

# *I luoghi* della cura

## 2

***Le politiche legislative  
per la popolazione anziana  
fra Stato, Regioni ed Enti locali***

***Il dolore nelle RSA***

***Hospice e RSA:  
un luogo per morire  
o un luogo per vivere?***



**CIC** Edizioni Internazionali

## SOMMARIO

**Direzione scientifica**

Antonio Guaita, Ermellina Zanetti

**Direttore responsabile**

Andrea Salvati

**Segreteria di redazione**

Lorenza M. Saini

**Area pubblicità**Patrizia Arcangioli, responsabile (Roma)  
arcangioli@gruppic.it

Carla Sgarbi (Roma)

sgarbi@gruppic.it

**Area marketing & sviluppo**

Marta Castellani (Roma)

castellani@gruppic.it

Antonietta Garzonio

garzonio@gruppic.it

**CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.**

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688

E-mail: info@gruppic.it

Sito web: www.gruppic.it

Ufficio di Milano:

V.le Caldara, 35/a - 20122 Milano

Tel. 02.55187057 - Fax 02.55187061

Quadrimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003

Fotolitografia e composizione: M&amp;C Graphipoint

P.zza T. De Cristoforis, 4F - 00159 Roma

Stampa: Casa di Edizioni Tipografiche Artemisia

Guidonia (Roma)

**Abbonamento annuo** € 10,00 (una copia € 4,00).

L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare il 15/9/03

In relazione a quanto disposto dall'art. 10 della L. n. 675/1996, assicuriamo che i dati (nome, cognome, titolo di studio, attività svolta e indirizzo), presenti nel nostro archivio informatico, verranno utilizzati esclusivamente da noi per l'invio di lettere commerciali e avvisi promozionali inerenti al rapporto tra editore-abbonato.

Ai sensi dell'art. 13 della L. n. 675/1996, l'abbonato ha il diritto di chiedere in qualsiasi momento con comunicazione scritta alla sede legale della Società Editrice (posta, fax, e-mail), per motivi legittimi, l'accesso, la cancellazione, la modifica o l'aggiornamento dei suoi dati personali.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

© Copyright 2003



CIC Edizioni Internazionali

ASSOCIATO A:  
**A.N.E.S.**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
ENTRATA PERIODICA SPECIALIZZATA

CONFINDEBIA

## EDITORIALE

Antonio Guaita, 5

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

Le politiche legislative per la popolazione anziana  
fra Stato, Regioni ed Enti locali

Paolo Ferrario, 7

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Anziani e ospedale: alcuni spunti per una riflessione sul tema

Francesco Della Croce, 17

## ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

Il dolore nelle RSA

Elena Comi, Antonino Frustaglia, 25

## SPUNTI DI DIBATTITO

Hospice e RSA: un luogo per morire o un modo per vivere?

Daniele Villani, 32

## LETTERATURA E RECENSIONI

Fattori extraclinici e processi decisionali nelle case di riposo

Marco Trabucchi, 35

## Cento anni di... garza iodofornica

Alberto Apostoli, Raffaele Attolini, Andrea Bellingeri, Aldo Calosso, 38

## FAMIGLIA E VOLONTARIATO

Le famiglie degli anziani: elementi per un dibattito

Carla Facchini, 42

## Direzione scientifica

Antonio Guaita

Ermellina Zanetti

## Comitato Editoriale

Elena Abati

Renzo Bagarolo

Giovanni Bigatello

Stefano Boffelli

Renato Bottura

Gianna Carella

Antonietta Carusone

Francesca Castelletti

Mauro Colombo

Carla Facchini

Antonino Frustaglia

Cristiano Gori

Gianni Guerrini

Raffaele Latella

Luisa Lomazzi

Renzo Rozzini

Marco Trabucchi

Daniele Villani

## Norme editoriali

I lavori ospitati debbono essere inediti. La loro accettazione e pubblicazione sono di esclusiva competenza del Direttore e del Comitato Editoriale. Il Comitato Editoriale si riserva di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali, senza tuttavia alterarne il significato, la documentazione e gli scopi.

I dattiloscritti vanno inviati a *I luoghi della cura* - CIC Edizioni Internazionali - C.so Trieste, 42 - 00198 Roma (info@grup-pocic.it), corredati dal recapito del primo Autore, oppure al Comitato Editoriale presso Geriatric Research Group - Via Romanino, 1 - 25122 Brescia (segreteria@grg-bs.it).

Si raccomanda di conservare una copia del lavoro, in quanto il giornale non si ritiene responsabile dell'eventuale smarrimento dell'originale. La proprietà artistica e letteraria di quanto pubblicato è riservata all'Editore del giornale. Le abbreviazioni utilizzate saranno quelle previste dalle norme internazionali. Quando vengono pubblicate sperimentazioni su soggetti umani occorre indicare se le procedure eseguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, con relative aggiunte del 1983.



**Caso  
Karrel:  
mai visto  
nulla di  
simile..**



**Karrel**  
Soluzioni per la sanità

## Editoriale

### “L'INCOMBENTE CRISI DELLE CURE A LUNGO TERMINE”

**Q**uesta la traduzione, più fedele possibile di un editoriale di Lancet di quest'anno (“The coming crisis of long term care”; Lancet 2003; 361: 1755). L'editorialista pone all'attenzione il problema del futuro della domanda assistenziale degli anziani non autonomi. Negli USA ogni anno 10.000 persone in più ingrossano le fila degli ultra sessantacinquenni e nel 2030 saranno un quarto della popolazione totale. Ma questo dato ora interessa anche i Paesi che una volta si chiamavano “in via di sviluppo”, dove vive attualmente l'80% di coloro che compiono 60 anni. Nonostante i report dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO report: “Key policy issues in long term care”) e i piani nazionali, regna la confusione sulla modalità di risposta a questo bisogno, specie sotto il profilo economico. I costi del ricovero nelle residenze tipo RSA (Nursing Home) sono molto alti e quasi mai coperti da assicurazioni pubbliche o private. In ambito pubblico la distinzione fra “sanitario” e “sociale” nella cura dei malati cronici, pur essendo assai intricata, condiziona il tipo di copertura economica in chi deve rispondere generando molte improprietà (soprattutto assistenza sociale in risposta a bisogni sanitari). Per uscire da questa impasse, alcune Nazioni (soprattutto l'Italia e la Germania, citate infatti nell'articolo) stanno sperimentando l'erogazione di denaro invece che l'erogazione di servizi. Questo certamente permette un buon controllo della spesa, ma perpetua il peso e lo stress per il caregiver. Le femministe giustamente pongono in rilievo come poi il carico assistenziale sia soprattutto femminile: anche se viene in parte risarcito economicamente, per queste donne resta il peso anche non economico di un'esclusione dalla vita sociale e dalla carriera lavorativa. A questo, in Italia, si aggiunge l'aumento dell'età media di pensionamento, per cui si sta perdendo anche quella risorsa informale che sono i “pensionati giovani” che assistono i “pensionati vecchi” per molti anni. Ancora, sempre in Italia, da aggiungere il progressivo calo della natalità che caratterizza proprio i “baby boomers”: da anziani saranno quindi tanti, ma avranno pochi figli e parenti che se ne occuperanno. Fino ad ora vi è stato in Italia un periodo abbastanza favorevole di leggera diminuzione della richiesta di servizi, dovuto al fatto che sono mancati all'appello circa 400.000 ultra ottantenni (stima approssimativa) per i non nati degli anni 1915-1918 (prima guerra mondiale) e della successiva epidemia ad altissima mortalità e denatalità (“Spagnola”), per cui fino al 1920 non vi è stato un recupero demografico. Di questo hanno usufruito i servizi più intensivi e anche costosi: infatti l'età media per le RSA della Lombardia è di 82 anni, secondo i dati di una ricerca IREER (“Anziani: stato di salute e reti sociali”, Guemini e collaboratori, Milano 2000). Presto l'effetto di questo “crepaccio demografico” finirà e occorrerà fare i conti con una realtà molto difficile, che non potrà comunque basarsi solo sull'organizzazione oggi esistente.

Due considerazioni finali:

- la cosa migliore sarebbe consigliare che le persone risparmino abbastanza, per potersi pagare l'assistenza da anziani. Con i costi attuali, molte residenze per anziani appaiono un po' fuori portata per la maggioranza delle persone. Solo contando su una ripartizione ampia e solidaristica del rischio legato alla non autosufficienza si può pensare di avere risorse economiche per affrontare, almeno in parte, tali costi;
- l'erogazione del denaro non esime dal sostenere chi ha necessità di assistenza con un intervento pubblico. Nell'articolo si fa riferimento all'erogazione di “cash and counselling”, cioè danaro e consulenza, ma nell'applicazione estrema del “voucher” si è dato sostanzialmente corso solo alla prima parte, trascurando di fatto la seconda che è altrettanto importante. La famiglia non ha spesso gli strumenti per decidere al meglio. Qualche dato preliminare di ricerche in atto sta dimostrando che lo stress non diminuirà, né si ridurrà, il senso di solitudine e disperazione di chi si trova a fronteggiare la disabilità, spesso anche psichica, di un suo congiunto. In quest'opera di “consultorio geriatrico”, di consulenza e sostegno alla famiglia, si vede un importante compito per le attuali équipes delle Unità di Valutazione Geriatrica.

Resta la domanda finale, senza risposta, con cui si chiude l'articolo di Lancet: “Che cosa ci richiede la giustizia?”. L'impegno è per tutti di trovare una risposta.

**Antonio Guaita**

## Le politiche legislative per la popolazione anziana fra Stato, Regioni ed Enti locali

Paolo Ferrario

Docente di Politica sociale, Corso di Laurea in Servizio sociale dell'Università di Venezia  
Sito web: [www.segnala.it](http://www.segnala.it)

### INTRODUZIONE

Le politiche legislative dello Stato italiano per le persone anziane vanno collocate nel quadro delle tendenze socio-demografiche della popolazione: accrescimento quantitativo delle fasce d'età successive ai 60 anni; aumento dell'aspettativa di vita; differenziazione delle forme di convivenza relazionale in rapporto al maggiore tempo disponibile per sé; necessità di adattarsi alle patologie croniche tipiche della vecchiaia; crescita esponenziale di patologie invalidanti come l'Alzheimer.

Negli anni '50 il termine più usato per i programmi legislativi orientati al benessere (da cui l'inglesismo ormai entrato nel linguaggio comune di "welfare state") era quello di "sicurezza sociale", che comprendeva sia la previdenza (tutela dei lavoratori e loro famiglie), sia l'assistenza (tutela dei cittadini in stato di bisogno). Oggi questa terminologia è entrata in disuso e tuttavia appare ancora molto appropriata per configurare le aspettative e gli obiettivi di un sistema di tutela per la fase di vita anziana: redditi di mantenimento sostitutivi del reddito di lavoro, tutela della salute in un periodo di sua progressiva compromissione; sostegni sociali sostitutivi delle reti familiari.

Le risorse economiche ed i servizi che diventano sempre più strategici per questa fascia di età possono essere classificati in tre categorie:

- le *pensioni*, suddivise in diverse tipologie ed erogate dal sistema previdenziale;
- i *servizi sanitari e socio-sanitari* ad elevata integrazione, erogati dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso la

rete delle ASL (Aziende Sanitarie Locali), dei diversi tipi di Ospedali e delle RSA (Residenze socio-assistenziali);

- i *servizi sociali*, erogati dai comuni attraverso la pluralità delle forme di gestione che si sono andate definendo in particolare dagli anni '90.

Si tratta di un insieme di attività professionali ed organizzative che sono continuamente attraversate da forti mutamenti normativi miranti ad adeguare le strutture ai bisogni.

Nel Quadro n. 1 si indicano in forma sintetica i diversi settori delle politiche sociali che interessano gli anziani (Ferrario, 2001).

### I. Pensioni

A partire dalla fine del 1992 il sistema previdenziale italiano è stato attraversato da numerosi interventi correttivi. L'obiettivo di tali azioni è stato quello di riequilibrare, nel lungo periodo, l'evoluzione della spesa pensionistica rispetto al prodotto interno lordo, tentando di bilanciare gli effetti negativi dell'invecchiamento sul bilancio pubblico, dovuti alla diminuzione dell'occupazione ed al rallentamento della crescita economica.

La "questione pensioni" è sempre al centro dell'agenda politica italiana (Fomero, 1994). Dal punto di vista della storia recente è opportuno ricordare le leggi di riforma del 1968-1975, che hanno realizzato un "patto previdenziale" tra le forze politiche e sindacali e la successiva incessante attività legislativa, tesa a modificare continuamente gli istituti previdenziali esistenti.

**Quadro n. 1** *Legislazione e popolazione anziana*
**Legislazione sociale generale**

- rafforzamento dei poteri legislativi delle Regioni e corrispondente mutamento del ruolo dello Stato
- riforme amministrative della sanità e trasformazioni del sistema di offerta locale: dalle mutue alle USL-Unità Sanitarie Locali alle ASL-Azienda Sanitaria Locale
- riforme amministrative degli enti locali e in particolare dei Comuni quali responsabili amministrativi ed organizzativi dei servizi sociali
- normative sulle cooperative sociali e sui vari soggetti istituzionali appartenenti al "terzo settore"
- normative sul volontariato

**Effetti per gli anziani**

- riforme del sistema delle pensioni
- Progetti Obiettivo anziani e Piani sanitari
- RSA-Residenze Sanitario-Assistenziali
- ADI-Assistenza Domiciliare Integrata
- servizi domiciliari comunali
- centri diurni a valenza sociale e a valenza socio-sanitaria
- crescita di competenze tecniche ed organizzative per l'erogazione di servizi residenziali e domiciliari
- estensione e radicamento di nuove forme di rappresentanza della società civile, con funzioni di proposta e controllo sulle politiche sociali

Una caratteristica di fondo del sistema pensionistico italiano consiste nel suo finanziamento basato sul modello della "ripartizione" (i contributi versati dai lavoratori non sono accantonati o "capitalizzati"), ma versati immediatamente ai pensionati. Un simile meccanismo finanziario resta in equilibrio solo fino a quando il gettito dei contributi copre le somme necessarie al pagamento delle pensioni. Ma nel corso del tempo si è aggravata la forbice fra le entrate e le uscite, determinando un'attenzione sulla gravità degli squilibri creatisi e sollecitando l'individuazione di azioni legislative correttive.

Uno fra gli aspetti di più evidente iniquità del sistema era costituito dalle *pensioni di anzianità*, introdotto nel 1965, come "misura temporanea" per favorire i processi di ristrutturazione industriale in un periodo di recessione. Sotto il profilo previdenziale, la pensione di anzianità consente ad un lavoratore di godere di una rendita dopo un certo periodo di versamenti contributivi, indi-

pendentemente dall'età anagrafica. La conseguenza è che, a parità di contributi versati, i pensionati di anzianità godono di un "rendimento implicito" del proprio risparmio previdenziale nettamente superiore a quello ottenuto dai pensionati di vecchiaia (Boeri e Perotti, 1997). Dagli anni '90 si sono susseguite varie politiche legislative di correzione:

- 1992-1994: il governo Amato promuove un primo riordino del sistema previdenziale dei lavoratori dipendenti privati e pubblici con gli obiettivi di: stabilizzare il rapporto tra spesa previdenziale e prodotto interno lordo; garantire trattamenti pensionistici omogenei; favorire la costituzione su base volontaria, collettiva o individuale di forme di previdenza per l'erogazione di trattamenti pensionistici complementari.
- 1994-1995: il Governo Berlusconi presenta una proposta non negoziata con i sindacati<sup>1</sup> che, per il modo in cui viene proposto e per i suoi contenuti, provoca

<sup>1</sup> Punti chiave: l'innalzamento dell'età pensionabile a 65 anni per gli uomini e 60 per le donne viene anticipata al 2000; il coefficiente di ricalcolo viene abbassato all'1,75% a partire dal 1996, con possibili ulteriori abbassamenti; possibilità di andare in pensione dopo 35 anni di contributi, ma con una penalizzazione del 3% dell'importo pensionistico per ogni anno che manca al compimento dell'età; annullamento della scala mobile per le pensioni del 1995 e, dal 1996, agganciamento all'inflazione programmata.

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

uno scontro sociale durissimo ed una successiva caduta di questo Governo.

- 1995: nella stessa legislatura la riforma delle pensioni viene ripresa dal Governo Dini.

Questa volta la negoziazione avviene anche con riferimento alle proposte dei sindacati (Accordo siglato l'8.5.1995), centrate sulla separazione tra spesa previdenziale e spesa assistenziale, sulla flessibilità dell'età pensionabile e su un calcolo della pensione legato all'intera vita lavorativa. Il compromesso finale tiene conto di queste indicazioni e introduce innovazioni di sostanza nel metodo di calcolo delle rendite pensionistiche con il passaggio da un sistema retributivo ad un sistema contributivo.

La conseguente riforma delle pensioni (Legge 335, 1995) tende alla creazione di un sistema previdenziale fondato su tre pilastri:

- 1) sistema previdenziale pubblico, obbligatorio per tutti i lavoratori iscritti all'INPS (Istituto Nazionale di Previdenza Sociale), o ad altro ente;
- 2) fondi pensione su base aziendale o di categoria, per dare una prima integrazione alla pensione di base;
- 3) contratti di assicurazione sulla vita per coloro che desiderano precostituirsi rendite ulteriori secondo le proprie necessità e disponibilità.

Con l'approvazione di questa legge la crisi della politica pensionistica trova una provvisoria soluzione e il dibattito, talvolta aspro, tra le forze politiche e sindacali si attenua, anche se ciclicamente tende a riproporsi.

L'attuale Governo Berlusconi ha in agenda un'ulteriore riforma basata sui seguenti principi: obbligo di versare il Trattamento di fine rapporto (TFR) ai Fondi pensione; nuovi incentivi per dilazionare il pensionamento; riduzione dei contributi versati dalle imprese (di 3-5 punti rispetto all'attuale 33%) per i neoassunti che però avrebbero comunque diritto ad una pensione piena, grazie alla copertura dello Stato.

Più in generale la prospettiva che si è finora affermata è quella di un "sistema pensionistico misto" che integri flussi finanziari provenienti dal risparmio contributivo pubblico e da quello individuale, tenendo conto che solo l'8,7% dei lavoratori coperti dal sistema previdenziale pubblico versa contributi ad un regime pensionistico integrativo (Il sole 24 Ore, 2003).

## 2. Servizi sanitari e Progetti - Obiettivo

Con le riforme amministrative delle ASL (D.Lgs. 502,

1992a) sono stati introdotti alcuni principi di modifica sostanziale del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale, introdotto in Italia nel 1978 (Legge 833, 1978).

- *aziendalizzazione* delle USL (Unità sanitarie locali) e degli ospedali: la USL, da struttura operativa dei comuni, diventa azienda "con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale" disciplinata con "atto aziendale di diritto privato" (D.Lgs. 502, 1992b);
- *istituzione di centri di costo* con la funzione di controllare e verificare i livelli di efficacia e di efficienza conseguiti dalle singole aziende, rendendo anche possibili analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati (D.Lgs. 502, 1992c);
- *introduzione del "finanziamento a prestazione"* per regolare i rapporti fra le ASL e gli altri enti pubblici e privati cui può essere affidata l'erogazione di prestazioni sanitarie;
- *introduzione degli strumenti amministrativi dell'accreditamento* per finanziare l'erogazione dei servizi.

La regolazione dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e gli altri enti pubblici e privati cui può essere affidata l'erogazione dei servizi sanitari, avviene secondo i seguenti criteri:

L'Unità Sanitaria Locale assicura ai cittadini l'erogazione delle prestazioni specialistiche ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale, di laboratorio e ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. A tale scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende e degli istituti ed enti, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, e dei professionisti. Con tali soggetti l'Unità Sanitaria Locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa (D.Lgs. 502, 1992d).

I rapporti tra enti pubblici e soggetti privati sono regolati con le procedure amministrative dell'accreditamento sanitario che la Corte costituzionale ha così definito (Sent. C.C. 416, 1995):

l'accreditamento è un'operazione da parte di un'autorità o istituzione (nella specie Regione), con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti (cosiddetti standard di qualificazione) e si risolve, come fattispecie, in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti (assistiti - utenti delle prestazioni sanitarie).

