

ISSN 1723 - 7750

# I luoghi della cura

Anno VII - N. 4  
Dicembre 2009  
TRIMESTRALE

4/2009

Poste Italiane S.p.A.  
in caso di mancato ricevimento, rinviare al CPR Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente  
previo addebito pagamento recel



  
SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



**CIC** Edizioni Internazionali

## SOMMARIO

Organo ufficiale della Società Italiana  
di Gerontologia e Geriatria

**Direzione scientifica:**

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

**Comitato editoriale:**

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

**Direttore responsabile**

Andrea Salvati

**Segreteria di redazione**Iole Di Francesco  
difrancesco@gruppic.it**Area pubblicità**Patrizia Arcangioli, responsabile  
arcangioli@gruppic.it**Area marketing & sviluppo**Antonietta Garzonio  
garzonio@gruppic.it  
Fabio Regini  
regini@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.com**Area Nord Italia:**Via Matteotti, 52B - 21012 Cassano Magnago (VA)  
Tel. 0331282359 - Fax 0331287489

Trimestrale

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

R.O.C.: 6905/128611

Stampa: Litografica '79 - Roma

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. 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 nel mese di ottobre 2009

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantire la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. la Posta italiana). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

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.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2009



CIC Edizioni Internazionali

## EDITORIALE

**Poveri vecchi! O no?***Antonio Guaita, 5*

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

**Condizioni economiche e rischio sociale degli anziani in Italia***Carla Facchini, David Benassi, 7*

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

**Decisioni critiche di fine vita nel paziente anziano con demenza grave ricoverato in RSA: studio pilota***Patrizia Massariello, Paola Di Giulio, Valerio Dimonte, Franco Toscani a nome del gruppo EOLO-Psodec, 12*

## MATERIALI DI LAVORO

**La cittadinanza attiva e il contrasto alla solitudine.****L'esperienza della telefonia sociale di Auser***Sergio Veneziani, 18*

## FAMIGLIA E VOLONTARIATO

**Vecchiaia e povertà***Antonino Frustaglia, 22*

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

**Igiene orale e prevenzione delle infezioni respiratorie negli anziani ricoverati in Ospedale e in Casa di riposo***A cura di Giovanni Bigatello, 27***A proposito di***A cura di Antonio Guaita, 29*

## Poveri vecchi! O no?

Antonio Guaita

Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrosso (MI)

**Q**uesto numero dei "luoghi" rivolge lo sguardo alle condizioni socio economiche degli anziani italiani, con qualche conferma, ma anche con non poche sorprese.

Sorprendente è l'articolo di analisi dello status economico delle classi di età adulte ed anziane, di Carla Facchini e David Benassi. Secondo una idea diffusa, e in passato ben fondata, il maggior numero di poveri si trova nelle età estreme; i dati riportati, invece, mostrano che le classi di età con più alta percentuale di poveri sono quelle con capofamiglia 60-69enne, seguite da quelle con 50-59enni. Che cosa è successo? Gli autori attribuiscono questa situazione ad un effetto inaspettato dell'assegno di accompagnamento, molto più diffuso dopo gli 80 anni, capace di ridurre il numero dei poveri calcolati rispetto al reddito medio dell'età. Non si ha motivo per non sottoscrivere questa interpretazione: l'indennità di accompagnamento, infatti, riguarda meno del 2% dei minori di 70 anni ma ben il 30% degli 80-89enni. Un ulteriore elemento inaspettato riguarda le disparità di reddito territoriale tra Nord e Sud, che sono maggiori fra gli adulti rispetto agli anziani, come minori sono le differenze donne-uomini rispetto ad altre fasce di età; la crescita media relativa del loro reddito, invece, è stata maggiore rispetto, ad esempio, ai giovani.

Possiamo, con ciò, considerare la dipendenza in famiglia più una fonte di reddito che una disgrazia? In certi casi, paradossalmente, sì, ma solo laddove non ci si trovi di fronte effettivamente ad un bisogno assistenziale a cui la famiglia non riesce a rispondere in proprio, e che quindi comporta la spesa del reddito per garantirsi l'assistenza. Oggi, il vero problema economico della vecchiaia è la non autosufficienza, che può di colpo trasformare un equilibrio raggiunto in una tragedia, non solo della propria salute fisica, ma anche

delle condizioni economiche: in questo caso, quindi, il rapporto reddito e necessità di spesa sfavorisce le famiglie del nord, e il rapporto reale Nord-Sud può addirittura invertirsi, con le famiglie settentrionali più in affanno, nonostante l'assegno.

La povertà e la vecchiaia si sono sempre intrecciate in passato, così come è successo per le minoranze e i gruppi sociali di minor potere (donne, minoranze etniche). L'articolo di Frustaglia fa un ampio excursus storico, che ci comunica il messaggio che la povertà non è un fatto meramente economico, ma anche sociale e culturale: la presenza dei poveri e dei disperati disegna con precisione il livello di maturità e la possibilità di futuro di una nazione.

