolici
- Supporti informali inadeguati che portavano ad un peggioramento delle condizioni abitative

- **Cure Igieniche**

- Rifiuto delle prestazioni, variazioni a seconda della sua volontà o dalla presenza del compagno

# Strategie adottate

- **Box di sicurezza**
- **Interventi aumentati e ridotti a seconda delle situazioni o appuntamenti (impregnazione etilica del compagno o rifiuto per disinteresse)**
- **Collaborazione con psichiatra, MC e ARP**
- **Partecipazione da parte del collega specializzato in Psichiatria**
- **Comunicazione utente degli orari di intervento e flessibilità da parte di ACD affinché non venisse privata delle cure necessarie e non la perdessimo di vista.**
- **Supervisione e controllo ambiente abitativo (valutazione stato del domicilio, controllo nei locali e negli armadi, ricerca di bottiglie o lattine di alcolici)**
- **Monitoraggio psico-fisico (abusi, violenze e stati emotivi)**
- **Accordo con ARP – Psichiatra - ACD per un eventuale ricaduta**

# Risultati ottenuti

- **Introduzione personale specializzato** come enti d'appoggio, medici specialisti
- **Approccio e conoscenza olistica del vissuto dell'utente**
- **Supervisione della situazione domiciliare: linea generale di condotta univoca per tutta l'equipè e discussioni in riunione**
- **Gestione della Terapia (Parziale)**
- **Strutturalizzazione per salvaguardare stato di salute (contratto ARP)**
- **Avvicinamento Emotivo: ascoltata ma non giudicata**

# Obiettivi:

- **Interventi comunitari per indirizzare rendendo utente socialmente utile, riducendo la solitudine, cercando di dividerlo con l'utente**
- **Creare un maggiore rapporto di fiducia per ottenere una compliance ottimale**
- **Rendere oggettivabili i progetti futuri espressi dall'utente valorizzando le risorse residue : riconoscere ed accettare i propri limiti**
- **Adottare strategie per tentare un riavvicinamento da parte della famiglia.**
- **Incremento interventi ACD e Servizi Sociali**
- **Dare Maggiori responsabilità ad utente per prolungare la permanenza a domicilio, attribuire piccoli compiti per stimolarla ed allontanarla dagli abusi etilici**

# Bibliografia

- Thompson WS. Population. *American Journal of Sociology* 34, 969-975, 1929
- Karunanathan S et al. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. *BMC Med Res Methodol*; 9:68; Review Oct 12 2009
- Hogan DB et al. Steering Committee, Canadian Initiative on Frailty and Aging. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res*; 15(3 Suppl): 1-29; Review Jun 2003
- Bergman H et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm—issues and controversies. *Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences* 62(7): 731-7; Jul 2007
- Gobbens RJ et al. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc*; 11(5): 338-43; Jun 2010
- Rockwood K et al. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs and Aging*; 17: 295-302; 2000
- Fried LP et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences*; 59(3): 255- 263; 2004
- Wilson JF. Frailty-and its dangerous effects-might be preventable. *American College of Physicians* 141: 489-492; 2004
- Leng S et al. Serum interleukin-6 and hemoglobin as physiological correlates in the geriatric syndrome of frailty: A pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society*; 50: 1268-1271; 2002
- <https://associazionealiseo.org/>
- <http://psiconautica.in/index.php/home>
- <https://it.wikipedia.org/>