Secondo queste definizioni e le successive applicazioni, si può sostenere che in Italia si è andata strutturando

una procedura di "accreditamento istituzionale" scandita attraverso le seguenti fasi:

- *autorizzazione all'esercizio*: verifica di requisiti minimi (D.P.R., 1997) e loro accertamento attraverso verifiche periodiche;
- *accreditamento*: accertamento da parte delle Regioni della funzionalità delle strutture autorizzate rispetto ai propri indirizzi programmatici e conseguente iscrizione nell'elenco dei potenziali "fornitori" di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie;
- *accordi contrattuali*: in rapporto alle riconosciute condizioni di garanzia sulle capacità a fornire le prestazioni sanitarie, la Regione e le ASL selezionano i soggetti erogatori, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, e stipulano i conseguenti rapporti amministrativi.

Entrando più nel dettaglio, la normativa del 1997 è basata sul principio che una struttura, per esercitare le sue attività, debba possedere una serie di requisiti minimi, indipendentemente dal fatto che sia successivamente accreditata.

Fra le strutture interessate a queste formule amministrative ci sono le Residenze sanitario-assistenziali (RSA), che in tal modo entrano nei flussi di spesa del sistema sanitario, spostando così l'identità del servizio da quella della "casa di riposo" (struttura per ospiti autosufficienti e/o parzialmente non autosufficienti, con la componente sociale assistenziale preponderante), a quella di una struttura sempre più caratterizzata per le componenti sanitarie e centrata su ospiti con gravi condizioni di non autosufficienza. La capacità ricettiva minima viene fissata in 20 posti letto e quella massima in 120. La struttura viene suddivisa in tipologie di aree distinguendo quelle destinate a: residenzialità; valutazione e terapie; socializzazione; generali di supporto. Sotto il profilo organizzativo i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento della RSA sono specificati sulla base dei seguenti indicatori:

- valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati;
- stesura di piani di assistenza individualizzati;
- controllo continuo delle attività di assistenza attraverso la raccolta ed elaborazione dei dati ricavati nelle valutazioni multidimensionali;
- coinvolgimento della famiglia dell'ospite;
- personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale ade-

guato alle dimensioni ed alle tipologie delle prestazioni erogate.

Quest'insieme di regole è particolarmente incisivo per quanto riguarda le strutture residenziali per gli anziani, poiché questa rete di offerta solo in parte appartiene al sistema pubblico, ed è invece organizzata da un pluralismo di enti appartenenti al privato imprenditoriale e non profit. La costruzione della rete di offerta è pertanto affidata ad una trama di relazioni interistituzionali, nelle quali sono cruciali i due seguenti processi organizzativi:

- la capacità di organizzare il servizio secondo criteri di qualità, efficacia ed efficienza da parte degli enti pubblici, dei soggetti del terzo settore e dei soggetti privati;
- la conseguente necessaria e complementare capacità di controllare i requisiti di funzionamento ed operatività, sempre nella prospettiva dello sviluppo della qualità dell'offerta.

Alla definizione delle regole amministrative ed organizzative si sono accompagnati i processi di programmazione sanitaria che hanno attraversato varie fasi istituzionali:

- prime esperienze di programmazione esclusivamente riservata agli ospedali (1968-1975);
- modello di programmazione sanitaria complessiva adottata tramite atto del Parlamento (1978);
- prima introduzione di standard organizzativi finalizzati alla riconversione degli ospedali italiani (1984 e 1991);
- attribuzione al Governo dei compiti programmatici ed introduzione degli strumenti operativi: "Progetto Obiettivo"; "Azione programmata" (1985);
- Progetto Obiettivo anziani (1992);
- Atto di intesa Stato e Regioni e Piano sanitario nazionale 1994-1996;
- Piano sanitario nazionale 1998-2000;
- Piano sanitario 2003-2005.

Il primo progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" (1992) era stato preceduto da una Commissione parlamentare d'inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano istituita dal Senato della Repubblica e che si era conclusa con una relazione presentata il 27 luglio 1989. Occorre ancora ricordare che a quell'esito ha anche contribuito una incisiva azione dei sindacati pensionati, che avevano promosso una forte pressione sul Governo per arrivare a quel risultato (Acc. Min. San., 1991).

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

I principali orientamenti programmatici del *progetto obiettivo anziani* si possono riassumere nei seguenti punti:

- obiettivi: integrazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari per una risposta unitaria e globale; attività di prevenzione per i futuri anziani a partire dal 50° anno di età; promozione di azioni orientate a favorire la permanenza degli anziani in famiglia; individuazione di priorità per gli anziani non autosufficienti e, tra questi, per gli anziani con deterioramento mentale;
- sviluppo dell'offerta di servizi: istituzione delle *Unità di valutazione geriatrica (UVG)*, con funzione di valutazione delle condizioni dell'anziano per l'accesso alla rete dei servizi, in almeno tutte le ASL dove esiste una Divisione Ospedaliera di Geriatria e, in via sperimentale, in alcune ASL nel territorio; attivazione di servizi di *assistenza domiciliare integrata (ADI)* per l'erogazione di prestazioni sociali, infermieristiche e mediche a domicilio; attivazione, in via sperimentale, di programmi di *ospedalizzazione a domicilio*; realizzazione delle RSA, attraverso le risorse della legge finanziaria del 1988; istituzione di un *dipartimento geriatrico* all'interno del quale le unità di valutazione geriatrica (UVG) dovrebbero garantire una funzione di orientamento del paziente anziano sulla base della preliminare valutazione multidimensionale; attivazione di servizi di *assistenza domiciliare integrata* per almeno il 2% degli ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA; *ospedalizzazione domiciliare* sperimentale per il 10% dei casi con diagnosi di ospedalizzazione per 46.000 casi/anno; realizzazione di *posti letto in strutture residenziali* per il 6% degli ultra sessantacinquenni, con il 2% garantito dalle RSA; realizzazione di 30.000 *posti residenziali* distinti in: 60% per non autosufficienti; 25% per parzialmente autosufficienti; 15% per autosufficienti ad alto rischio di invalidità; copertura di parte del fabbisogno di RSA attraverso il ricorso al *privato convenzionato* per un totale di 10.000 posti residenziali.

All'interno di questo progetto obiettivo le RSA si configurano quali strutture residenziali di base facenti parte del Servizio Sanitario Nazionale e dedicate all'assistenza dell'anziano in situazione di elevata fragilità, che non trovi adeguate risposte ai propri bisogni nell'assistenza domiciliare integrata e nell'intervento ospedaliero.

Il *Piano sanitario nazionale 1994-1996* ha, successivamente, recepito il Progetto Obiettivo del 1992 affermando il principio che "scopo precipuo dell'assistenza all'anziano è il mantenimento e il recupero dell'autosuf-

ficienza, la cui perdita, secondo la classificazione IDH dell'OMS (1980), è dovuta alla compromissione concomitante di più fattori, quali il deficit organico, il disagio psico-affettivo e lo svantaggio sociale". Si richiama anche l'attenzione per le patologie invalidanti e cronico-degenerative e tra i "livelli uniformi di assistenza" si inserisce un livello di "assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati", mentre nel "livello di assistenza specialistica semiresidenziale" vengono ricomprese le prestazioni ambulatoriali e di assistenza diurna.

Un ulteriore passaggio legislativo è rappresentato dal *Piano Sanitario Nazionale 1998/2000*, che contiene anche la previsione per un successivo progetto obiettivo anziani.

Il Piano è stato proposto come un "Patto di solidarietà" cui sono chiamati ad essere protagonisti: i cittadini, gli operatori, le istituzioni, il volontariato, i produttori, il mondo della comunicazione e la Comunità Internazionale.

Scopo fondamentale del PSN 1998-2000 è introdurre condizioni di maggiore equità nell'erogazione dei servizi, avendo presenti i seguenti obiettivi di carattere generale:

- promuovere il mantenimento ed il recupero dell'autosufficienza degli anziani;
- adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio (anche a tutela della salute della donna, sulla quale ricade nella maggior parte dei casi l'onere dell'assistenza);
- promuovere l'assistenza continuativa ed integrata intra ed extraospedaliera a favore degli anziani;
- favorire l'integrazione interna al sistema sanitario e con l'assistenza sociale;
- migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita, attraverso le seguenti azioni: potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica al domicilio, erogazione di assistenza farmaceutica al domicilio tramite le farmacie ospedaliere, potenziamento degli interventi di terapia antalgica, sostegno psico-sociale al malato e ai suoi familiari, promozione e coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali.

In sintesi, il PSN 1998-2000 ripropone l'UVG territoriale già introdotta dal Progetto Obiettivo Anziani del 1992 allo scopo di garantire: un'integrazione gestionale (traduzione sul piano operativo delle scelte di carattere politico effettuate con l'integrazione istituzionale), e

un'integrazione professionale. Non viene esplicitamente espressa la figura del *case-manager* all'interno o a supporto dell'UVG, anche se l'esercizio di questo ruolo appare indubbiamente essenziale per garantire la gestione dei processi di aiuto dal momento dell'insorgenza del bisogno e della domanda, fino alla utilizzazione dei vari nodi disponibili nella rete dei servizi territoriali.

L'ultimo Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, riproponendo il problema della crescita della cronicità, mira a "tentare di combinare interventi di trasferimento monetario alle famiglie con l'erogazione di servizi finali, allo scopo di sostenere il lavoro familiare ed informale di cura". Gli obiettivi sono così definiti (PSN, 2003-2005):

- regolare e stimolare la pluralità dell'offerta dei servizi, introducendo meccanismi competitivi fra le varie istituzioni (pubbliche e private);
- sostenere le famiglie che si occupano dell'assistenza;
- sperimentare nuove modalità di organizzazione dei servizi, facendo ricorso a collaborazioni con i privati;
- attivare sistemi di garanzia della qualità e controlli sugli erogatori dei servizi.

### 3. Servizi sociali comunali e integrazione socio-sanitaria

Il ruolo dei comuni e le attribuzioni in materia assistenziale si sono andate sempre più ampliando nel corso del tempo, con una particolare accelerazione a partire dagli anni '70 fino alla recente legge sui servizi sociali (L. 328(a), 2000).

Questa riforma va collocata nel quadro degli intensi cambiamenti che sono stati introdotti nell'amministrazione pubblica italiana durante gli anni '90:

- nuova regolazione normativa dei Comuni (L. 142, 1990);
- mutati rapporti Stato-Regioni (D.Lgs. n. 112, 1998);
- crescita di ruolo dei soggetti del "terzo settore" (L. 381, 1991);
- orientamento alla qualità, tramite le Carte dei servizi (Dir. Pres. Cons. Min., 1994).

Un importante principio generale della legge di riforma che riguarda anche la popolazione anziana è il riconoscimento del diritto soggettivo a fruire di "livelli essenziali e omogenei di prestazioni".

Un altro è quello della sussidiarietà, intesa come orientamento di politica sociale che valorizza la partecipazione di tutti i soggetti istituzionali e sociali alla produzione dei servizi alla persona: la famiglia in primo luogo, se in

grado di intervenire; la comunità locale, se capace di esprimere azioni solidaristiche; il Comune quale ente locale rappresentativo degli interessi dei cittadini che lo abitano; la Provincia quale ente intermedio; la Regione quale ente che oggi possiede un potere legislativo autonomo anche rispetto a quello dello Stato.

Per quanto riguarda il sistema degli interventi e lo sviluppo della rete di protezione per gli anziani, è di particolare rilievo progettuale ed organizzativo l'identificazione delle prestazioni che dovranno essere realizzate negli ambiti territoriali di azione dei Comuni:

- il servizio sociale professionale e segretariato sociale con funzioni di informazione e consulenza;
- il servizio di pronto intervento sociale;
- l'assistenza domiciliare;
- le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale;
- i centri di accoglienza residenziale o diurni a carattere comunitario.

La legge definisce anche un ambito di livelli minimi essenziali in materia di erogazioni economiche: infatti lo stanziamento complessivo del fondo per le politiche sociali (da cui dipende la determinazione dei livelli essenziali) deve comunque garantire la copertura delle prestazioni relative all'invalidità civile, cecità e sordomutismo (L. 328(a), 2000). Di particolare significato per le politiche sociali rivolte alle persone in situazione di fragilità sono le prestazioni rivolte specificatamente a tre tipologie di utenza:

- *disabilità* (L. 328(b), 2000), si prevede la possibilità di accedere a progetti individuali di inserimento scolastico, lavorativo e/o familiare, realizzato attraverso intese tra i Comuni e l'azienda sanitaria;
- *anziani in situazione di non autosufficienza* (L. 328(c), 2000): viene riservata una quota di Fondo Nazionale per le politiche sociali allo scopo di sostenere il nucleo nell'assistenza domiciliare. Una quota dei finanziamenti è riservata al potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare integrata;
- *la famiglia*: per la valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari (L. 328(d), 2000); si prevede l'erogazione di assegni o di altre prestazioni economiche, atte a favorire i compiti di cura e di accoglienza della famiglia; la messa a punto di politiche conciliative tra tempi di lavoro e tempi di cura; la realizzazione di servizi formativi e informativi a sostegno dei compiti educativi della famiglia.

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

L'insieme delle prestazioni erogabili dal sistema dei servizi sociali può essere offerto dai Comuni secondo varie modalità amministrative ed organizzative:

- gestione diretta: cioè mediante propri servizi;
- gestione mediante *contratti di appalto*: cioè attraverso l'affidamento di attività a soggetti erogatori esterni;
- gestione mediante *accreditamento*: cioè un procedimento di riconoscimento del valore professionale ed organizzativo dei soggetti erogatori esterni;
- attraverso la concessione di "titoli validi per l'acquisto di servizi sociali" (i cosiddetti buoni servizi) purché vengano organizzati e utilizzati "nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per l'integrazione o la reintegrazione dei soggetti beneficiari" (L. 328(e), 2000).

Poiché il sistema normativo italiano ha nettamente distinto i titolari dei servizi sanitari (Regioni e ASL) dai titolari dei servizi sociali (Comuni) il problema del finanziamento dei servizi ad elevata integrazione diventa cruciale. La questione è stata ripresa attraverso un atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione fra i due sistemi (D.P. Cons. Min., 2001). Il provvedimento mira a favorire, esclusivamente sotto il profilo dei flussi di spesa, le connessioni fra l'area sanitaria e quella socio-assistenziale.

Il contenuto delle *prestazioni socio-sanitarie* è così individuato: "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire anche nel lungo periodo la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

In base a questo tentativo di identificazione la normativa distingue:

- le *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*: attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*: attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- le *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria*: caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria (nell'area materno-infantile; anziani; handicap; patologie psichiatriche; dipendenze da droga; alcool o farmaci; patologie per infezioni da HIV; patologie in fase terminale;

inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative).

Le prestazioni socio-sanitarie sono definite in base a vari criteri: la natura del bisogno (funzioni psico-fisiche; attività del soggetto e relative limitazioni; partecipazione alla vita sociale; contesti ambientali e familiari); complessità dell'intervento assistenziale (composizione dei fattori produttivi e professionali impiegati; loro articolazione nel progetto personalizzato); intensità e durata dell'intervento assistenziale.

L'esplicitazione dei criteri e le conseguenze relative ai tipi di prestazione hanno l'obiettivo di attribuire il costo o sui fondi sanitari o su quelli sociali. In particolare le "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria" diventano di competenza dei Comuni; le "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale" sono di competenza delle ASL e a carico delle stesse; le "prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione" sono erogate dalle ASL e quindi a carico del fondo sanitario.

Questa complessa architettura, condizionata dai vincoli di spesa, si conclude con l'elaborazione di alcune tabelle (per le aree: materno-infantile; disabili; dipendenze da droga alcool e farmaci; patologie psichiatriche; patologie da HIV; anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative) che mettono in evidenza l'imputazione dei costi.

Emerge un modello socio-sanitario, in parte delineato a livello nazionale ma da applicare concretamente nelle singole regioni, finalizzato a presidiare le crescenti dinamiche di costo attraverso un tentativo di distribuirne i carichi. È evidente che il nodo critico è rappresentato dalla spesa sanitaria. Infatti una volta definite le prestazioni a carico di questo sistema, ne derivano di conseguenza i carichi finanziari sulle famiglie o (nei casi di insufficienza di reddito) sugli enti locali.

#### 4. Residenze sanitario-assistenziali (RSA) e Servizi domiciliari

Il programma legislativo riguardante le *Residenze sanitario-assistenziali* va inquadrato nell'ambito della legge finanziaria del 1988 (L. 67, 1998), che definiva l'obiettivo di realizzare 140.000 posti in struttura residenziale per anziani non assistibili a domicilio. La previsione era di ricavare tali strutture attraverso la riconversione di aree e spazi derivanti dalla modifica funzionale di alcuni ospedali. Obiettivo esplicito di questa azione programmatoria era pertanto quello di ridurre progressivamente i posti-letto ospedalieri, ed in particolare l'ospitalità pro-

lungata nei reparti ospedalieri, per costituire un sistema socio-sanitario parallelo basato sulla rete di RSA da finanziare attraverso la combinazione di tre flussi economici: i redditi delle famiglie, la finanza locale, il fondo sanitario. Successivamente a quella legge sono state introdotte nell'ordinamento le regole edilizie generali riguardanti il settore delle RSA (D.P.C.M., 1989).

Già in questa prima fase dello sviluppo delle RSA appare chiaramente l'obiettivo di costruire una rete di residenze caratterizzate dalla lungo-degenza, soprattutto al fine di ridurre una parte del carico assistenziale sugli ospedali, favorendone così la loro vocazione di centri per l'attività diagnostica e terapeutica in fase acuta.

Va anche osservato che in questi provvedimenti la principale attenzione è dedicata agli standard strutturali, ossia agli aspetti ambientali caratteristici per le strutture dedicate ad una residenzialità protratta. Scarsa attenzione è data, all'opposto, agli standard gestionali, ossia alla cruciale questione del personale sanitario, infermieristico, assistenziale, riabilitativo, psico-sociale e di animazione, che invece sono importantissimi per la qualità dei servizi erogati.

Questi aspetti sono stati di fatto demandati alle Regioni, alcune delle quali hanno provveduto ad elaborare specifiche politiche in ordine a: requisiti del personale, distinti per qualifica professionale; formazione di base e riqualificazione, con particolare riferimento alla figura degli operatori assistenziali per la cura della persona (definiti in vari modi nelle specifiche normative regionali: ausiliari socio-assistenziali; addetti all'assistenza; assistente domiciliare e dei servizi tutelari).

Dopo la normativa del 1989, sono stati successivamente elaborati altri numerosi atti di indirizzo nazionale (norme di legge, circolari, linee-guida) che hanno precisato ancora più diffusamente le caratteristiche tipologiche, strutturali e funzionali delle RSA.

Fra questi si ricordano:

- le linee-guida "Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali" (Min. San., 1994), che inquadrano le RSA nella rete dei servizi territoriali di primo livello e che ne ridefiniscono alcuni aspetti organizzativo-gestionali, 1994;
- i criteri generali per la fissazione delle tariffe di assistenza specialistica, riabilitativa, ospedaliera e di assistenza residenziale extra-ospedaliera (D. Min. Sanità, 1994), 1994;
- la seconda fase del Programma straordinario di investimento per la riconversione ospedaliera e lo sviluppo delle RSA (L. 21, 1997);

- le linee-guida per l'erogazione (Min. San., 1998) di interventi di riabilitazione estensiva o intermedia anche presso le RSA, 1998;
- il piano sanitario nazionale 1998-2000 che colloca le RSA all'interno dell'assistenza distrettuale quali strutture operative di servizio necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di assistenza continuativa ed integrata a favore degli anziani, 1998;
- la terza riforma amministrativa delle ASL e la riforma dei servizi sociali, che ribadiscono la necessità di attivare strutture residenziali ad elevata integrazione socio-sanitaria per le persone non assistibili a domicilio all'interno di ambiti territoriali individuati dalle Regioni e di norma coincidenti con i distretti sanitari (D. Lgs. 229, 1999; L. 328(f), 2000).

È opportuno sottolineare gli ulteriori caratteri funzionali assegnati dalla legislazione a queste particolari strutture extra-ospedaliere. Nel 1997 (D.P.R., 1997) le RSA sono ridefinite come: "presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili al domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello 'alto' di assistenza tutelare ed alberghiera". Ancora secondo questa normativa, le RSA dovrebbero prevedere "ospitalità permanente di sollievo alla famiglia non superiore ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del Servizio Sanitario Nazionale".