Questa visione emergente di anziani super protetti e di giovani in difficoltà (a causa degli anziani? Certo che no, ma il suggerimento esiste) fa correre parecchi rischi di rinnovato e futile "ageismo". È il rischio di disinvestimento sugli aspetti difficili e diffusi della condizione degli anziani, una tendenza a denunciare la cura di queste persone come inutile e costosa, come nel caso delle persone affette da demenza. Il rischio di spendere molto e in modo sbagliato esiste, ma esiste anche un modo corretto e utile di rispondere, sempre che si sappiano attivare le risposte giuste. La stessa difficoltà viene segnalata dallo studio del gruppo EOLO-Psodec sulle fasi terminali dei ricoverati in casa di riposo, dove le difficoltà organizzative si intrecciano con una reale carenza culturale della medicina palliativa tradizionale di fronte a condizioni terminali che perdurano nel tempo, come avviene, ancora una volta, per le demenze.

I problemi economici e di peso assistenziale posti dagli anziani sono reali, non immaginari e ci dicono che qualche scelta importante e condivisa dovrebbe esse-

re presa, specie di fronte al prossimo invecchiamento dei *baby boomers*. Che fare allora? Fare quello che ci propone Veneziani, parlando dell'esperienza dell'AUSER. Infatti, se la tragedia economica e sociale della vecchiaia è la perdita della salute, non ci sono alternative alla prevenzione e alla promozione della salute di chi invecchia e invecchierà. Troppo facile? Al contrario, troppo difficile. Oggi abbiamo evidenze sufficienti per sapere che gli stili di vita positivi, il mantenersi attivi fisicamente e mentalmente costituiscono un potente

riduttore del rischio di ammalarsi di demenza e di perdere l'autonomia. Purtroppo, non sarà la tecnologia né la genetica a salvare le prossime generazioni che invecchieranno, ma cose semplici, quasi umili: muoversi di più, leggere, ballare, impegnarsi socialmente. Come dice Simone De Beauvoir a chiusura del suo libro "La terza età": quando si conosce da vicino la realtà della vecchiaia non basta chiedere che cambino le pensioni o i servizi sociali, occorre che cambi la vita. La nostra vita.

**NURSING GERIATRICO** Collana diretta da **M. Trabucchi**

**L. Kennedy-Malone, K.R. Fletcher, L.M. Plank**

## MANUALE DI CLINICA GERIATRICA PER INFERMIERI

I edizione italiana dalla II edizione inglese  
a cura di Marco Trabucchi

Volume broccurato di 564 pagine  
f.to cm 12x19  
€ 50,00



**CIC** Edizioni Internazionali

## Condizioni economiche e rischio sociale degli anziani in Italia

Carla Facchini, David Benassi

Facoltà di Sociologia, Università degli Studi di Milano - Bicocca

### PLURALITÀ DELLE CONDIZIONI ECONOMICHE E LINEE DI TENDENZA

Le caratteristiche della povertà (Fig. 1) in Italia riflettono la struttura della distribuzione del reddito, caratterizzato, rispetto agli altri Paesi europei, da un grado piuttosto elevato di disuguaglianza<sup>1</sup>. Nel 2006, la diffusione della povertà è stata pari al 18%: quasi una fami-

glia su cinque disponeva di un reddito equivalente inferiore al 60% di quello mediano<sup>2</sup>, in miglioramento rispetto al 1995.

Per quanto riguarda il rischio di povertà nelle diverse classi d'età, le famiglie più protette sono quelle che vedono come principale percettore di reddito un 60-69enne, seguite da quelle che hanno come capofamiglia un 50-59enne<sup>3</sup>. Ciò che è maggiormente interes-