L'attivazione della politica di sviluppo delle RSA è leggibile soprattutto in relazione alle seguenti scelte (Taccani et al., 1997; Rebba, 2000; Trabucchi et al., 2002):

- riportare l'ospedale alla sua prevalente missione di fornire assistenza sanitaria in fase acuta;
- trasferire le funzioni di assistenza di tipo riabilitativo e di lungodegenza ad altre tipologie di servizio residenziale solo parzialmente facenti parte del settore sanitario, coinvolgendo in tal modo nel concorso al costo sia gli enti locali (fondi sociali) sia i redditi delle famiglie.

In questa operazione (non ancora generalizzata sul territorio nazionale) è comunque ravvisabile un orientamento importante sul piano dell'organizzazione del servizio. In queste residenze le direzioni e gli operatori socio-sanitari sono impegnati a rendere possibile condizioni di maggior attenzione alla qualità della vita dell'anziano. In tali strutture, infatti, obiettivi importan-

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO-AMMINISTRATIVO

ti non sono solo quelli sanitari, ma anche altri, fra cui l'attenzione relazionale, lo sviluppo di attività di animazione e di sostegno psicologico, il tentativo di riallacciare rapporti con le famiglie di appartenenza, i gusti alimentari, le caratteristiche ambientali, ecc. (Ferrario et al., 2002).

I riferimenti normativi del circuito organizzativo dei servizi domiciliari vanno ricercati, oltre che nelle leggi regionali in quella sull'handicap (L. 266, 1991; L. 104, 1992). Quest'ultima, infatti, contiene affermazioni importanti per la valorizzazione della domiciliarità:

- *principi* (art. 1): pieno rispetto della dignità umana e diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata; piena integrazione nella famiglia; prevenzione delle forme invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana; raggiungimento della massima autonomia;
- *obiettivi* (artt. 5 e 7): mantenere la persona handicappata nell'ambiente familiare; assicurare la collaborazione della famiglia, della comunità e della persona handicappata nella scelta e attuazione degli interventi; garantire servizi di aiuto personale o familiare, strumenti e sussidi tecnici; promuovere, anche attraverso l'apporto di enti ed associazioni, iniziative per la prevenzione, cura, riabilitazione e inserimento sociale; garantire il diritto di scelta dei servizi; promuovere il superamento di ogni forma di emarginazione e di esclusione sociale; effettuare interventi di cura e riabilitazione a domicilio;
- *strumenti per l'integrazione* (art. 8): interventi di carattere socio-psico-pedagogico, di assistenza sociosanitaria a domicilio, di aiuto domestico e di tipo economico; interventi per assicurare il diritto di accesso agli edifici pubblici e privati; organizzazione e sostegno di comunità alloggio, case-famiglia e servizi residenziali inseriti nei centri abitati.

Un altro significativo riferimento è contenuto nel Piano sanitario nazionale 1994-1996, dove viene affermato che: "gli anziani ammalati, compresi quelli colpiti da cronicità e da non autosufficienza, devono essere curati senza limiti di durata nelle sedi più opportune, ricordando che la valorizzazione del domicilio come luogo primario delle cure costituisce non solo una scelta umanamente significativa, ma soprattutto una modalità terapeutica spesso irrinunciabile".

Infine è da richiamare l'introduzione dei programmi di ADI - Assistenza domiciliare integrata, affidati al comparto

sanitario (Rebba, 2001). L'ADI si configura come un sistema integrato di interventi domiciliari, di natura sanitaria e socio-assistenziale, a favore di persone che necessitano di un'assistenza continuativa, per consentire loro di rimanere nel proprio ambiente, evitare il ricovero, garantire un soddisfacente livello di qualità di vita.

L'ADI dovrebbe essere orientata a rendere disponibile:

- *prestazioni sanitarie*: assistenza di medicina generale; consulenza medico-specialistica; assistenza infermieristica; assistenza riabilitativa e di recupero funzionale; fornitura di ausili e presidi sanitari; prelievi per esami clinici;
- *prestazioni socio-assistenziali*: aiuto domestico; igiene della persona; consegna di pasti caldi; servizio di lavanderia; collegamento con altri servizi sociali; effettuazione di pratiche amministrative; utilizzo del telesoccorso.

## CONCLUSIONI

In Italia non c'è una legge-quadro sui servizi rivolti alle persone anziane. Tuttavia, il sistema normativo è individuabile facendo riferimento alle diverse aree problematiche che strutturano questo periodo della vita: reddito, salute, supporto relazionale.

Nello sviluppo dei servizi socio-sanitari sono cresciuti in quantità ed anche in qualità due tipologie di offerta: le RSA, con funzioni intermedie fra gli ospedali per acuti e gli altri servizi territoriali, ed i servizi domiciliari a diversa intensità assistenziale.

Inoltre la regolazione di tutto il sistema di offerta tende a spostarsi verso le Regioni e gli Enti locali. In tale quadro di tendenziale frammentazione delle politiche e delle modalità organizzative si accrescono le responsabilità dello Stato sull'obiettivo di garantire i diritti essenziali di cittadinanza.

## BIBLIOGRAFIA

Accordo Ministero della Sanità e Sindacati nazionali Pensionati SPI/CGIL, FNP/CISL; UILP/UIL, protocollo d'intesa dell'11.1.1991

Accordo siglato l'8.5.1995

D. Lgs. 30/12/1992(a) n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.1992 n. 421. Testo aggiornato con le modifiche apportate dal d.lgs 7.12.1993 n. 517.

D. Lgs. n. 502/92(b) e successive modifiche, art. 3, comma 1-bis

D. Lgs. n. 502/92(d) successive modifiche, art. 8

D. Lgs. n. 502/92(c) e successive modifiche, art. 5

Legge 18/11/2000 n. 328(g), Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

D.R.C.M. 22.12.1989

D.P.R. 14/01/1997, Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni, in materia di requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private

D. Lgs. 18/06/1999 n. 229, Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale.

D. Lgs. 31/03/1998 n. 112, Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15/3/1997, n. 59

D. Min. Sanità, 15/04/1994, Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera

Decreto Presidente Consiglio dei Ministri, 14/02/2001, Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie

Direttiva Presidente Consiglio dei Ministri, 27/01/1994, Principi sull'erogazione dei servizi pubblici

Ferrario P, Bianchi M, Quaià L. La qualità nei servizi socio-sanitari: processi di costruzione della Carta dei servizi in una RSA, Carocci, Roma 2002, p. 2000

Ferrario P, "Politiche e servizi per gli anziani", in *Politica dei servizi sociali*, Carocci Editore, Roma, 2001, pp. 459-493

Fomero E, Castellino O, La riforma del sistema previdenziale italiano, Il Mulino, Bologna 2001, p. 185

In: *Il Sole-24 Ore* del 19 maggio 2003, p. 2

Legge 08/06/1990 n. 142, Ordinamento delle autonomie locali;

Legge, 03/08/1999 n. 265, Disposizioni in materia di autonomia e ordinamento degli enti locali, nonché modifiche alla legge 8.6.1990 n. 142;

D. Lgs. 18/08/2000 n. 267, Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali

Legge 18/11/2000 n. 328(a), Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Legge 18/11/2000 n. 328(b), Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, art. 70.

Legge 18/11/2000 n. 328(c), Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, art. 14

Legge 18/11/2000 n. 328(d), Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, art. 15

Legge 18/11/2000 n. 328(e), Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, art. 16

Legge 18/11/2000 n. 328(f), Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, art. 17

Legge 08/11/1991 n. 381, Disciplina delle cooperative sociali; Legge, 11/08/1991 n. 266, Legge-quadro sul volontariato

Legge, 05/02/1992, n. 104, Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione e i diritti delle persone handicappate

Legge n. 21/1997; Circolare del Ministero della sanità 18.6.1997

Legge n. 67/1988

Legge n. 833/1978, Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

Legge, 08/08/1995, n. 335, Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare

Ministero della Sanità - Servizio centrale della programmazione sanitaria, Linee-guida n. 1/1994

Ministero della Sanità, Linee guida per le attività di riabilitazione, 7.5.1998

Ministero della Sanità, Piano sanitario nazionale 2003-2005, pp. 18-19

Rebba V. "Le residenze sanitarie assistenziali nel processo di integrazione dei servizi sociali e sanitari", in: *I servizi sanitari in Italia - 2000*, a cura di Fiorentini Gianluca, Il Mulino, Bologna, pp. 161-229

Rebba V. "La sanità territoriale: i servizi di assistenza domiciliare integrata", in: *I servizi sanitari in Italia, 2001*, a cura di Fiorentini Gianluca, Edizioni Il Mulino, Bologna, pp. 303-343

Sentenza corte costituzionale n. 416 del 21.7.1995

Taccani P, Tramma S, Barbieri Dotti A, *Gli anziani nelle strutture residenziali*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997, pp. 170

Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. *Residenze sanitarie per anziani*, Il Mulino, Bologna, 2002, p. 563

## Anziani e ospedale: alcuni spunti per una riflessione sul tema

Francesco Della Croce

Direzione Sanitaria, Ospedale Maggiore IRCCS, Milano

### INTRODUZIONE

Scopo di questo articolo è presentare e commentare alcuni dati relativi all'attività di ricovero nei confronti dei cittadini anziani. Questo argomento è stato trattato recentemente in una pubblicazione schematica del Ministero della Salute (2000) che nella premessa riportava tra gli scopi il "...fornire una sintetica collezione di dati di fonte propria o provenienti da altre Istituzioni, utili alla comprensione e alla quantificazione del fenomeno ed alla elaborazione di politiche sanitarie e sociali fondate su informazioni ed indicatori oggettivi".

La fonte prevalente di tali dati è la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), parte integrante della cartella clinica, che è compilata alla dimissione del paziente dall'ospedale: la scheda contiene informazioni anagrafiche e sanitarie (elenco delle diagnosi principali, malattie concomitanti, procedure diagnostiche o chirurgiche, terapie, ecc.). Occorre tenere presente, come viene ricordato nel rapporto, che quando si analizzano i dati provenienti dalle SDO, nel numero delle dimissioni sono conteggiati anche i ricoveri ripetuti da parte di uno stesso paziente. Ciò è importante da considerare poiché, per alcune patologie, negli anziani è molto frequente il fenomeno dei ricoveri multipli.

Va anche ricordato che l'uso della SDO è diverso da regione a regione e si è modificato nel tempo: in Lombardia, ad esempio, l'uso della scheda fino al 2000 aveva fini prevalentemente economici. Nella sezione descrittiva della diagnosi principale e della procedura eseguita sul paziente dovevano essere riportate le informazioni relative alla patologia che aveva assorbito più risorse durante il ricovero. Dal 2000 la scheda ha

iniziato a descrivere il percorso diagnostico-terapeutico del paziente, ovvero descrive l'iter sanitario del paziente dall'accettazione in ricovero alla sua dimissione dall'ospedale. Questa differente modalità di descrizione può comportare un'attribuzione diversa del DRG (Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi), con attribuzione differente del "peso" del ricovero e, conseguentemente, del ritorno economico all'ospedale.

Ciò comporta che l'eventuale uso a scopo epidemiologico della distribuzione dei DRG in questi anni ha notevoli limiti, pur se va detto che i Nuclei Operativi di Controllo (NOC) regionali o delle aziende sanitarie locali hanno contribuito alla standardizzazione del dato attraverso controlli periodici (ospedali pubblici e privati convenzionati).

Dopo questa premessa, l'analisi verterà prevalentemente sui dati di ricovero estratti da:

- il sito web del Ministro della Salute ([www.ministero-salute.it/programmazione/SDO/](http://www.ministero-salute.it/programmazione/SDO/));
- pubblicazioni ISTAT:
  - *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Indagine multiscopo*. Roma, 2000;
  - *Statistiche demografiche*, Roma, 2000;
  - *Annuario Statistico Italiano*, Roma 2003.

### I RICOVERI

La Tabella 1 riporta i dati relativi ai ricoveri dei cittadini anziani avvenuti dal 1999 al 2001 in Italia. Ad una prima osservazione si evidenzia che le SDO riferite ai pazienti anziani rappresentano complessivamente circa il 37% dei ricoveri ordinari nei tre anni osservati, con una prevalenza che passa dal 36,88% del 1999 al

**Tabella 1** Prevalenza dei ricoveri ospedalieri negli anni 1999-2000-2001.  
(Fonte: sito web Ministero della Salute - Settore Programmazione).

	ricovero ordinario				day-hospital / day-surgery			
	m		f		m		f	
	n. sdo	d.m.	n. sdo	d.m.	n. sdo	accessi medi	n. sdo	accessi medi
1999								
Tot. Ricov.	4.830.842	7,51	5.334.342	7,49	1.132.910	3,16	1.370.083	2,73
65-74	952.739	9,31	814.721	9,73	215.121	3,74	195.974	3,39
>74	844.935	9,97	1.136.246	11,20	126.864	3,29	141.569	2,98
2000								
Tot. Ricov.	4.680.747	7,45	5.194.159	7,41	1.219.866	3,21	1.485.685	2,79
65-74	931.967	9,19	789.981	9,58	236.253	3,81	215.579	3,44
>74	851.155	9,93	1.135.448	11,2	147.463	3,28	168.730	2,9
2001								
Tot. Ricov.	4.646.496	7,35	5.178.517	7,32	1.401.246	3,07	1.694.686	2,71
65-74	927.724	8,95	781.085	9,39	270.897	3,68	247.676	3,33
>74	878.498	9,76	1.157.176	11	179.542	3,14	207.873	2,76

38,11% del 2001 a fronte di una riduzione del numero complessivo dei ricoveri ospedalieri nel triennio. Tale comportamento appare mantenersi anche per le attività di ricovero in regime diurno (day-hospital e day-surgery), dove si evidenzia un sostanziale incremento dei ricoveri, con una prevalenza che passa dal 27,15% del 1999 al 29,26% nel 2001.

La quota di ricoveri ordinari risulta percentualmente maggiore nella fascia di età >74 (20% dei ricoveri ordinari complessivi) rispetto a quella 65-74, che si attesta sul 17%. Il genere femminile prevale rispetto al maschile nella fascia più anziana ed il rapporto si inverte nella fascia 65-74. Va inoltre osservato che vi è una tendenza alla riduzione dei ricoveri nel genere femminile, nel suo complesso; questo fenomeno si osserva anche nei maschi per la fascia 65-74, mentre risulta in crescita il ricovero nel gruppo >74 anni.

Per i ricoveri in regime diurno, invece, si assiste ad un sostanziale incremento dei valori assoluti, sia in generale che nella popolazione anziana di entrambi i sessi. Complessivamente la media dei ricoveri diurni si assesta sul 16% nella fascia 65-74 e al 10% in quella >74.

Il genere maschile risulta maggiormente rappresentato nella fascia 65-74, sia in termini assoluti che percentuali (valore medio del 19% nei tre anni), mentre il sesso femminile prevale per numerosità nella fascia >74 e la distribuzione percentuale è simile a quella maschile (valore medio nei tre anni: 11,5%).

Questi dati, se incrociati con le condizioni di salute dichiarate dalla popolazione anziana (Tabella 2), delineano un comportamento dell'uso del ricovero proporzionato all'andamento demografico della popolazione. Infatti, considerando i soli ricoveri ordinari, il tasso di ospedalizzazione per 1.000 anziani<sup>1</sup> nell'anno 2000 è stato 293, di cui 7 nella fascia 65-74 e 440,7 in quella >74, mentre per le attività diurne è risultato rispettivamente di 77,3 e 70,3. Tale dato varia evidentemente da regione a regione: nei cittadini residenti in Lombardia nel 2001 il tasso generale di ricovero per età (per 1.000) risulta mediamente superiore alla media nazionale nella fascia 65-74 (329,53), data la distribuzione dell'età nella popolazione, e leggermente superiore nei soggetti >74 (436,60) (Fonte: Dati ricovero anno 2001 - Regione Lombardia).

<sup>1</sup> Il tasso di ospedalizzazione è ricavato attraverso la formula: (numero complessivo giorni degenza/popolazione media residente) per 1.000. Nel 2000 la popolazione media residente è stata stimata in circa 362.000 ab.

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

**Tabella 2** Persone di 65 anni e più secondo il sesso e lo stato di salute dichiarato - Anno 2000.  
(Fonte: ISTAT - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Indagine multiscopo. Roma, 2000)

	65 - 74		> 74	
	M	F	M	F
molto male	2,2	3,2	6,7	7,9
male	12,8	16,2	19,1	25,4
discretamente bene	55,5	60,2	57,9	54,5
bene	24,9	18,6	14,7	11,2
molto bene	2,7	1,9	1,5	1,0

Se i dati di ospedalizzazione vengono paragonati alla struttura demografica della popolazione nell'anno 2000 (anziani ultra sessantacinquenni rappresentavano il 15,7%; Fonte: ISTAT - Rapporto annuale 2002) e rielaborando il tasso generale per i ricoveri nelle strutture pubbliche (139,6), si può stimare il tasso di ospedalizzazione a livello nazionale per tutta la popolazione anziana >64 anni nel valore di 46,11, rispetto ad un dato atteso di 21,9; ciò corrisponde al 33% (2.663.000 circa) di tutti i ricoveri avvenuti nell'anno negli istituti pubblici per acuti, per riabilitazione e per lungodegenza (n. complessivo ricoveri strutture pubbliche: 8.050.357) (Fonte: *Annuario Statistico Italiano - Anno 2002*).

Tale osservazione risulta rilevante e assume una consistenza maggiore se si considera che tra i ricoveri censiti vengono riportati anche i dati relativi ai parti da gravidanza a termine in ospedale (8,2% dei ricoveri nelle strutture pubbliche e private - anno 2000): esclusi questi, la prevalenza dei ricoveri salirebbe a circa il 40%. A conforto di tale ipotesi si riportano i dati percentuali di prevalenza dell'I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore di Milano, che non presenta organizzativamente attività nell'area materno-infantile<sup>2</sup>: negli anni 1999-2000-2001 la prevalenza dei ricoverati ultra sessantaquattrenni è stata rispettivamente 43,32% - 43,68% - 44,76% nei ricoveri ordinari e 29,08% - 29,80% - 35,33% nelle attività di ricovero diurno. Questi dati sono sovrapponibili a quelli Nazionali e della regione Lombardia, a dimostrazione di un lento

ma progressivo "invecchiamento" della popolazione ospedaliera accettata in ricovero.

Altro raffronto rilevabile a livello nazionale si può fare con la degenza media dei ricoveri, che si attesta su 9,50 giorni (due giorni in più rispetto alla media di tutti i ricoveri). I dati dimostrano un incremento in funzione dell'età; inoltre, risulta più lunga la degenza femminile rispetto a quella maschile. Nell'ambito del ricovero diurno, invece, il numero di accessi è sostanzialmente sovrapponibile a quello della media nazionale, con una modesta superiorità di accessi nella fascia 65-74, con prevalenza dei maschi rispetto alle femmine.

### LE CAUSE PIÙ FREQUENTI DI RICOVERO

Nell'anno 2000 si è confermato che, come per l'età adulta, una delle cause prevalenti di ricovero è la patologia cardiovascolare nelle sue diverse espressioni (insufficienza cardiaca congestizia, aterosclerosi coronarica e dei vasi periferici, aritmie, vasculopatie cerebrali, ecc.) (Tabella 3). Segue, per importanza e per impegno organizzativo, la patologia neoplastica.

In particolare, nel 2000 i dimessi con diagnosi di tumore sono stati 465.607, con una leggera prevalenza nella fascia 65-74 (55,67% - 259.169) rispetto ai >74 anni (44,33% - 206.438). È interessante evidenziare che il ricorso alla chemioterapia e radioterapia scende dal 14,9% della fascia 65-74 a meno della metà nella fascia >74 (6,7%), confermando il

<sup>2</sup> La struttura organizzativa dell'Ospedale Maggiore di Milano comprende una Geriatria, la cui attività prevalente è diurna mentre l'attività di ricovero ordinario è condivisa in un'area omogenea condivisa con due altre unità operative (Medicina Interna ed Epatologia), e non comprende né le unità operative di Pediatria e Ginecologia/Ostetricia, né attività ortopedica, che è resa organizzativamente come Servizio di Traumatologia d'Urgenza asservito funzionalmente alla Chirurgia d'Urgenza e organizzativamente anche alla Neurochirurgia e al Pronto Soccorso.

**Tabella 3** Primi 25 aggregati clinici di diagnosi per numero di ricovero ordinari (acuti, riabilitazione e lungodegenza) di anziani (Fonte: Ministero della Salute - "Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana - anno 2002").

	<b>Aggregati clinici di diagnosi</b>	<b>Dimessi</b>	<b>Giornate di degenza</b>	<b>% Dimessi sul totale</b>	<b>Degenza media</b>
86	Cataratta	204.469	460.914	5,5	2,25
101	Aterosclerosi coronarica e altre malattie ischemiche cardiache	159.437	1.321.069	4,3	8,29
108	Insufficienza cardiaca congestizia, non da ipertensione	148.121	1.536.502	4,0	10,37
127	Malattie polmonari croniche ostruttive e bronchiectasie	115.308	1.259.707	3,1	10,92
109	Vasculopatie cerebrali acute	104.985	1.480.753	2,8	14,10
106	Aritmie cardiache	91.620	574.080	2,5	6,27
226	Frattura del collo del femore	81.788	1.479.712	2,2	18,09
143	Ernia addominale	79.293	441.526	2,1	5,57
203	Osteoartrosi	71.425	1.001.084	1,9	14,02
149	Malattie delle vie biliari	71.328	742.572	1,9	10,41
122	Polmoniti (escluse quelle causate da tubercolosi o da malattie sessualmente trasmesse)	69.432	929.237	1,9	13,38
100	Infarto miocardico acuto	59.003	601.927	1,6	10,20
111	Altre e mal definite vasculopatie cerebrali	56.586	753.133	1,5	13,31
133	Altre malattie delle vie respiratorie inferiori	53.347	576.334	1,4	10,80
45	Chemioterapia e radioterapia	52.430	272.676	1,4	5,20
205	Spondilosi, patologie dei rischi intervertebrali, altri disturbi del dorso	47.677	530.246	1,3	11,12
32	Tumori maligni della vescica	47.323	391.268	1,3	8,27
112	Ischemia cerebrale transitoria	47.040	374.369	1,3	7,96
19	Tumori maligni dei bronchi e dei polmoni	40.899	538.072	1,1	13,16
164	Iperplasia della prostata	40.273	334.040	1,1	8,29
114	Aterosclerosi delle arterie periferiche e viscerali	39.129	465.293	1,1	11,89
211	Altre malattie del tessuto connettivo	39.102	539.727	1,1	13,80
99	Iperensione con complicazioni e ipertensione secondaria	38.418	327.883	1,0	8,53
151	Altre malattie epatiche	37.113	416.703	1,0	11,23
158	Insufficienza renale cronica	33.577	360.436	0,9	10,73
	<b>Totale primi 25 Aggregati Clinici di diagnosi</b>	<b>1.829.123</b>	<b>17.709.263</b>	<b>49,3</b>	
	<b>Totale dei dimessi anziani</b>	<b>3.708.542</b>	<b>37.266.715</b>	<b>100,0</b>	

dato generale di aumento della morbilità e della mortalità per causa tumorale nella popolazione anziana, in particolare nella fascia compresa tra i 70 e

gli 80 anni (Fonte: ISTAT - *Annuario Statistico 2002*). Questo dato è sovrapponibile a molti Paesi industrializzati e con una struttura demografica della

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

**Tabella 4** Persone di 65 anni e più secondo il sesso e le prime 10 malattie croniche dichiarate - Anno 2000.  
(Fonte: ISTAT - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Indagine multiscopo. Roma, 2000).

Malattie croniche	per 1.000 persone con più di 65 anni e dello stesso sesso			Posizione per frequenza nella popolazione totale
	maschi	femmine	totale	
1 Artrosi, artrite	417,1	600,4	524,8	1
2 Ipertensione arteriosa	322,6	394,7	365,0	2
3 Osteoporosi	43,3	267,1	174,8	8
4 Vene varicose/varicocele	87,3	214,9	162,3	6
5 Cataratta	126,5	172,6	153,6	15
6 Lombosciatalgia	122,7	167,4	149,0	5
7 Bronchite cronica, enfisema, insufficienza renale	182,9	111,8	141,1	9
8 Altre malattie del cuore	112,7	134,0	125,2	13
9 Diabete	116,3	130,5	124,7	11
10 Cefalea o emicrania ricorrente	67,6	131,2	105,0	4

popolazione simile a quella italiana (Yin Bun, 2003). Tra i tumori, in entrambe le due fasce di età le patologie più frequenti risultano essere a carico della vescica (9,0% vs 11,4%) e dell'apparato broncopolmonare (9,1% vs 7,9%), mentre a seguire sono i tumori maligni secondari (6,9% vs 6,6%), della mammella (5,4% vs 5,1%), i tumori del colon (4,5% vs 6,3%), e della prostata (4,1% vs 4,1%). Il rimanente della casistica evidenzia soprattutto un interessamento dell'apparato gastrointestinale e di quello genito-urinario, mentre complessivamente risultano poco rappresentati i tumori dell'apparato emopoietico e del sistema nervoso ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)).

Tra le patologie cronicodegenerative, quelle osteoarticolari, metaboliche e cerebrali sono di fatto poco rappresentate nell'ambito delle attività di ricovero, pur se significativamente presenti nelle dichiarazioni del proprio stato di salute (Tabella 4), a giustificazione di un utilizzo coerente del ricovero, ovvero di un ingresso in ospedale in acuto o urgenza per complicanze della malattia primaria e non già per una definizione diagnostica ottenibile attraverso un processo clinico e terapeutico in ambulatorio e/o in consultorio geriatrico.

## INTERVENTI CHIRURGICI

Nell'anno 2001, i cittadini >64 anni sottoposti ad una procedura chirurgica durante il ricovero, sono risultati circa un terzo della popolazione anziana ricoverata

(1.555.602 DRG chirurgici vs 3.186.364 DRG medici o non classificabili).

Se si approfondisce l'attenzione su alcune categorie omogenee di DRG (MDC), comprensive di tipologie chirurgiche e mediche, si osserva che in alcune di queste la popolazione anziana passa dal 25% a oltre il 60% di rappresentatività all'interno della popolazione ospedaliera (Tabella 5).

Riprendendo queste categorie esclusivamente per la tipologia chirurgica, in sintonia con quanto esposto precedentemente sulle diagnosi ospedaliere, i dati relativi ad alcune procedure (interventi per cataratta, sostituzione dell'anca, bypass coronarico o angioplastica), sono un particolare "patrimonio" dell'età anziana. Nell'anno 2000 il tasso di ospedalizzazione (per 100.000 anziani residenti) per interventi varia da regione a regione, con una prevalenza media che scema dal 3.096,01 per l'intervento della cataratta a 504,24 per la protesi d'anca e, rispettivamente, al 155,91 e 226,71 per il by-pass coronarico e per l'angioplastica.

Tali dati, in Lombardia, quando vengono estrapolati in funzione dei DRG e dell'età al ricovero, evidenziano che tali interventi sono stati eseguiti per oltre l'80% nella popolazione ultrasessantacinquenne. A questi seguono gli interventi di posizionamento dello stimolatore cardiaco e gli interventi chirurgici sull'apparato digestivo (occlusione e/o sanguinamento secondario a patologia neoplastica ostruttiva) e su quello genito-urinario, senza una sostanziale differenza tra maschi e

**Tabella 5** Rapporto tra numero di DRG prodotti per MDC e fasce di età.  
(Fonte: sito web Ministero della Salute- Settore programmazione).

	apparato cardiovascolare				apparato digerente			
	m		f		m		f	
2001	n. DRG	d.m.	n. DRG	d.m.	n. DRG	d.m.	n. DRG	d.m.
tot	722.997	7,59	589.952	7,90	557.564	6,33	432.754	7,28
65-74	216.106	8,07	148.551	7,86	104.859	8,25	66.715	9,76
>74	211.254	8,88	259.943	9,63	93.885	9,41	103.428	10,80
2000								
tot	719.826	7,75	594.225	8,05	567.695	6,49	439.068	7,42
65-74	215.506	8,29	151.001	8,1	107.713	8,49	68.757	9,96
>74	201.473	9,08	253.076	9,82	92.730	9,56	102.671	11
1999								
tot	723.055	7,91	608.826	8,18	595.651	6,54	458.541	7,44
65-74	215.854	8,52	153.895	8,33	110.604	8,59	70.641	10,1
>74	196.229	9,22	253.402	10	93.030	9,58	103.190	11
	apparato riproduttivo				apparato urinario			
	m		f		m		f	
2001	n. DRG	d.m.	n. DRG	d.m.	n. DRG	d.m.	n. DRG	d.m.
tot	175.695	5,62	315.312	4,90	262.186	6,91	166.553	7,33
65-74	43.793	7,73	31.870	7,13	64.550	7,81	29.404	8,69
>74	29.288	8,32	19.168	8,51	63.175	8,74	41.333	10,10
2000								
tot	177.016	5,74	317.597	5,04	262.264	7,01	166.331	7,42
65-74	42.748	8	32.106	7,37	64.455	7,96	29.441	8,77
>74	28.632	8,8	19.270	8,87	59.743	8,94	39.077	10,4
1999								
tot	184.811	5,84	333.306	5,17	271.767	7,08	173.991	7,43
65-74	42.666	8,31	33.943	7,59	65.947	8,16	31.168	8,98
>74	29.634	8,97	19.680	9,09	59.566	9,08	38.014	10,5

femmine; mantenendo la prevalenza oltre il 70%. L'esperienza dell'Ospedale Maggiore di Milano è in sintonia con i dati nazionali e regionali. Un dato interessante da segnalare è l'incremento delle attività chirurgiche sulla cittadinanza ultrasessantatrenne che è in costante incremento (1999: 35,27% delle attività chirurgiche; 2000: 35,49%; 2001: 36,12%; 2002: 37,31%); inoltre la percentuale di ultranovantenni e centenari è una quota in costante crescita, (1999: 36 casi, 1,25%; 2000: 33 casi, 1,22%; 2001: 59 casi, 2,15%; 2002: 82 casi, 3,06%).

## DISCUSSIONE

Questi dati, pur se concisi, si offrono ad una discussione che va oltre alla semplice descrizione statistica. Il primo elemento di discussione verte sul volume complessivo dei ricoveri che, di fatto, dimostra il frequente ricorso dei cittadini anziani alla risorsa "ospedale": almeno quattro dimessi su dieci sono ultrasessantatrenni e, considerando il tasso di ospedalizzazione in funzione dell'età e della stratificazione

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

demografica regionale, ogni anno ricorrono a prestazioni di ricovero dai tre ai cinque anziani su dieci.

Nell'indagine multiscopo dell'ISTAT era già emerso che il ricovero è correlato ad alcune caratteristiche socio-demografiche importanti, tra cui la composizione del nucleo abitativo e le condizioni delle abitazioni. Tale dato è confermato da una ricerca inglese pubblicata nel 2000 (Majeed et al., 2000), nella quale il ricorso al ricovero ospedaliero e alle prestazioni in emergenza era correlato, sia alla scarsa abilità nelle attività di vita quotidiana, sia alle condizioni di convivenza familiare (anziani che vivono con il solo coniuge o in famiglia numerosa), oppure alle condizioni abitative (mancanza di riscaldamento centralizzato).

L'accesso alle cure ospedaliere e la loro efficacia rimane un tema aperto, che implica una serie di valutazioni: prima di tutto l'analisi delle patologie che causano il ricovero e le condizioni funzionali all'ingresso e all'uscita dall'ospedale. Altre due argomentazioni sono considerate irrinunciabili e correlate con le prime: la capacità o possibilità dell'anziano di partecipare attivamente alla scelta della cura nonché l'identificazione del suo grado di soddisfazione.

Questi elementi sono stati studiati separatamente pur se le conclusioni tendono a far convergere tali questioni tra loro. Infatti, è dimostrato che l'adesione ai programmi terapeutici è maggiore negli anziani piuttosto che negli adulti (Scott et al., 2002); tuttavia, la soddisfazione delle cure dipende dallo stato di salute alla dimissione e all'abilità residua nelle funzioni del vivere quotidiano (Covinsky et al., 1998).

Si collegano al problema anche i dibattiti aperti sulle cure al paziente terminale (Godden e Pollock 2001; Huang, 2002) o ai pazienti che subiscono uno stroke (Bhalla et al., 2001), nei quali viene messo in crisi l'utilizzo dell'ospedale a fronte delle condizioni del paziente e la possibilità di avere servizi specialistici domiciliari, che possono meglio affrontare le particolari condizioni di salute del paziente.

I dati sui ricoveri impongono quindi una particolare attenzione ed un'alta considerazione, in quanto dimostrano che ancora oggi le risorse territoriali alternative all'ospedale non sembrano avere trovato un loro consolidamento nello scenario del sistema sanitario, sia qualitativamente che quantitativamente. A questo si deve aggiungere anche il dato relativo alla degenza media dei ricoveri, che risente delle condizioni del contesto sociale a cui appartiene l'anziano. Infatti, se da un lato vi è consapevolezza diffusa della necessità di

trattare, con pari intensità di cure, ma con ritmi più "lenti" le condizioni critiche dei pazienti anziani, dall'altro il "fantasma" della dimissione ritardata per problemi sanitari o sociali rischia di incidere negativamente sul decorso clinico del paziente. Su quest'ultimo tema infatti si è molto "favoleggiato" in quanto, al momento, non sembrano esistere nella letteratura scientifica studi sufficientemente consolidati, che aiutino ad indirizzare e a risolvere tale problema.

Il fenomeno dell'"ageismo", "non c'è nulla da fare, è anziano!", della perplessità di attivare cure particolari in funzione dell'età e del contesto di appartenenza dell'anziano, rimangono pertanto un problema culturale e scientifico (Nelson, 2002) lungi da soluzioni scientificamente ed eticamente corrette.

In un recente editoriale comparso sul *British Medical Journal*, Norman Vetter (2003) riprende il tema della "dimissione ritardata inappropriatamente" e sottolinea due aspetti importanti: nel primo evidenzia che questa "dimissione" facilmente si manifesta quando non è sufficientemente considerata o conosciuta la disponibilità locale di trattamenti e di cure alternativi o complementari al ricovero; con il secondo, invece, richiama l'attenzione sulla mancanza di evidenza che nei casi di dimissione ritardata si abbia una compromissione dell'esito del ricovero (*outcome*), ovvero che i pazienti avrebbero un esito migliore se fossero dimessi prima. Lo stesso autore sottolinea infine che alcuni studi dimostrerebbero una riduzione del problema attraverso due modalità di approccio, non mutuamente esclusive tra loro: l'organizzazione da parte della stessa équipe sanitaria di un sistema di sorveglianza domiciliare dopo la dimissione e, parallelamente, una dimissione "supportata" a livello domiciliare in termini socio-sanitari (Hyde et al., 2000).

Ciò riporta immediatamente la riflessione e l'attenzione ai contenuti e progetti del nuovo Piano Sanitario Nazionale, alla necessità di avviare un processo culturale all'interno degli ospedali che modifichi sostanzialmente l'approccio organizzativo attuale e spinga verso modelli che tengano conto della nuova realtà e del cambiamento radicale in atto delle loro funzioni e della loro "missione". Ma questo, si sa, ... è tutta un'altra storia.

## BIBLIOGRAFIA

Bhalla A, Dundas R, Rudd A, G, Wolfe C D A. Does admission to hospital improve the outcome for stroke patients? *Age and Aging* 2001; 30: 197-203

Covinsky K E, Rosenthal G E, Chren M-M, Justice A C, Fortinsky R H, Palmer R M, Landerfeld C S. The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *J. Gen. Intern. Med.* 1998; 13:223-229

Godden S, Pollock A M: The use of acute hospital services by elderly residents of nursing and residential care homes. *Health and Social Care in the Community* 2001; 9 (6): 367-374

Huang J, Boyd C, Tyldesley S, Zhang-Salomons J, Groome P A, Mackillop W J. Time Spent in Hospital in the Last Six Months of Life in Patients Who Died of Cancer in Ontario. *Journal of Clinical Oncology* 2002; 20: 1584-1592

Hyde C J, Robert I E, Sinclair A J. The effects of supporting discharge from hospital to home in older people. *Age Ageing* 2000; 29: 271-9

Majeed A, Bardsley A, Morgan D, O'Sullivan C, Bindman A B. Cross sectional study of primary care groups in London: association of measures of socioeconomic and health status with hospital admission rates. *BMJ* 2000; 321: 1057-60

Nelson T D. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge, Mass. MIT Press, 2002. Il tema è trattato anche in: Stuart H, Altman and David I. Hactman. Policies for an aging society. 402 pp. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2002.

Scott R, Weingarten, Henning J M, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, Ofman J J. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002; 325: 925-932

Vetter N. Inappropriately delayed discharge from hospital: What do we know? *BMJ* 2003; 326: 927-8

[www.ministerosalute.it/](http://www.ministerosalute.it/): Ministero della Salute, Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana

Yin Bun Cheung, Fei Gao, Kei Siong Khoo. Age at diagnosis and the choice of survival analysis methods in cancer epidemiology. *Journal of Clinical Epidemiology* 2003; 56: 38-43



C.E. Coffey, J.L. Cummings (Eds.)  
M.R. Lovell, G.D. Pearlson (Co-Editors)

## Manuale di NEUROPSICHIATRIA GERIATRICA

II Edizione

Presentazione di M. Trabucchi

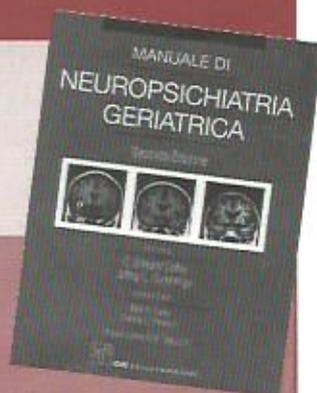
Volume cartonato di 1060 pagine

f.to cm 22x27,5 - € 92,96

Il primo argomento che il lettore impara da questo nuovo testo è che cos'è la neuropsichiatria geriatrica, la scienza della persona anziana che più di altre ne sa cogliere i multiformi aspetti, sempre però conservandone un'immagine unitaria. Fino a qualche anno fa si metteva in discussione la possibilità di disporre di un corpus autonomo di conoscenze sulla clinica del cervello che invecchia. Si dava quindi poca attenzione all'originalità dei meccanismi fisiopatologici e della presentazione clinica delle malattie, per offrire un'interpretazione solo in negativo dei singoli eventi. Se mai vi fossero ancora dei dubbi sulla possibilità concreta di costruire un corpus armonico delle conoscenze nel campo, questo libro è la risposta più forte e culturalmente avanzata.

La traduzione italiana è stata quindi un'opera meritoria, perché mette a disposizione dei nostri medici un materiale di lavoro che già soltanto dall'indice costituisce un punto di riferimento altamente significativo.

(Dalla prefazione)



CIC Edizioni Internazionali

## Il dolore nelle RSA

Elena Comi, Antonino Frustaglia

Istituto Geriatrico "Piero Redaelli", Vimodrone - Milano

### PREMESSA

Il tema del dolore è antico come l'essere umano il quale, forse per primo, ha avuto consapevolezza delle sue implicazioni. Per comprendere il luogo della cura del dolore bisogna conoscere il significato che ha la sofferenza nell'esperienza umana. Come è noto l'esperienza del dolore trascende il campo della medicina e coinvolge la filosofia, la psicologia, le relazioni umane e la religione. Recentemente, Sergio Zavoli, ispirato dall'esperienza paterna, ha scritto un interessante libro intitolato *"Il dolore inutile: la pena in più del malato"*. Nel testo il senso del dolore viene descritto partendo da un'analisi della concezione filosofica di Eschilo: "Sapere è soffrire, e soffrire dà sapere". In questa presentazione non ci addentreremo nei differenti significati attribuiti alla sofferenza, mentre riteniamo utile tracciare alcune sintetiche riflessioni in merito al dolore. In medicina, al fine di controllare il dolore, l'uomo ha tentato diverse strade verso il sollievo, ed affinando la propria sensibilità. Il cristianesimo ha dato alla sofferenza ed al dolore (spesso correlati) un significato particolare: basti pensare alla sofferenza descritta dagli evangelisti sul vissuto di Gesù nell'orto degli ulivi (Mt. 26, 36-37), dove la sofferenza interiore si esterna sul corpo come al presagio del dramma imminente. Ancora, durante la flagellazione (Mc. 15, 16-20), nella quale il dolore somatico sembra dominare, oppure nella salita al Calvario (Lc. 23, 26-29), dove il dolore fisico e psichico (umiliazione), provano la capacità della resistenza umana. Infine il dolore che diviene globale nell'agonia sulla Croce (Gv. 19, 25-30). In quest'ultimo brano emerge che, Cristo stesso, nonostante figlio di Dio (l'Onnipotente) alla fine sembra venga preso dal dubbio. Il dolore è infatti una "prova" drammatica per ogni essere umano che, in modi diversi, è costretto a "vivere" personalmente. L'uomo, pur essendo predisposto

ad accettare il dolore, lo rifiuta se esso è inutile. In altri termini, non è possibile accettare dolore se non per qualcosa o per qualcuno. Chiunque opera a contatto col dolore conosce il "grido" di chi soffre senza comprenderne il significato e la disperazione della sofferenza. Queste premesse sono necessarie per affrontare un tema così "trasversale" nel campo della medicina. Infatti, il dolore colpisce il paziente, ma coinvolge il medico "palliatore", i vari specialisti sanitari, la figura dello psicologo, dell'infermiere, del terapeuta della riabilitazione, dell'operatore socio-assistenziale. Ancora sono coinvolti il religioso, l'assistente sociale, i parenti, i volontari che incontrano il sofferente nelle diverse fasi del proprio percorso.

Considerando la dimensione geriatrica, il dolore che colpisce i residenti in Strutture per anziani merita una particolare considerazione perché proprio in quei luoghi, una maggiore sensibilità può modificare l'approccio alle cure degli ospiti, per consentendo loro una dignitosa condizione di vita. In queste Strutture, in virtù della cultura olistica della geriatria, è possibile evitare il dolore inutile per il malato.

### ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

In letteratura non vi sono molti dati epidemiologici riguardanti il dolore cronico nella popolazione italiana. Sembra quindi emergere che il problema del dolore cronico sia sottostimato (Zanolin, 2001; Andersson, 1999).

In Italia circa 5 milioni di persone (60% dei quali anziani), soffrono di patologie osteo-degenerative con sintomatologia dolorosa. Studi recenti hanno evidenziato che 160.000 pazienti soffrono per dolore da cancro. Infine, si stima che siano circa 50.000 le persone che, attualmente, soffrono per dolore da tumore in fase terminale. Nelle RSA il sintomo dolore, assume un

carattere rilevante poiché in questi luoghi afferiscono, le persone più svantaggiate dalla rete sociale, e con stato di salute compromesso.

## CARATTERISTICHE DEL DOLORE

Premesso ciò, è bene ricordare che il dolore accompagna e caratterizza molte patologie da cui sono affetti gli anziani ricoverati nelle RSA, e che può presentarsi come dolore acuto (facilmente riconosciuto e trattato) o come dolore cronico.

Si può considerare *dolore acuto un dolore finalizzato ad allertare il corpo riguardo la presenza di stimoli, pericolosi o potenzialmente tali, presenti nell'ambiente o nell'organismo stesso*. Il dolore acuto ha una sua finalità biologica ed è un evento isolato.

*Il dolore cronico è un dolore provocato da una condizione patologica nota e non aggredibile*. È un dolore che (secondo la definizione dell'International Association for the Study of Pain-IASP) *persiste oltre i normali tempi di guarigione*. Già da questa definizione si comprende come il dolore cronico sia in realtà difficile da definire. Infatti, spesso i normali tempi di guarigione non sono delimitabili, per questo sono proposti intervalli temporali oltre i quali il dolore persistente è definito cronico. Non vi è tuttavia nella letteratura scientifica uniformità circa gli intervalli temporali proposti che variano da un mese a 3-6 mesi.

Nell'ambito del dolore cronico si distingue il dolore da cancro (che interessa il 70% dei malati oncologici nella fase avanzata o terminale di malattia) e il dolore cronico "benigno" causato da patologie osteodegenerative, malattie neurologiche, malattie metaboliche (neuropatia diabetica), ulcere vascolari, ulcere da compressione. In uno studio randomizzato condotto intervistando i familiari di 200 pazienti anziani deceduti, si poté constatare che un mese prima della morte il 60% degli anziani aveva lamentato dolore. Questo dimostra che il dolore rappresenta una condizione comune nei pazienti in fase terminale. Proprio per la sua prevalenza il dolore cronico merita una grande attenzione dato l'impatto che riveste sulla qualità di vita.

L'IASP definisce il dolore "una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale, o comunque definita come tale... Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva. Sicuramente si accompagna ad una componente

somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una carica emozionale".

Questa definizione mette in luce come il dolore sia un'esperienza soggettiva che coinvolge oltre alla sua percezione fisica anche aspetti psicologici, sociali e culturali del malato che influenzano il modo e l'intensità con cui questa esperienza viene vissuta.

Il dolore cronico dei malati affetti da patologie degenerative o oncologiche assume le caratteristiche di un dolore totale, cioè di una sofferenza che è fisica, psicologica, relazionale e spirituale.

I malati che vivono nelle RSA sono per lo più affetti da patologie croniche e inguaribili; si confrontano quotidianamente con la perdita della loro autonomia ma anche con la perdita del loro ruolo sociale e nell'ambito della famiglia, con la solitudine e il senso di abbandono, la paura del dolore, la paura della perdita di dignità e del controllo del loro corpo e, infine, la paura della morte.

Tutti questi fattori influenzano in modo determinante la percezione del dolore. Se il sintomo dolore deve essere sempre trattato in modo tempestivo ed efficace, tanto più è importante che l'équipe assistenziale acquisisca le capacità e la professionalità per affrontare il dolore globale, che costituisce una vera e propria malattia a sé stante.

L'intervento medico e assistenziale non può quindi limitarsi all'applicazione dei protocolli e delle linee-guida di terapia antalgica (che devono comunque essere ben conosciute e correttamente applicate), ma deve spostare l'attenzione dal sintomo dolore alla persona e ai suoi bisogni.

Per questo, è fondamentale il lavoro di tutta l'équipe (medico, infermieri, ausiliari, psicologo, assistente sociale, assistente spirituale, volontari), che deve discutere con il malato il miglior intervento nel rispetto della sua autonomia decisionale.

Diviene fondamentale per l'impostazione di un'efficace terapia antalgica che l'équipe presti molta attenzione alla soggettività: è importante ascoltare il paziente, farsi raccontare il dolore, prendendo a misura dell'intensità del dolore la sua sensazione soggettiva. A tale scopo possono essere utili alcune scale come, ad esempio, la Scala VAS o scala analogico-visiva, impostata su un punteggio numerico da 0 a 10, dove 0 rappresenta assenza di dolore e 10 il massimo dolore immaginabile (esiste in alternativa una versione a gradazione di colore rosso). A sostegno della valutazione del dolore nell'anziano bisogna considerare che in

## ASPETTI CLINICO-ASSISTENZIALI

questi pazienti il dolore raramente può essere attribuito solo a fattori psicologici.

L'anziano affetto da patologie croniche degenerative tende a non riferire correttamente il sintomo dolore perché lo ritiene giustificato nella sua condizione di malattia per una ridotta sensibilità al dolore come dimostrato in numerosi studi clinici (Stein e Ferrell, 1996). Un'ulteriore difficoltà nella valutazione del dolore è rappresentata dal deficit cognitivo. In questo caso la spia di una sintomatologia dolorosa potrebbe essere uno stato di agitazione psicomotoria. Spetta all'équipe assistenziale porre attenzione ai sintomi vegetativi cronici (anoressia, astenia, disturbi del sonno, irritabilità), alla deflessione del tono dell'umore, alla modificazione dello stato funzionale e dello stile di vita che rivelano un dolore cronico di intensità tale da compromettere la qualità di vita.

Per impostare una corretta terapia analgesica è necessario procedere ad una corretta valutazione del dolore che comprende l'anamnesi e l'esame obiettivo: essi sono finalizzati ad individuare le cause del dolore e le sue caratteristiche (tipo, intensità, durata), includendo anche la valutazione dello stato psicosociale del paziente (Caraceni et al., 1996; Choinière e Amsel, 1996). Sulla base di queste informazioni deve essere intrapresa una terapia analgesica personalizzata che garantisca il controllo costante del dolore nelle 24 ore. I farmaci utilizzati sono quelli proposti nella scala analgesica dell'OMS, tenendo conto delle variazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche dell'anziano, della polipatologia e della interazione tra farmaci ed infine della maggior predisposizione agli effetti collaterali correlati dei farmaci.

Il farmaco specifico va scelto in base al tipo di dolore e intensità, all'età del paziente e ad eventuali trattamenti già effettuati; bisogna conoscere la farmacologia della medicina, somministrare il farmaco ad orari fissi, adeguare la via di somministrazione al tipo di dolore e alla compliance del paziente (preferire la via orale). Infine bisogna controllare e trattare adeguatamente gli effetti collaterali, rivalutando la risposta del dolore alla terapia.

Per il controllo di questo sintomo è necessario un intervento multidisciplinare che unisca le conoscenze mediche e l'impegno infermieristico nella valutazione del sintomo, nella corretta somministrazione dei farmaci, nel monitoraggio della risposta analgesica e degli effetti collaterali. Va infine garantita la disponibilità di tutte le figure coinvolte nell'assistenza per affrontare

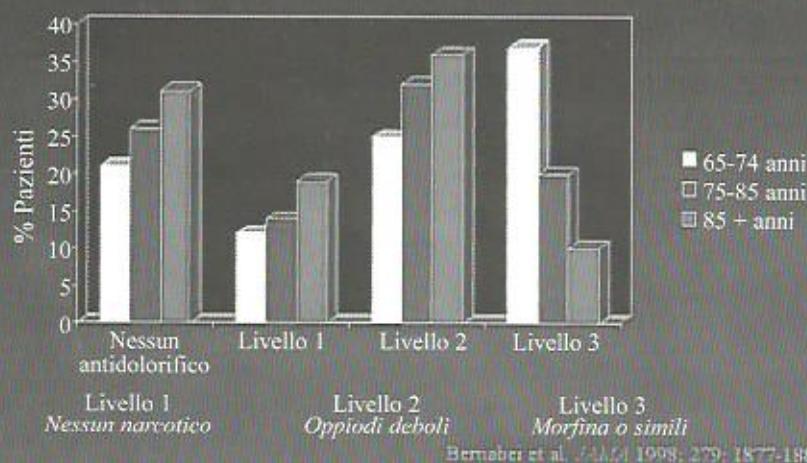
insieme gli aspetti psicologici e sociali del dolore. Il controllo del dolore nel paziente anziano istituzionalizzato deve essere considerato tra le priorità per garantire una buona qualità di vita (Gureje et al., 1998). Per questo è importante considerare il sintomo dolore come un parametro della valutazione multidimensionale. La valutazione del dolore dovrebbe trovare uno spazio nella cartella clinica, al fine di aumentare l'attenzione dello staff assistenziale nella programmazione e nella gestione delle cure (Ross e Crook, 1998).

## T R A T T A M E N T O

La valutazione del dolore è la premessa per programmare un adeguato trattamento (Bernabei et al., 1998). Secondo le linee-guida proposte dalla S.I.G.G. (Società Italiana di Geriatria e Gerontologia) la valutazione si articola in quattro fasi quali l'anamnesi, l'esame obiettivo, la valutazione psicosociale e gli esami strumentali (Venturiero et al., 2001). L'anamnesi rispetto al dolore deve rilevare l'intensità, le caratteristiche, l'insorgenza, la localizzazione, i fattori aggravanti ed allevianti oltre al riscontro dell'efficacia di eventuali trattamenti precedenti. L'esame obiettivo ricerca dopo una valutazione complessiva le eventuali sedi di dolore evocabile. La valutazione psicosociale cerca di comprendere la reazione del paziente di fronte al dolore, i cambiamenti di umore correlati e far comprendere, se e fin dove è possibile, la malattia al paziente ed ai caregiver.

A volte la percezione del "dolore totale" coinvolge aspetti psicologici e reattivi come la depressione, la paura e l'ansia che condizionano le risposte (Bernabei et al., 1998). Per quanto riguarda il trattamento accanto all'approccio farmacologico (Figura 1) sono utili gli interventi complementari quali la terapia fisica, il supporto psicosociale e le terapie cognitivo-comportamentali. Accanto alle misure generali (quali l'esercizio fisico con il supporto di terapisti della riabilitazione, il riposizionamento dei pazienti allettati), possono essere utili terapie fisiche con la stimolazione termica cutanea, i massaggi, le pressioni, la stimolazione elettrica nervosa transcutanea (TENS) per la finalità di innalzare la soglia del dolore e, in casi selezionati, l'agopuntura. Le terapie cognitivo-comportamentali prevedono attività di psicoterapia o di rilassamento, associati a gruppi di supporto ed assistenza spirituale. Il trattamento farmacologico si avvale di un vero decalogo del buon senso che prevede di scegliere l'analgesico più

## Trattamento farmacologico del dolore in pazienti oncologici



**Figura 1.** - L'analisi eseguita su una popolazione di pazienti anziani oncologici assistiti in Nursing Home e che lamentava dolore quotidianamente ha permesso di evidenziare come la prescrizione di farmaci antidolorifici sia età-correlata. Si è riscontrato, infatti, come i pazienti ultraottantacinquenni venissero meno frequentemente sottoposti a trattamenti antalgici rispetto ai più giovani e potessero beneficiare meno frequentemente di presidi farmacologici di primo livello (Farmaci morfina-simili).

indicato iniziando sempre con farmaci maneggevoli (Baruffi et al., 2001), con la dose minima efficace; tramite la via meno invasiva (orale) bisogna somministrare il farmaco ad orari regolari, ad intervalli opportuni per prevenire il dolore persistente, trattando quello intercorrente (Campanelli et al., 2002.). Secondo l'OMS l'approccio graduale riportato nello schema prevede tre gradini o livelli (Figura 2).

Si comincia al 1° livello con i FANS (Tabella 1) che sono maneggevoli, facilmente disponibili ed economici. Il 2° livello (Tabella 2) prevede l'associazione degli oppioidi deboli che vanno utilizzati con i farmaci del 1° livello. Al 3° livello (Tabella 3) si elencano gli oppioidi forti indicati non solo per tutti i pazienti neoplastici con dolore di grado moderato e severo, ma anche per le patologie non maligne. La morfina è ritenuta il farmaco di scelta cui è possibile associare l'uso sequenziale di diversi oppioidi (Tabella 4). Associare alla terapia antalgica pura l'uso di farmaci adiuvanti (Tabella 5)

**Tabella 1**

Farmaci 1° livello FANS	Dose suggerita (in 24 ore)
Paracetamolo	2 - 4 gr (In 3-4 somministrazioni)
Acido acetilsalicilico	0,5 - 2 gr (In 3-4 somministrazioni)
Ibuprofene	0,6 - 1,8 gr
Naprossene	0,5 - 1,25 gr
Ketoprofene	50 - 150 mg
Ketorolac	10 - 40 mg Os. 120 mg Im-ev

(Linee guida S.I.G.G.: V. Venturero, P. Tarstani, R. Liperoti et al. Modificata)

rivalutando costantemente l'efficacia della terapia. È importante vigilare sugli effetti collaterali prevenendoli ove possibile (Tabella 6). Purtroppo nella pratica cli-

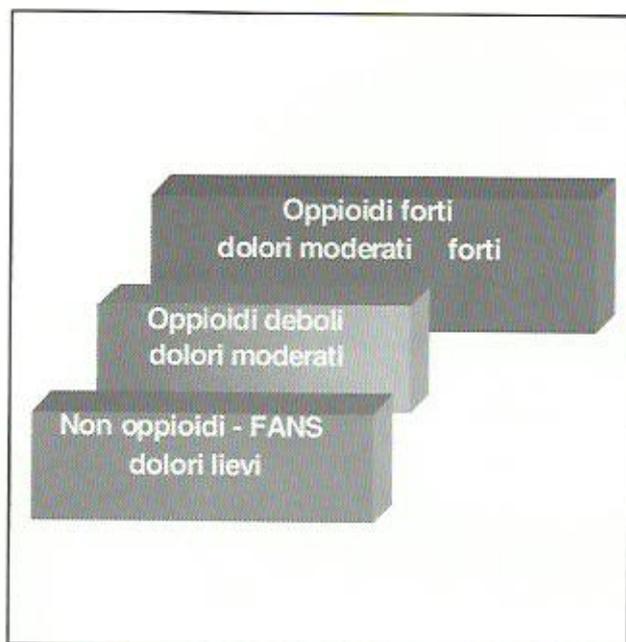


Figura 2. - La scala analgesica a tre gradini dell'OMS

Tabella 2

Farmaci 2° livello Oppioidi deboli	Dose suggerita (in 24 ore)
Codeina	60 - 240 mg
Buprenorfina	0,2 - 0,6 mg
Meperidina	600 - 1200 mg
Tramadol	200 - 400 mg

(Linee guida S.I.G.G.: V. Venturero, P. Tarsitani, R. Liperoti et al. Modificata)

Tabella 3

Farmaci 3° livello Oppioidi Forti	Dose suggerita (in 24 ore)
Morfina	60-1200 mg. Os      60 mg. Im /ev
Fentanyl	Cerotto transdermico 25-100 mg. Ogni 3 gg
Metadone	15-60 mg.

(Linee guida S.I.G.G.: V. Venturero, P. Tarsitani, R. Liperoti et al. Modificata)

Tabella 4

Equianalgesia con morfina 10 mg im	mg im	mg os
Morfina	10	10
Codeina	130	200
Metadone	1-3	2-6
Meperidina	75	300
Fentanyl transdermico	100 mcg/h = 2-4-mg/h morfina ev	

(Linee guida S.I.G.G.: V. Venturero, P. Tarsitani, R. Liperoti et al. Modificata)

farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore'). Nella nota il Ministero comunica che i medici iscritti all'Ordine professionale, convenzionati e non con il SSN, possono dotarsi dei ricettari per la prescrizione di stupefacenti distribuiti dalle aziende sanitarie locali. I medici non convenzionati con il SSN possono prescrivere, per terapie antalgiche, i farmaci analgesici compresi nell'allegato III-bis della menzionata legge e dispensati in regime di convenzione con il SSN. Ciò riduce il carico burocratico cui il prescrittore è sottoposto quando prescrive farmaci oppioidi.

## CONCLUSIONI

Bisogna riconoscere che i progressi raggiunti dalla medicina sono evidenti. Rispetto al dolore, il medico è particolarmente attento perché è una guida preziosa alla formulazione di una diagnosi, che resta sempre una finalità dell'impegno medico. Se un tempo il primo impegno del medico era quello di sedare il dolore, come recita un'antica scuola medica, oggi domina l'im-

nica i medici devono ancora superare resistenze in parte burocratiche ed in parte pseudomorali che portino la categoria nella media internazionale. Infatti le statistiche attribuiscono ai medici italiani una resistenza nel prescrivere farmaci oppioidi. La direttiva prodotta dal Ministero della Salute in merito alla compilazione delle ricette per la prescrizione di farmaci analgesici oppiacei ne facilita la prescrizione (legge 8 febbraio 2001, n. 12 "Norme per agevolare l'impiego dei

Tabella 5

Adiuvanti analgesici	Effetto
Corticosteroidi	Analgesico, antiemigéno, antiemetico, stimolante appetito, miglioramento del tono dell'umore
Antidepressivi: Amitriptilina Fluoxetina	Analgesico > su dolore neuropatico, potenziamento effetto degli oppiacei, miglioramento del tono dell'umore
Anticonvulsivanti: Carbamazepina Valproato, Clonazepam Gabapentina	Analgesico > su dolore neuropatico. Modulazione della soglia del dolore.
Neurolettici: Metotrimeprazina Aloperidolo	Analgesico, ansiolitico, antiemetico
Difosfonati	Analgesico su metastasi ossee

(Linee guida S.I.G.G.: V. Venturero, P. Tarsitani, R. Liperoti et al. Modificata)

Tabella 6

Effetti collaterali degli oppiacei	Prevenzione/trattamento
Stipsi	Lassativi, Naloxone
Sedazione	Considerare la rapida comparsa di tolleranza Ridurre la dose e/o aumentare la frequenza di somministrazione Sostituire con altri oppioidi Stimolanti del SNC: caffeina, dextroamfetamina, metilfenidato
Nausea, vomito	Antiemetici: metoclopramide, Antagonisti 5 HTS recettori, neurolettici, aloperidolo, clorpromazina
Depressione respiratoria	Naloxone

(Linee guida S.I.G.G.: V. Venturero, P. Tarsitani, R. Liperoti et al. Modificata)

pegno diagnostico. Ciò è finalizzato all'atto terapeutico che è volto a rimuovere la causa del "male" ed il corrispettivo eventuale "dolore". Al progresso in campo diagnostico non è seguito un parallelo progresso in campo terapeutico. Non tutte le malattie sono guaribili e ciò impone delle valutazioni. Bisogna superare il limite dell'abbandono di una malattia non più guaribi-

le, soprattutto quando è aggravata dal dolore. In conclusione, si può affermare che il problema del dolore nelle RSA è un problema non delegabile esclusivamente ai Centri di Cure Palliative pur riconoscendo loro un rilievo fondamentale nella nostra storia sanitaria recente. Altri luoghi di cura, come le RSA, possono occuparsi del trattamento del dolore neoplastico

(Stein e Ferrell, 1996). In sintesi, il problema vero non è il "dove" ma il "come" viene affrontato il dolore.

## BIBLIOGRAFIA

- Andersson G B J. Epidemiological features of chronic low back pain. *Lancet* 1999; 354: 581-5
- Baruffi S, Bosia R, Lombardi F, Monfredi N, Paggetta C, Scida G, Ubbiali A, Cova D. Il controllo del dolore nel paziente anziano. *Medicina e Anziani*, 2001; 10 (2), 2001; 89-104
- Bemabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R, Lipsitz L, Steel K, Mor V. Management of pain in elderly patients with cancer: SAGE Study Group. *Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology*. *JAMA*. 1998 Jun 17; 279(23):1877-82
- Campanelli I, Canepa M, Bettini P, Viale M. *Oncologia e cure palliative*. Ed. McGraw-Hill, Milano, 2002. 368-382
- Caraceni A, Mendoza TR, Mancaglia E, et al. A validation study of an Italian version of the Brief Pain Inventory (Breve Questionario Per la Valutazione del Dolore). *Pain* 1996; 65:87-92
- Choinière M, Amsel R. A Visual Analogue Thermometer for measuring pain intensity. *J Pain Symptom Manage* 1996; 11: 299-311
- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a WHO study in primary care. *JAMA*. 1998; 280:147-151
- Ministero della salute Comitato Nazionale Gigi Ghiotti. *Approccio globale al dolore cronico*. 26.05.2002
- Ross MM, Crook J. Elderly recipients of home nursing services: pain, disability and functional competence. *J Adv Nurs*. 1998 Jun; 27(6):1117-26
- Stein WM, Ferrell BA. Pain in the nursing home. *Clin Geriatr Med* 12:575-594. 1996
- Venturiero V, Tarsitani P, Liperoti R, et al. *Linee guida nelle cure palliative dell'anziano*. *Giornale di Gerontologia*; 2001; 226-228
- Zanolin M E. *Continuing education in algologia* 2001; 3:13-15

## Hospice e RSA: un luogo per morire o un modo per morire?

Daniele Villani

Istituto Ospedaliero di Sospiro (CR)

“**G**li americani vogliono morire a casa, circondati dalla famiglia e dagli amici, senza soffrire e con il pieno controllo della loro esperienza di morte. La realtà dei fatti è proprio l'opposto, le Nursing Home non sono preparate a prendersi cura dei morenti”. Così D. Parker Oliver (2002) sintetizza l'atteggiamento degli americani nei confronti della morte e la percezione del problema nelle Nursing Home (NH). Gli studi condotti negli USA negli ultimi anni denunciano, relativamente alle cure di fine vita, una situazione abbastanza chiara, per certi versi contraddittoria e forse non diversa da quella del nostro Paese. Sinteticamente: un numero sempre più alto di persone muore nelle NH; il personale delle NH non è preparato a prendersi cura dei malati terminali; la valutazione e la cura del dolore sono largamente insufficienti; il ricorso all'hospice nelle NH è molto raro, nonostante la grande diffusione di questi servizi nella realtà locale (Parker-Oliver, 2002; Raudonis et al., 2002; Cartwright, 2002; Miller e Mor, 2001). Sembra insomma che quello che L.Tolstoj definì “quell'atto formidabile e solenne che è la propria morte” avvenga, nella maggior parte dei casi, in un posto inadeguato, tra persone non preparate e in condizioni di sofferenza. È peraltro interessante ricordare, a proposito di luoghi dove morire, che Tolstoj, dopo 80 anni di vita da gentiluomo di campagna, andò a morire in una piccola stazione ferroviaria perduta nella steppa, nel tentativo ultimo e disperato di fuggire da una vita di profonde contraddizioni sociali e sentimentali. Oggi più del 20% delle persone termina la propria vita in una NH; tra vent'anni la percentuale salirà al 40% (Parker-Oliver, 2002; Ersek e Wilson, 2003; Weitzen, 2003). Nonostante l'entità del fenomeno, pare che esista scarsa attenzione al problema e che

l'impegno di chi lavora nelle case di riposo sia rivolto alla riabilitazione, al mantenimento delle funzioni residue ed alla cura delle condizioni acute intercorrenti che spesso colpiscono gli anziani ricoverati. Di fronte alla crescente instabilità clinica degli anziani ed all'impegno sanitario che essi richiedono, la tensione professionale è rivolta alle istanze di recupero, spesso ignorando le problematiche di fine vita, tra cui la cura del dolore e l'assistenza spirituale (Parker-Oliver, 2002). È davvero questa la situazione delle nostre case di riposo?

La storia non facile delle nostre RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) – storia che negli ultimi 15 anni ha subito una brusca accelerazione legata alla pressione del fenomeno dell'invecchiamento – converge su un aspetto che riflette in modo inequivocabile la realtà; per quanto poco attraente sul piano dell'immagine, la RSA è il luogo dove si muore, dove le persone vanno a trascorrere l'ultima fase della loro vita. Anche se negli ultimi anni, in certe regioni d'Italia si è opportunamente valorizzato il ruolo vitale delle RSA (la riabilitazione, i ricoveri temporanei, i centri diurni), è innegabile che l'immagine più forte, e più radicata nell'immaginario collettivo, è quella della casa di riposo come *collo di bottiglia* dell'esperienza terrena, ultima stazione della nostra esistenza. Appare quindi stridente che l'istituto dove si muore sia anche il luogo ove non esiste cultura del morire, con operatori non preparati ad affrontare questa fase della vita. Di fatto, se pensiamo a quanto poco spazio si è dato nei programmi formativi alla cura del dolore ed alle scelte di fine vita (assistenza tecnica e spirituale al malato terminale), non dobbiamo stupirci della diffusa impreparazione. I motivi di questa negligenza formativa probabilmente ci sono, e in qualche caso profondi o incon-

## SPUNTI DI DIBATTITO

sci: si vuole forse, in questo modo, rimuovere la sgradata etichetta di istituti *dove si muore*; non si vogliono affrontare tematiche che impegnano la coscienza o la fede di ciascuno; o forse, più semplicemente, anche le RSA partecipano all'epocale processo di rimozione della morte che colpisce le società sviluppate.

Quali che siano le motivazioni è certo che le RSA, accolgono anziani fragili, con un'età media sopra gli 80 anni ed una sopravvivenza breve dopo il ricovero. Essendo luogo di assistenza, cura e residenza, le RSA non possono più rimanere estranee alla medicina palliativa. "Palliativisti" sono tutti coloro che possono contribuire ad alleviare il dolore: il medico che cura i sintomi, l'infermiera che accudisce il malato, lo psicologo che aiuta la comunicazione, l'assistente sociale che aiuta la famiglia, l'assistente religioso che aiuta a ritrovare il senso della vita e della morte. La valutazione e la cura del dolore, inteso come sofferenza del corpo e della mente, devono entrare nelle case di riposo, insieme alle scelte terapeutiche ed assistenziali che condizionano le ultime fasi della vita (nutrizione, idratazione). Queste scelte vanno supportate da una conoscenza tecnica ed etica e non lasciate, come accade, al caso o all'emergenza, rischiando di rappresentare involontariamente fenomeni di accanimento terapeutico o, al contrario, di eutanasia passiva.

Come introdurre l'hospice nei nostri istituti? Come organizzare gli anziani terminali (per tumore o per altre malattie) e le cure necessarie? L'esperienza USA cui si accennava all'inizio fa riferimento all'hospice come servizio, fornito ai malati terminali su richiesta dello staff della NH (Parker-Oliver, 2002; Zerzan et al., 2000). L'hospice, dunque, come *équipe* di specialisti esterni alla NH, è composta in genere da medico, infermiere, assistente sociale, personale religioso. I risultati sin qui ottenuti sono poco incoraggianti. Il ricorso allo staff dei palliativisti è molto scarso, dall'1 al 5% dei terminali, nonostante una persona su tre ricoverata in RSA muoia entro un anno. La responsabilità è attribuita ad alcuni fattori; in linea generale l'impreparazione ad affrontare le cure di fine vita; più in particolare, la scarsa capacità di valutare il dolore, la necessità di assistenza morale e la difficoltà a capire quando l'ospite ha bisogno di queste cure. Sembra che esista una scarsa propensione, da parte del personale delle NH, a ricorrere allo staff dell'hospice, "a etichettare il malato come terminale" (Parker-Oliver, 2002). Probabilmente, anche nel nostro Paese, dopo la cultura della riabilitazione, deve nascere una cultura della

palliazione. È ancora vero, come diceva F. Bacon, che "i medici devono imparare l'arte di aiutare gli agonizzanti ad uscire da questo mondo con più dolcezza e serenità".

Una seconda modalità di approccio al problema terminalità-case di riposo potrebbe essere l'istituzione, in seno alle RSA, di nuclei speciali dedicati a questi ospiti, con personale formato e ambiente fisico adeguato. In analogia con il modello del Piano-Alzheimer della regione Lombardia, questi nuclei potrebbero diventare luoghi di cura eccellente e inoltre modello di *care* da esportare nel restante ambito della RSA. L'ostacolo maggiore a questa ipotesi ci sembra la percezione negativa da parte dell'utente, che vedrebbe, all'interno di un luogo *dove si va a morire*, un reparto dove ancor più selettivamente sono avviati gli ospiti più vicini alla morte. La RSA, che deve già quotidianamente scontrarsi con pregiudizi culturali duri da superare, dovrebbe confrontarsi anche con questo ostacolo, più forte sul piano culturale che su quello organizzativo-gestionale.

Accanto a queste due ipotesi (hospice come staff esterno/hospice come reparto speciale) si può presentare una terza, che in qualche modo le concilia: l'organizzazione di uno staff di palliazione costituito da personale interno alla RSA che intervenga là dove se ne ravvisa il bisogno. Questa diversa modalità presenterebbe due vantaggi: eviterebbe il ricorso a personale esterno e i conseguenti problemi di resistenza psicologica da parte del personale di RSA; favorirebbe, all'interno dell'istituto, la crescita di una cultura palliativa. A proposito di cultura dell'assistenza al malato terminale, si può affermare che la quotidiana osservazione di approccio del personale a questi malati induce anche a qualche riflessione ottimistica, un po' in controtendenza con le pessimistiche analisi dei nostri colleghi d'oltreoceano. Se è vero che anche nel nostro Paese, manca la cultura della palliazione a tutti i livelli professionali, è altresì vero che nelle nostre RSA è diffusa, nel personale di contatto una sensibilità nei confronti dei malati gravi, talvolta profonda e ricca di connotazioni persino tenere e affettuose. Manca l'impianto di conoscenze teoriche o l'adesione consapevole a procedure e linee-guida, che garantiscano un'efficace e professionale risposta ai bisogni; è presente però, una forte componente umana di sensibilità e attenzione alla persona, che costituisce un'ottima base di partenza.

La morte come *fase da gestire* è ancora assente dal

nostro bagaglio professionale. Quanto siamo lontani, nella nostra agnosia della morte, dalla struggente consapevolezza di Publio Adriano ("...un istante ancora, guardiamo insieme le rive familiari, le cose che certamente non vedremo mai più... cerchiamo di entrare nella morte a occhi aperti". Forse anche noi, pur abituati a lavorare con malati che non guariscono, siamo così impregnati di quella impostazione ideologica che vede la medicina trionfare sulla malattia, da far fatica ad accettare di affrontare le ultime fasi di vita come una transizione da gestire con strumenti tecnici oltre che umani.

L'hospice deve entrare nei nostri istituti per anziani come atmosfera diffusa, attitudine di cura, tecnica capace di conciliare in alto grado qualità umane e competenza professionale. Le modalità con le quali questo processo si realizzerà dipenderanno da orientamenti di politica sanitaria e dalle abilità organizzative e gestionali dei singoli enti. Il compito nuovo delle RSA, oggi, è quello di affiancare alle competenze assistenziali e riabilitative, indirizzate al miglioramento, alla guarigione e al recupero, competenze palliative: ancora una volta alle RSA, un po' casa e un po' ospedale, un po' istituzione e un po' residenza, si chiede la

duttilità organizzativa e culturale necessaria per garantire ai malati terminali di uscire da questo mondo con "dolcezza e serenità".

## BIBLIOGRAFIA

- Cartwright JC. Nursing homes and assisted living facilities as places for dying. *Annu Rev Nurs Res* 2002; 20: 231-64
- Ersek M, Wilson SA. The challenges and opportunities in providing end-of-life care in nursing homes. *J Palliat Med* 2003; 6(1): 45-47
- Miller SC, Mor V. The emergence of Medicare hospice care in US nursing homes. *Palliat Med* 2001; 15(6):471-80
- Parker-Oliver D. Hospice experience and perceptions in nursing homes. *J Palliat Med* 2002; 5: 713-720
- Raudonis BM, Kyba FC, Kinsey TA. Long term care nurses' knowledge of end-of-life care. *Geriatr Nurs* 2002; 23(6): 296-301
- Weitzen S, Teno JM, Fennell M, Mor V. Factors associated with site of death: a national study of where people die. *Med Care* 2003, 41(2): 323-35
- Zerzan J, Stearns S, Hanson L. Access to palliative care and hospice in nursing homes. *JAMA* 2000

## Fattori extraclinici e processi decisionali nelle case di riposo

(dall'articolo di Mitchell et al.: *Clinical and organizational factors associated with feeding tube use among nursing home residents with advanced cognitive impairment. JAMA, 290: 73-80, 2003*)

commento a cura di Marco Trabucchi

Università di Roma Tor Vergata, Gruppo di Ricerca Geriatrica - Brescia

**I**l dibattito sull'adozione di procedure assistenziali razionali, e quindi sull'uso delle risorse, nelle strutture per anziani è sempre molto aperto ed anche la nostra rivista avrà modo in diverse occasioni di occuparsene. Infatti prevalgono atteggiamenti di cura non sempre fondati; è necessario compiere ancora molta strada per arrivare a costruire un panorama di linee-guida e di protocolli che aiutino nei diversi processi decisionali. È una scelta obbligata se si vuole davvero portare le strutture che ospitano anziani ammalati ad un buon livello qualitativo, così come sarebbe richiesto dal progresso culturale, dalla dimensione quantitativa del problema, dal compito di accudimento della parte meno fortunata dei suoi componenti che la società affida alle case di riposo.

Il dibattito è molto intenso in tutto il mondo avanzato ed anche in Italia, come testimoniato dalle proposte che continuano ad essere elaborate per la classificazione degli ospiti, che sono al tempo stesso strumenti amministrativi, ma anche guide per una razionalizzazione dell'assistenza nelle molteplici aree di interesse. D'altra parte, si deve riconoscere che l'evoluzione della domanda (e quindi l'esigenza di risposte adeguate al bisogno di pazienti clinicamente e funzionalmen-

te sempre più compromessi) è avvenuta in maniera così rapida da giustificare l'assenza di un corpo strutturato di norme fondate sull'evidenza e largamente condivise. È già un notevole passo avanti quello compiuto da numerose strutture che hanno riconosciuto l'esigenza di abbandonare l'assoluta autoreferenzialità che ha caratterizzato in passato il loro lavoro, per ricercare modalità standardizzate nei comportamenti clinico-assistenziali. Fino ad ora è mancata anche una pressione civile realmente efficace, in grado di stimolare un'evoluzione positiva della prassi; oggi, invece, anche le sempre più marcate difficoltà economiche concorrono ad una precisa presa di coscienza sulla necessità di adottare procedure razionali e moderne, che sono fonte di risparmio rispetto al raggiungimento di precisi outcome.

Nell'ottica di ricercare una razionalizzazione dei comportamenti assistenziali in casa di riposo (si usa questo termine in maniera generale, pur conoscendone i limiti, per indicare tutte le diverse tipologie che caratterizzano nel nostro Paese l'assistenza continuativa istituzionale alla persona anziana ammalata) è interessante recensire il lavoro indicato nel titolo, perché rappresenta uno dei risultati più maturi del filone di ricerca che parte dalla lettura del presente per identificare i pun-

ti deboli di comportamenti clinico-assistenziali largamente diffusi. L'augurio è che in un futuro non molto lontano anche in Italia potremo disporre di data base come il Minimum Data Set (MDS) americano, fonte importantissima di informazioni per monitorare l'evoluzione del sistema delle residenze per anziani. Appunto su questa raccolta di dati, compiuta in ben 15.135 strutture, si fonda il lavoro di Mitchell et al. che ha identificato le caratteristiche dei pazienti e delle case di riposo che sono associate all'adozione di procedure di alimentazione enterale nei pazienti affetti da gravi disturbi della cognitività. L'interesse del lavoro risiede nel tentativo di identificare i fattori che determinano l'adozione di procedure di alimentazione artificiale, pur in presenza di un'ampia serie di dati empirici e controllati sull'inutilità di tale procedura, da taluni ritenuta addirittura non priva di rischi per lo stesso paziente.

Lo studio è stato fatto dall'équipe di Vincent Mor, studioso ben noto a livello internazionale come uno degli analisti più raffinati della condizione dei residenti nelle Nursing Home degli Stati Uniti. Di tutti gli ospiti esaminati, circa 180.000 erano affetti da una grave compromissione delle funzioni cognitive, accompagnata da problemi nell'ali-

mentazione; di questi ben il 33,8% era alimentato artificialmente. Schematicamente i dati della ricerca indicano una grande variabilità della prevalenza di alimentazione artificiale nelle diverse strutture e nei vari Stati dell'Unione; ciò induce a ritenere che vi sia una serie di fattori esterni alle condizioni del paziente che determinano la frequenza con la quale si adotta l'alimentazione artificiale. Infatti nei pazienti affetti da un disturbo cognitivo in fase avanzata sono indipendentemente associati con una maggior frequenza di alimentazione artificiale l'essere uomo, giovane, il non appartenere alla razza bianca, l'essere divorziato, il non aver predisposto direttive anticipate e l'essere stato colpito da ictus. Per quanto riguarda invece le caratteristiche delle diverse strutture, sono associati ad una più elevata prevalenza di alimentazione artificiale il non disporre di unità speciali per dementi, la localizzazione urbana, l'essere strutture for profit, la mancanza di uno staff stabile medico-infermieristico.

Quali indicazioni si possono trarre dalla lettura di questi dati, che di per sé si presentano sotto una luce del tutto particolare, caratterizzata dall'elevata (o elevatissima) frequenza del fenomeno e da una forte variabilità? Alcune osservazioni si prestano a commenti interessanti; altre invece sono più difficili da analizzare. Vanno però lette nel loro insieme, per costruire un quadro complessivo particolarmente intricato, al cui interno le diverse componenti legate all'ospite, alla cultura dell'ambiente di cura, alle condizioni oggettive della struttura sono difficilmente separabili tra di loro e confermano come le Nursing Ho-

me (così come le nostre case di riposo) sono microcosmi tendenzialmente autoregolati, verso i quali è necessario indirizzare grande attenzione ed impegno di studio e ricerca, per trasformarle in strutture aperte al rapporto con il mondo esterno, con le novità culturali e scientifiche, con gli imperativi etici che si richiamano al riconoscimento del valore e del rispetto della persona, anche quando si trova in condizioni di fragilità e marginalità. La stessa grande variabilità nella decisione di nutrire artificialmente un paziente affetto da una grave demenza denota ad un tempo la mancanza di regole, ma anche il fatto che ogni struttura si autoorganizza e si illude di dare la risposta migliore. Quante volte nella mia lunga frequentazione di questi luoghi mi sono incontrato con la generosità mal riposta di chi credeva di fare il bene del paziente solo realizzando le proprie fantasie, dotate di scarso contatto con la realtà e di ancor più scarso contatto con il minimo di scienza che è possibile realizzare anche all'interno delle case di riposo.

La lettura del lavoro di Mitchell si presta ad alcuni commenti mirati su specifici problemi. Ne riassumiamo alcuni tra quelli che ci sembrano più significativi.

Un primo commento può essere così schematizzato: dove il servizio reso è meno qualificato, in questi stessi luoghi si tende a dare un'alternativa aggressiva e semitecnologica (l'alimentazione artificiale) alla mancanza di un progetto assistenziale articolato, fondato su una cura attenta e intelligente dell'ospite affetto da una grave compromissione cognitiva. Ciò vale per la man-

canza di moduli riservati all'assistenza al demente (le famose *special care units*), per un ridotto numero di operatori sanitari qualificati in staff, per la mancata raccolta di direttive da parte del paziente (indice di una scarsa attenzione al rapporto tra operatori ed ospiti). Questo aspetto si presta a gravi considerazioni rispetto ai tentativi di ridimensionamento delle attività delle case di riposo in atto in molte regioni, a cominciare dalla Lombardia. Dove si taglia su personale e strutture si mette in atto una reazione difensiva – dettata da sensi di colpa più o meno coscienti e più o meno diffusi – che può portare ad interventi sul paziente non sempre necessari o razionali. Si tenga conto, inoltre, di comportamenti indotti da esigenze puramente economiche: costa meno l'alimentazione enterale che non le risorse umane dedicate ad un imboccamento lento e faticoso. Si aggiunga anche il fatto che il sistema americano di Medicaid prevede un rimborso più elevato per pazienti alimentati artificialmente; la tendenza – soprattutto nelle strutture profit – potrebbe essere quella di ricorrere all'alimentazione artificiale in assenza di un vero bisogno (peraltro tutto da dimostrare anche in condizioni di particolare gravità). Chiaramente sarebbe necessario implementare anche nelle case di riposo sistemi rigidi di controllo dell'appropriatezza, come avviene in molti ospedali per il pagamento a DRG (si pensi, ad esempio, al rimborso elevatissimo previsto per una tracheostomia, che potrebbe indurre qualche amministratore ospedaliero a suggerire ai suoi medici una certa ...larghezza di vedute rispetto all'eventualità di fare qualche tracheostomia solo

marginalmente indispensabile!). Infine la ricerca dimostra che nelle case di riposo americane vi è la tendenza ad instaurare con maggiore frequenza l'alimentazione artificiale negli ospiti non di razza bianca. Perché? È la reazione ad un senso di colpa verso le altre razze, troppo spesso private di adeguati sistemi di protezione della salute? Oppure è una richiesta che proviene dai pazienti e dai loro medici,

che ripongono una fiducia eccessiva e altrettanto non fondata nella tecnologia (evidente conseguenza di un certo sottosviluppo culturale)? Oppure è la conseguenza di una diversa visione della vita e della morte che caratterizza il modo di vivere delle popolazioni non bianche? Queste sono solo alcune delle considerazioni che potrebbero essere dettate dalla lettura dell'arti-

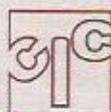
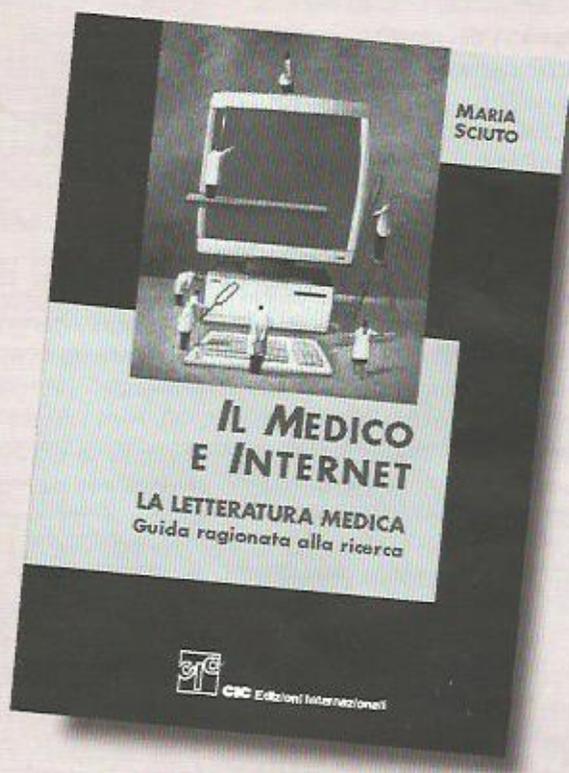
colo di Mitchell et al.; a noi non resta che l'impegno ad estendere queste ricerche anche nel nostro mondo, per riceverne indicazioni importanti al fine di migliorare la *care* in ambienti difficili e complessi come sono le case di riposo. In un momento di particolare difficoltà del comparto (una crisi di crescita?), una risposta colta di ricerca è l'unica possibile alternativa alla lenta decadenza.

M. Sciuto

## IL MEDICO E INTERNET

La lettura medica  
Guida ragionata  
alla ricerca

Volume di 92 pagine,  
brossurato  
f.to cm 17x24 - € 15,49



**CIC** Edizioni Internazionali

## Cento anni di... garza iodoformica

Alberto Apostoli<sup>1,2</sup>, Raffaele Attolini<sup>2</sup>, Andrea Bellingeri<sup>2</sup>, Aldo Calosso<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia, <sup>2</sup>A.I.S.Le.C., <sup>3</sup>D.A.I.

Uno dei temi più discussi (Di Giulio, 2001) e allo stesso tempo maggiormente controversi nel campo dell'assistenza infermieristica (Clay, 1999) è la cura delle lesioni cutanee (*wound care*). Nonostante le consolidate conoscenze circa il meccanismo di riparazione dei tessuti che richiede un micro-ambiente umido (Odland, 1958; Winter, 1962; Hinman e Maibach, 1963) l'utilizzo di garze asciutte è ancora diffuso sia in Italia (A.I.S.Le.C., 1996) che in altri Paesi (Ferrel et al., 2000). La diffusione delle medicazioni asciutte per la cura delle lesioni lascia "sgomenti" alcuni Autori (McLellan, 1993). In una revisione sistematica del Joanna Briggs Institute (un gruppo di infermieri che si occupa di *Evidence Based Nursing*, [www.joanna-briggs.edu.au/](http://www.joanna-briggs.edu.au/)) si afferma che: "considerando i vantaggi delle medicazioni che garantiscono un ambiente umido è sorprendente che vi siano ancora esitazioni nel trattamento delle lesioni cutanee. È inoltre sorprendente che la medicazione con garza asciutta sia ancora proposta come alternativa" (JBIEBNM, 2001). Tra le medicazioni "asciutte", la garza iodoformica è ancora molto utilizzata. Circa le motivazioni di questa scelta bisogna rifarsi ai diversi "pareri", in quanto non esiste una chiara indicazione terapeutica all'utilizzo. Alcuni colleghi sostengono che "va bene per pulire" le lesioni in presenza di fibrina o ne-

### Tabella 1

#### Alcuni principi da rispettare nella scelta della medicazione

1. Mantenere un ambiente umido
2. Controllare l'essudato in eccesso
3. Permettere lo scambio dei gas
4. Favorire l'isolamento termico
5. Proteggere da contaminazioni (es., feci e urine)
6. Non contenere principi tossici
7. Ridurre il trauma dei tessuti al cambio della medicazione.
8. Essere confortevoli
9. Ridurre la frequenza dei cambi
10. Conformarsi alle superfici irregolari

croci; altri ritengono che "stimola la granulazione nelle lesioni profonde" (lesioni di III e IV stadio). Altri ancora affermano che è utile per le cosiddette "zaffature", ovvero per riempire le lesioni cavitari, o per una presunta azione "disinfettante" sulla lesione.

Rispettosi delle singole opinioni, ma orientati sempre più a garantire al cittadino un'assistenza che utilizzi le prove di efficacia disponibili abbiamo cercato sulle banche dati bio-mediche più conosciute ([www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov), 2003; [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com), 2003; [www.cinahl.com](http://www.cinahl.com), 2003; [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov), 2003; [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org), 2003; [www.toxnet.nlm.nih.gov](http://www.toxnet.nlm.nih.gov), 2003) quali studi avessero valutato l'efficacia della garza iodoformica nella cura delle lesioni.

La ricerca non è stata lunga e in un certo senso anche fruttuosa. Non

abbiamo trovato alcuno studio clinico randomizzato e controllato (RCTs) che dimostri l'efficacia della iodoformica. Questo tipo di studi è attualmente considerato la prova migliore (si parla di "gold standard") per dimostrare l'efficacia di un qualunque trattamento, sia esso un farmaco sia un intervento assistenziale (AHCPR, 1992; AHCPR, 1994).

Poiché la iodoformica non risponde ad alcuno dei principi scientifici (Tabella 1) e mancano "prove di efficacia", il suo utilizzo andrebbe abbandonato.

Tanto più in considerazione del fatto che, allargando la ricerca per vedere se altri tipi di studi erano riportati a sostegno della iodoformica, siamo risaliti a una serie di lavori che denunciano, non tanto l'efficacia, ma la potenziale tossicità di questa medicazione. Il primo ar-

titolo (Muir, 1903), forse in assoluto uno dei più vecchi scritti sull'argomento, è stato pubblicato nel 1903 dalla prestigiosa rivista *The Lancet*. Fa una certa impressione leggere le osservazioni cliniche di un chirurgo che cent'anni fa non aveva a disposizione nulla se non pochissimi strumenti di diagnosi. Si trattava di un ampio ascesso definito "non tubercolare" sul polpacchio e sulla coscia destra in un giovane di 35 anni in buone condizioni generali. Durante l'intervento per posizionare un drenaggio, la cavità venne zaffata con iodoformica. I segni e i sintomi rilevati suc-

cessivamente dal chirurgo e associati all'uso di questa medicazione furono tachicardia, nausea, vomito, febbre, tachipnea, disturbi dello stato di vigilanza. È probabilmente il primo caso di intossicazione da iodoformica riportato in letteratura. Nel 1992, altri Autori (Harry et al., 1992) che lavoravano presso un Centro Antiveneni francese segnalano tre casi di intossicazione dovuta all'uso di garza allo iodoformio al 10% su lesioni estese. Vennero riferiti sintomi neurovegetativi (tachicardia, vomito), allucinazioni e un caso di stato comatoso. Dopo un periodo di so-

spensione della medicazione da 3 a 8 giorni, i sintomi regredirono. Gli Autori suggerirono che il problema della tossicità della iodoformica è misconosciuto se si valuta la rarità delle pubblicazioni relative ad intossicazione in rapporto alla quantità di iodoformica venduta. Nel 1994 altri Autori (Martins et al., 1994) riportarono un caso di tossicità causata da una medicazione con garza iodoformica al 5% utilizzata come tampone chirurgico per fermare un'emorragia in cavità pelvica, conseguente alla resezione di un adenocarcinoma del retto. Gli Autori conclusero che

## INTOSSICAZIONE DA IODOFORMICA: LA DIFFICOLTÀ NELL'INTERPRETARE SEGNI E SINTOMI

Virginia Pinsi, infermiera, Azienda Spedali Civili di Brescia

Non sempre i segni di intossicazione da iodoformica sono così chiari come quelli descritti negli articoli trovati. Nell'assistenza quotidiana ci può capitare di trovarci di fronte a persone medicate con iodoformica e che presentino quadri clinici non proprio "da manuale".

La signora Maria Rossi (il nome è di fantasia) ha 48 anni. Ha subito un intervento per il posizionamento di mezzi di sintesi in conseguenza alla frattura del ginocchio sinistro dovuta ad un incidente stradale. Tempo dopo l'intervento, la sintesi metallica si è infettata e ha provocato una osteomielite del ginocchio (isolato *stafilococco epidermidis* da tampone colturale). Le sono stati rimossi parzialmente i fissatori. La ferita chirurgica conseguente all'intervento non si è più rimarginata e nel tempo si è fistolizzata. La signora presenta febbre persistente. Il trattamento sistemico prevede la somministrazione di antibiotico per via endovena; il trattamento locale della lesione viene effettuato con zaffature di garza iodoformica due volte al giorno (1 confezione da 1 cm lunga 5 m). Maria, dopo la medicazione, riferisce forti dolori al ginocchio e necessita di assumere 3 compresse/die di ketoralac trometamolo 30 mg (Tora-Dol®). Oltre al dolore forte, riferisce nausea trattata con farmaci ed è tachicardica anche quando è sfebbrata. In un primo tempo, segni e sintomi associati ad un eritema diffuso al tronco vengono attribuiti al trattamento antibiotico. Viene trasferita ad un reparto di Malattie Infettive per osteomielite post-chirurgica al ginocchio sinistro. Si prosegue la terapia antibiotica, mentre la medicazione con iodoformica viene sostituita con garza di cotone imbevuta di soluzione di Ringer Lattato coperta da una medicazione semipermeabile di poliuretano. Nel giro di due giorni la signora non necessita più di antidolorifico e la nausea regredisce fino a scomparire. Anche l'eritema scompare nel giro di breve tempo e il battito cardiaco si normalizza. L'analisi dello iodio nelle urine, eseguita qualche giorno dopo che la medicazione era stata sospesa, risulta nella norma (58 µg/l, range 20-200 µg/l). Sulla sua cartella clinica comparirà la diagnosi: "intolleranza alla garza iodoformica".

nonostante il frequente uso di iodoformica in ambito chirurgico, i segni e i sintomi dell'intossicazione da iodoformica possono essere facilmente confusi con quelli di altre sindromi, affermando che l'intossicazione non era un evento raro, ma probabilmente poco identificato.

Nel 1997 ancora su *The Lancet*, altri Autori (Yamasaki, 1997) riferiscono un identico caso: in paziente di 66 anni con un ascesso "zaffato" con iodoformica presentava sintomi inizialmente incomprensibili, come allucinazioni, agitazione psicomotoria, linguaggio incoerente. Alla Tc encefalo non si evidenzia-

vano alterazioni tali da giustificare i sintomi, che non regredivano con la somministrazione di aloperidolo prescritto dallo psichiatra. Quando sorse il sospetto di un'intossicazione da iodoformica venne dosato il livello di iodio nel plasma che risultò pari a 471  $\mu\text{g}/\text{dl}$  (la concentrazione normale è di 4-9  $\mu\text{g}/\text{dl}$ ). La medicazione venne sospesa e in seguito il delirio scomparve col diminuire del livello di iodio nel plasma.

Il percorso descritto nell'ultimo articolo, (Tada, 2002) è simile ai precedenti: un uomo di 76 anni con paralisi sopranucleare ha sviluppato perdita di conoscenza in

seguito al trattamento di una lesione da decubito sacrale con garza iodoformica. Il paziente era in stato comatoso e tachicardico. Le pupille erano miotiche e ariflessiche. L'EEG mostrava un'alterata attività delle onde elettromagnetiche. La concentrazione plasmatica di iodio libero elevata (151  $\mu\text{g}/\text{dl}$ ), ma altri indici di laboratorio, inclusi quelli relativi all'attività della tiroide nella norma. Venne diagnosticata un'intossicazione da iodoformio, con scomparsa dei sintomi e normalizzazione dei parametri di laboratorio dopo la rimozione della medicazione. Lo studio conclude che, sebbene la iodoform-



### COS'È L'A.I.S.LE.C. E COSA FA ([www.aislec.it](http://www.aislec.it))

L'Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee è stata fondata nell'anno 1993 da un gruppo di infermieri professionali. Nella sua costituzione risulta essere apolitica e senza fini di lucro. Attualmente lo studio e la ricerca si è ampliata, coinvolgendo sia gli aspetti preventivi che curativi di tutto il settore della riparazione tissutale: lesioni da decubito, lesioni vascolari degli arti inferiori e ustioni, lesioni al piede, ecc.

Fin dalla costituzione l'Associazione si è prefissata gli obiettivi di promozione della qualità dell'assistenza attraverso lo studio, la ricerca e l'aggiornamento adottando riferimenti scientifici provenienti ed elaborati in Italia ed all'estero, diffondendo linee-guida ed enunciati accreditati in letteratura, al fine di correggere gli atteggiamenti degli operatori sanitari.

Le attività promosse dalla fondazione e realizzate in ambito formativo e di aggiornamento sono sviluppate su tre livelli: dalla formazione di base sviluppata in modo itinerante, con l'obiettivo di uniformare le conoscenze sulle modalità di valutazione, di profilassi e trattamento delle lesioni da decubito e lesioni di origine vascolare; dall'aggiornamento su tematiche particolari con approfondimenti utili agli associati per migliorare il loro approccio al paziente; alla formazione di massimo livello realizzata in ambito universitario (in collaborazione per il nono anno con l'Università di Modena dal 1994 e l'Università Bicocca di Milano dal 2000), dando la possibilità a colleghi di diventare effettivamente esperti in *wound-care* e fungere quindi da riferimento all'interno delle proprie strutture sanitarie.

AISLeC. (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee) Via Flarer, 6 - 27100 Pavia - tel. 0382/422133 — fax 0382/523203

## LETTERATURA E RECENSIONI

mica sia stata ampiamente utilizzata nel trattamento delle lesioni, sono pochi i casi in cui vengono riportati i suoi effetti collaterali, come *delirium*, cefalea e tachicardia, specialmente in rapporto all'uso ricorrente di questo presidio. Infine, nel giugno di quest'anno, a cento anni dal primo articolo su *Lancet*, in una revisione relativa alle medicazioni adatte per la gestione delle lesioni chirurgiche cavitare (asportazione di cisti voluminose, ascessi, ecc.) si sottolinea come l'utilizzo di garze asciutte, anche se impregnate con antisettici, vada evitato (E. Bethell).

## CONCLUSIONI

Attualmente non vi è alcuna prova di efficacia relativa alla iodoformica nell'ambito della cura del paziente con lesioni cutanee. Esistono al contrario studi che dimostrano la potenziale tossicità del prodotto. Utilizzare la iodoformica risulta una scelta basata sulla "tradizione" e sull'autoreferenzialità; il suo utilizzo è da relegare tra i miti e i riti (non solo infermieristici) che costellano la cura delle lesioni cutanee.

## BIBLIOGRAFIA

- AHCPR. Treatment of pressure ulcers. Publ. n. 95-0052-Dic 1994.
- A.I.S.Le.C. Ausili e presidi per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito. Ricerca Multicentrica, 1996.
- Bethell E. Why gauze dressing should not be the first choice to manage most acute surgical cavity wounds. *Journal of Wound Care* 2003; 12(6): 237-239.
- Clay M. Neglected areas: dental health, foot care and skin care (in) *Healthy Ageing: Nursing Older People*. London, Harcourt Publisher 1999.
- Di Giulio P. Le prove di efficacia per l'assistenza infermieristica. *Assistenza infermieristica e ricerca* 2001; 20 (3):122-125.
- Ferrel BA, Josephson K, Norvid P, Alcorn H. Pressure ulcers admitted to home care. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:1165-1166.
- Harry P, Bouachour G, Tirot P, Chennebault JM, Cailleux A, Allai P, Alquer P. Iodoform poisoning, 3 cases. *J Toxicol Clin Exp* 1992; 12(1):35-42.
- Hinman CD, Maibach H. Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds. *Nature* 1963; 200:377-378.
- JBIEBNI. Post Harvest Management of Split Thickness Skin Graft Donor Sites. A Systematic Review Number 13; 2001.
- Martins CA, Velasco ED, Garcia JA, Caetano R. Poisoning caused by external use of iodoform. *Rev Hosp Clin Fac Med San Paulo* 1994; 49(4):177-8.
- MacLellan D. Wound Foundation of Australia. Primary intention. 1993;1(1):14-5.
- Muir AH. A case of iodoform poisoning. *Lancet* 1903; i: 960.
- Odland G. The fine structure of the interrelationship of cell in the human epidermis. *J Biophys Biochem Cytol* 1958; 4: 529-535.
- Tada M, Tada M, Ishiguro H, Hirota K. Consciousness disturbance caused by iodoform absorption in a patient with decubitus ulcer topically treated with iodoform-gauze. *No To Shinkei* 2002 Dec; 54(12):1051-4.
- Yamasaki K, Morimoto N, Gion T, Yanaga K. Delirium and a subclavian abscess. *Lancet* 1997 Nov 1; 350(9087):1294.
- Winter GD. Formation of scab and the rate of epithelialization of superficial wound in the skin of the young domestic pig. *Nature* 1962;193:293-294.

[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)  
consultato il 19/04/2003

[www.elsevier.com](http://www.elsevier.com)  
consultato il 19/04/2003

[www.cinahl.com](http://www.cinahl.com)  
consultato il 19/04/2003

[www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)  
consultato il 19/04/2003

[www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)  
consultato il 19/04/2003

[www.toxnet.nlm.nih.gov](http://www.toxnet.nlm.nih.gov)  
consultato il 19/04/2003

## RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia la dottoressa Chiara Benedetti, e il personale della Biblioteca Medica dell'Azienda Spedali Civili di Brescia per la preziosa e indispensabile collaborazione.

Si ringrazia Claudia Caula, infermiera, per l'aiuto nella traduzione dei testi originali.

## Le famiglie degli anziani: elementi per un dibattito

Carla Facchini

Facoltà di Sociologia, Università di Milano Bicocca

### LE TIPOLOGIE FAMILIARI IN ITALIA

Gli ultimi decenni hanno visto forti mutamenti delle strutture familiari che si sono tradotti, in generale, in una riduzione del numero dei componenti delle famiglie e, in particolare in un aumento di single.

Per cogliere alcuni dei tratti più significativi delle famiglie di oggi, utilizzeremo i dati emersi dall'ultima Indagine Multiscopo condotta dall'Istat nel 1998-2000. Si tratta di una ricerca molto ampia, che ha riguardato oltre 55.000 soggetti, appartenenti a 20.000 famiglie, e che tratta di numerosi aspetti della vita quotidiana, dalle caratteristiche socio-culturali, alle tipologie familiari, dalle reti di relazioni familiari e amicali, ai consumi culturali, dalle condizioni economiche a quelle di salute. Dai dati emerge che la maggior parte delle persone (59,6%) vive in una famiglia caratterizzata dalla presenza dei genitori e dei figli, il 14,4% vive in coppia, il 6,6% in una famiglia mono-genitoriale, il 10,7% in una famiglia estesa. Modesta, pari all'8,5% appare dunque la quota di chi vive solo.

Se però si considera la sola popolazione anziana<sup>1</sup>, i dati appaiono ben diversi: diminuisce infatti la quota di chi vive con il coniuge e i figli (19,9%), mentre aumenta la quota di chi vive con il solo partner (37,3%) e di chi vive solo (22,3%). Si deve inoltre notare che la quota di anziani "soli" aumenta nelle regioni settentrionali e nelle grandi città: in particolare, a Milano, tale quota raggiunge il 30%. Vale a dire che, in Lombardia, sono circa 500.000 gli anziani che vivono soli, di cui circa 90.000 a Milano.

Rilevanti sono le differenze a seconda del sesso e della

classe di età. La quota di chi vive con il partner, con o senza figli, diventa maggiore da un lato per gli uomini (74,9% contro il 43,8% delle donne), dall'altro per le persone meno anziane (65,2% dei sessanta-sessanta-quattrenni contro il 39,4% dei più anziani) mentre, al contrario, la quota di chi vive da solo aumenta tra la popolazione femminile (31% contro il 10,9% degli uomini), e tra i grandi anziani (34,7% contro il 16,7% dei sessantenni).

Inoltre, mentre tra i "giovani anziani" aumenta la quota di chi vive, oltre che con il coniuge, con i figli non sposati, tra i "grandi anziani" aumenta la quota di chi vive nella famiglia di figli sposati. Il primo dato rimanda ai mutamenti in atto in tema di matrimonio da parte delle giovani generazioni, ovvero alla minor propensione allo stesso e allo slittamento in avanti dell'età in cui ci si sposa; il secondo dato è invece riconducibile a condizioni di vedovanza o di ridotta autosufficienza dell'anziano. Si tratta quindi di tipologie familiari del tutto difformi: nel primo caso è la famiglia "anziana" ad accogliere, ancora, al suo interno i figli non sposati; nel secondo caso è invece l'anziano ad essere accolto nella famiglia dei figli.

Le differenze vengono poi enfatizzate se si considera la tipologia per sesso ed età. Se tra gli uomini meno anziani vive in coppia, con o senza figli, il 77%, tra le donne più anziane si scende al 22,3%; se tra i primi vive da solo il 9% tra le seconde si sale al 45,3%; infine, a vivere solo con figli non sposati sono rispettivamente il 3,3% e l'11,7%, a vivere nella famiglia di figli sposati l'1,6% e il 12,5%.

<sup>1</sup> I soggetti con almeno 60 anni sono oltre 12.000, pari al 21,9% del campione complessivo.

## FAMIGLIA E VOLONTARIATO

La mancanza di un proprio nucleo familiare e una condizione di vita quotidiana segnata dalla solitudine, o almeno da una solitudine "anagrafica", risulta quindi essere una caratteristica che connota frequentemente la popolazione anziana femminile, solo occasionalmente quella maschile. Gli uomini, in parte perché hanno livelli di longevità inferiori a quelli femminili<sup>2</sup>, in parte perché sono mediamente tre, quattro anni più giovani delle loro mogli, vivono quasi sempre all'interno di un nucleo familiare di coppia in cui possono trovare non solo un supporto affettivo, ma anche un forte sostegno concreto per la vita quotidiana, dato che è la moglie ad essere di norma titolare delle incombenze domestiche e familiari.

### LA FAMIGLIA DELL'ANZIANO "MALATO"

Il tema della tipologia familiare assume un rilievo peculiare nelle situazioni in cui si registra l'insorgenza di patologie o un declino dell'autosufficienza e in cui quindi i soggetti hanno maggiormente bisogno del supporto di altri per far fronte alle diverse esigenze della quotidianità. Per verificare se tali problematiche trovino o meno un supporto all'interno del proprio nucleo familiare utilizzeremo sia i dati dell'indagine Istat, sia i dati emersi da una ricerca condotta nella provincia di Milano.

Consideriamo anzitutto quale sia la tipologia familiare degli anziani a seconda delle condizioni di salute, utilizzando come indicatore delle stesse l'autovalutazione complessiva<sup>3</sup>. I dati Istat rilevano che proprio tra quanti valutano negativamente le proprie condizioni di salute è più consistente la quota di *single* (il 25,1% contro il 21,2%); in particolare, emerge che il 23% delle donne con almeno 75 anni è "sia" sola, "sia" in cattive condizioni di salute (contro il 7% riscontrato nella popolazione maschile di età corrispondente); sul versante opposto, corrispondente a soggetti in "buone" condizioni di salute e che vivono "in famiglia", rientrano invece, sempre tra gli ultrasettantacinquenni, il 43,4% degli uomini ed il 25,5% delle donne.

Analoghi sono gli andamenti che emergono dai dati della ricerca condotta in Provincia di Milano (Facchini,

2002): tra gli ultrasettantacinquenni con livelli di autonomia bassi o molto bassi, vive nella famiglia di elezione, composta dal partner e in non pochi casi anche dai figli non ancora coniugati, oltre il 60% degli uomini, poco più del 10% delle donne; è solo meno del 20% degli uni, oltre il 40% delle altre; infine, vive in qualità di membro aggregato nella famiglia di un figlio o di una figlia coniugati meno del 2% e oltre il 20%, rispettivamente.

Entrambe le ricerche evidenziano dunque che, specie per le donne, la condizione di solitudine permane anche in presenza di una ridotta autosufficienza e di problemi clinici.

Nello stesso tempo, la situazione di solitudine tende ad incidere sulle stesse condizioni economiche della popolazione anziana, soprattutto su quella femminile. In effetti, se la popolazione anziana non è considerata nel suo complesso, una popolazione a forte rischio di povertà, ben diversa è la situazione degli anziani soli, specie se donne. Le donne infatti hanno spesso avuto una presenza saltuaria o non "garantita" nel mercato del lavoro, o, se occupate stabilmente hanno svolto mansioni meno qualificate e meno retribuite<sup>4</sup>. Se, per quante vivono "in famiglia" la limitatezza del reddito personale può essere compensata dal reddito degli altri componenti del nucleo, *in primis* del marito, ciò non avviene quando vivono sole: in questo caso l'unico reddito sul quale poter contare è il proprio che, però, è spesso modesto, come testimonia il fatto che oltre il 70% delle pensioni sociali e il 90% di quelle di reversibilità sono a titolarità femminile (Facchini, 2000).

### TIPOLOGIE FAMILIARI E STRATEGIE DI FRONTEGGIAMENTO

Rispetto a questo quadro, segnato spesso da una multi-problematicità (economica e sanitaria) degli anziani "soli", si tratta di verificare quali siano le risorse utilizzate sia per fronteggiare i diversi problemi posti dalla gestione della casa e della persona, sia in termini affettivi-relazionali.

Anzitutto, occorre sottolineare che, nella maggior parte dei casi, forti continuano ad essere vicinanza e

<sup>2</sup> È appena il caso di ricordare che, in Italia, la speranza media di vita è attualmente attorno ai 74 anni per gli uomini, a 81 per le donne.

<sup>3</sup> Il campione è composto da 3.997 uomini e 4.459 donne di 60-74 anni e da 1.404 uomini e 2.329 donne di 75 anni e oltre.

<sup>4</sup> Situazione questa, dovuta anche al fatto che, fino agli anni '70, le donne avevano assai minore accesso alla scolarità superiore e più spesso erano prive di titolo di studio.

relazioni con la famiglia "allargata", composta da quei parenti con cui "non" si convive (in particolare figli, fratelli e sorelle). In generale, i dati Istat rilevano infatti che il 30% di anziani ha almeno un figlio (non convivente) che vive nello stesso condominio, il 22% almeno un figlio che vive nello stesso quartiere e il 18% almeno un figlio che vive nello stesso Comune. Tale vicinanza si traduce in una consistente frequenza delle relazioni: oltre il 40% di anziani vede almeno un figlio (non convivente) tutti i giorni, un altro 20% tutte le settimane. Se poi consideriamo solamente quanti vivono soli, i dati evidenziano sia una maggior presenza di situazioni di vicinanza, sia una maggior presenza di rapporti quotidiani. In particolare, per quanto riguarda la vicinanza, la quota di chi ha almeno un figlio che vive nello stesso condominio sale al 34%, mentre analoghi sono i dati relativi a chi ha un figlio nello stesso quartiere (22,5%), o nello stesso Comune (19%). Soprattutto, tra i single, aumenta la quota di chi vede almeno un figlio tutti i giorni: oltre il 50% vede almeno un figlio tutti i giorni, oltre il 30% almeno una volta alla settimana; del tutto analoghi i valori relativi alla frequenza con cui si hanno contatti telefonici.

Ne consegue che, nella maggior parte dei casi, la mancanza di un nucleo di appartenenza anagrafica è compensata, almeno in parte, dalla presenza di uno o più nuclei familiari di riferimento. Preme inoltre sottolineare che la densità dei rapporti appare maggiore nel caso in cui ci siano figlie femmine: in questo caso sia le visite che le telefonate sono infatti più frequenti; in particolare visite e telefonate quotidiane aumentano di quasi 10 punti percentuali.

Nello stesso tempo, consistenti appaiono gli aiuti tra genitori anziani e figli adulti: se nelle età più anziane i genitori trovano sostegno nei figli, fino ai 70-80 anni sono invece i genitori il polo attivo della relazione di aiuto, sia in termini di cura per i nipotini o di sostegno per il ménage quotidiano, sia in termini di supporto economico alla nuova coppia al momento della sua costituzione (esemplare è l'aiuto dato nell'acquisto dell'abitazione).

## TRA INTEGRAZIONE E PROBLEMATICITÀ

Sempre più, come testimoniano anche questi dati, la condizione anziana è caratterizzata da una molteplicità di situazioni, prodotte dai diversi intrecci tra i principali elementi di fondo: condizioni di salute, situazione eco-

Tabella 1 Tipologia fam.\* Età\* sesso

Sesso		60-74	75 e +	60 e +
U	Soli	9,0	16,0	10,9
	coppia	42,4	57,1	46,3
	coppia+figli	34,6	12,1	28,6
	monogenit.	2,6	1,7	2,4
	fam. estese	11,5	13,0	11,9
			100,0%	100,0%
D	soli	23,3	45,3	31,0
	coppia	36,4	19,5	30,5
	coppia+figli	19,0	2,8	13,3
	monogenit.	9,2	8,0	8,8
	fam. estese	12,2	24,4	16,5
			100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione autonoma dati Istat

nomica, tipologia familiare. Certo, esistono dei tratti comuni, o meglio, comune è un elemento di "fragilità" ma sempre meno la popolazione anziana può essere considerata omogeneamente problematica né per quanto riguarda la povertà, né per quanto riguarda la malattia, né per quanto riguarda la solitudine; "a rischio" appare invece soprattutto la popolazione femminile, che spesso associa, specie nelle età più avanzate, malattia, povertà, solitudine.

In particolare, per quanto riguarda l'inserimento familiare, i dati disegnano una situazione che vede la maggior parte degli anziani sostanzialmente integrata nella rete di relazioni familiari e sociali: oltre i due terzi degli anziani ha rapporti sistematici con figli e nipoti e consistenti risultano le relazioni sia con gli altri componenti della parentela, in primis fratelli e sorelle, sia con amici e amiche.

A fronte di una situazione complessiva caratterizzata da un buon inserimento sociale e familiare, si stagliano però anche situazioni di ridotta integrazione, se non di vero e proprio isolamento. A rischio sono soprattutto le persone che meno possono contare sulla rete familiare, ossia le persone non coniugate senza figli e senza fratelli o sorelle, specie se abitano nei centri storici o nell'hinterland delle grandi città, ossia in quei contesti caratterizzati da una difficoltà a muoversi sul territorio, sia per le lunghe distanze, sia per i minori livelli di sicurezza personale.

Infine, un ruolo notevole è svolto dal peggioramento

**Tabella 2** Percentuale di soggetti in cattive condizioni di salute e che vivono soli sul totale della popolazione di riferimento<sup>5</sup>

	<b>Uomini 60-74 anni</b>	<b>Donne 60-74 anni</b>	<b>Uomini 75 anni e più</b>	<b>Donne 75 anni e più</b>
Buone condizioni di salute e "in famiglia"	58,8	40,8	43,4	25,5
Cattive condizioni di salute e "soli"	3,2	12,9	7,2	23,0

Fonte: elaborazione autonoma dati Multiscopo Istat

**Tabella 3** Valutazione condizioni economiche Popolazione anziana \* Tipologia familiare dicotomizzata e sesso

	<b>Uomini "non" soli</b>	<b>Donne "non" sole</b>	<b>Uomini soli</b>	<b>Donne sole</b>	<b>60 e +</b>
Molto	2,4	2,0	2,8	2,5	2,3
Abbastanza	52,6	53,1	51,0	48,0	52,0
Poco	36,6	36,0	36,1	38,8	36,7
Per niente	8,4	8,9	10,1	10,7	9,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	21,2

Fonte: elaborazione autonoma dati Istat

delle condizioni di salute e dal verificarsi di condizioni di ridotta autosufficienza: questi fattori tendono a comportare da un lato un rafforzamento delle relazioni con i familiari, dall'altro un affievolimento delle relazioni amicali. In molti casi quindi l'isolamento sociale si intreccia con una problematicità sanitaria e con una ridotta autosufficienza con un effetto complessivo di potenziamento del disagio: se la malattia e ancor più una ridotta autosufficienza influiscono negativamente sulla possibilità di avere rapporti sociali, un ridotto inserimento sociale tende, a sua volta, a comportare un peggioramento del vissuto soggettivo delle proprie condizioni di salute. In questo quadro, è importante rimarcare che la malattia non incide solo sul soggetto direttamente colpito, ma anche sui suoi familiari, specie per quelli maggiormente coinvolti nell'assistenza. Come testimoniano numerose ricerche, i familiari *care-givers* da un lato vedono ridursi la propria vita sociale e, dall'altro, devono far fronte a crescenti domande di supporto

relazionale da parte della persona ammalata, per la quale essi tendono a costituire l'unico rapporto sociale. Come facilmente intuibile, tale compito è ancora più oneroso se il reddito complessivo è modesto e se non esistono politiche pubbliche di sostegno.

Nello stesso tempo, i dati sovraesposti suggeriscono che se è l'uomo ad essere malato esso trova sostegno nella famiglia di appartenenza, sia in quanto è spesso inserito in un rapporto di coppia, sia in quanto la moglie è, di norma, in grado e disponibile a prendersi cura delle aumentate esigenze; se invece è la donna a versare in situazioni di necessità di aiuto, minore è la probabilità di contare su di un sostegno familiare, sia in quanto più frequentemente vive da sola, sia in quanto il partner appare meno disponibile a fronteggiare la nuova situazione.

Se la famiglia sembra quindi costituire una "risorsa" più per gli uomini anziani che per le donne, quello che maggiormente importa sottolineare è che l'apparte-

<sup>5</sup> Il campione è composto da 3.997 uomini e 4.459 donne di 60-74 anni e da 1.404 uomini e 2.329 donne di 75 anni e oltre.

nenza, e ancor più la "mancata" appartenenza familiare giocano un ruolo fondamentale nei processi di istituzionalizzazione.

Considerando i dati censuari del 1991, risulta infatti che il tasso di anziani residenti in Istituto dipende certo dall'età (dato che passa dallo 0,2% degli uomini e dallo 0,16% delle donne di 60-64 anni, rispettivamente allo 0,45% e al 0,60% per i settanta-settantaquattrenni, al 1,68% al 3,09% per gli ottanta-ottantaquattrenni, al 4,56% al 9,09% per gli ultranovantenni), ma dipende in modo altrettanto forte dallo stato civile: complessivamente passa infatti dallo 0,06% degli uomini e dallo 0,07% delle donne coniugate, rispettivamente all'1,48% e allo 0,83% di separati e divorziati, al 2,35% e all'1,82% dei vedovi, al 3,5% e al 4,19% per celibi e nubili (Bonarini, 2002).

Vale a dire che, in Italia, il tasso di istituzionalizzazione è stato finora modesto "anche" perché la maggior parte di anziani è costituita da persone che si sono sposate, hanno avuto strutture familiari stabili e, di norma, più figli. Ma i mutamenti in atto sia in termini di instabilità matrimoniale, sia, ancor più, in termini di modelli procreativi<sup>6</sup> fanno prevedere una contrazione delle reti

familiari e, quindi, una tendenziale minore possibilità degli anziani non autosufficienti di trovare risposte alle loro necessità di sostegno e di cura all'interno della rete familiare: fanno prevedere dunque una maggior domanda di supporto pubblico, vuoi di tipo domiciliare, vuoi di tipo residenziale.

Per tale motivo, sia per i decisori politici che per i responsabili dei servizi, risulterà sempre più rilevante, assieme all'analisi delle condizioni di salute e dei livelli di autosufficienza, lo studio e il monitoraggio dei mutamenti delle tipologie e dei sistemi di solidarietà familiari.

## BIBLIOGRAFIA

Bonarini F., Anziani nelle case di riposo, in *Polis*, n. 2, 2002

Facchini C., Anziani e famiglia: nuove reti, nuove solitudini, in *AAVV, Anziani. Tra bisogni in evoluzione e risposte innovative*, Angeli, Milano, 2002

Facchini C., Storia lavorativa, storia familiare e povertà nelle donne anziane, *Inchiesta*, Numero monografico "Povertà delle donne e trasformazione dei rapporti di genere", n. 128, aprile-giugno 2000

<sup>6</sup> Anche i dati Istat evidenziano che il numero medio di figli diminuisce al decrescere dell'età: se gli anziani con oltre 80 anni hanno avuto mediamente quasi tre figli, quanti hanno 60 anni ne hanno avuti, mediamente, poco più di due, e quelli che sono in età inferiori, meno di due.