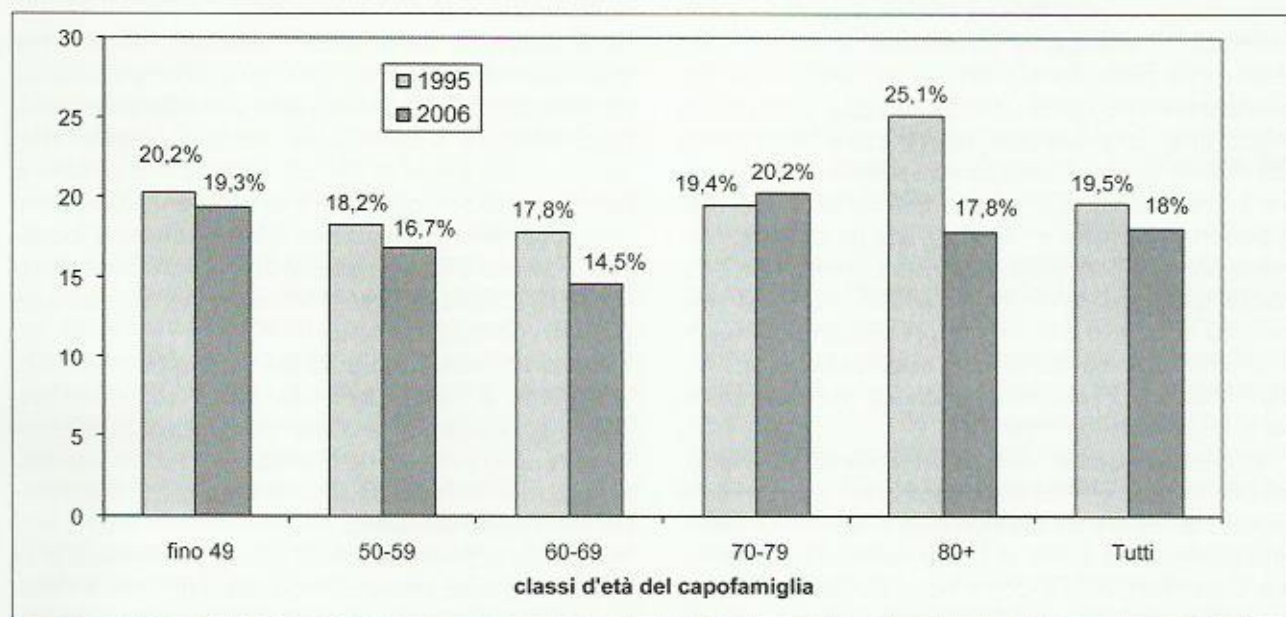


Figura 1 - Diffusione della povertà per classe d'età del capofamiglia, 1995 e 2006.

Fonte: nostre elaborazioni su "Banca d'Italia, I bilanci delle famiglie italiane, 1995 e 2006".

<sup>1</sup> Si veda, per esempio, il rapporto OECD, *Growing unequal. Income distribution and poverty in OECD countries*, 2008.

<sup>2</sup> Il reddito mediano è quello posseduto dalla famiglia che occupa esattamente la posizione centrale nell'ordinamento delle famiglie dalla più ricca alla più povera.

<sup>3</sup> Questi dati sono riconducibili alla notevole importanza delle progressioni economiche basate sull'anzianità, che comportano redditi maggiori alla fine della carriera lavorativa.

sante, è la condizione dei più anziani, che rappresentavano le famiglie nettamente più a rischio nel 1995 (25,1%), ma che, nel 2006, appaiono più protette delle famiglie più giovani e anche di quelle guidate da 70-79enni. La ragione di questa apparente anomalia è la notevole importanza che riveste l'indennità di accompagnamento tra gli ultra80enni, producendo un effetto di riduzione delle disuguaglianze di reddito all'interno di questa fascia d'età.

I dati (Benassi e Facchini, 2008) mettono inoltre in evidenza forti differenze sia tra uomini e donne, sia a seconda delle macro-aree di residenza.

Per quanto riguarda il primo aspetto, occorre considerare, da un lato, che mentre gli uomini sono di norma titolari di pensioni di anzianità e di vecchiaia, le donne sono spesso titolari di pensioni di tipo assistenziale (l'80% circa delle pensioni sociali o di reversibilità vede, infatti, come titolare una donna); dall'altro, che anche nei casi in cui le donne sono titolari di pensioni di anzianità o di vecchiaia, esse percepiscono mediamente importi pari al 70-80% di quelli degli uomini. Tali andamenti rimandano al fatto che mentre gli uomini hanno avuto, generalmente, una presenza continuativa in collocazioni professionali strutturate, le donne sono state meno presenti nel mercato del lavoro e più frequentemente occupate in settori caratterizzati da una minor tutela previdenziale (come l'agricoltura) e da retribuzioni più modeste (come il settore tessile). Inoltre, anche a causa di una minore scolarizzazione, l'occupazione femminile è stata segnata da un minor accesso alle posizioni più qualificate e retribuite. In sostanza, specie per le donne più anziane, il minor inserimento lavorativo e la minore presenza nelle posizioni professionali elevate si sono tradotte sia in una minore titolarità di pensioni di anzianità e/o di vecchiaia, sia in un loro minor importo.

Consideriamo ora le variazioni territoriali, riconducibili alle profonde differenze che hanno storicamente segnato le regioni d'Italia, non solo in termini di settori economici, ma anche di tutela contrattuale (Benassi e Colombini, 2007). Come noto, l'economia italiana è caratterizzata da un forte dualismo tra le regioni settentrionali e quelle meridionali, che ha visto le prime coinvolte in misura ben più accentuata sia nei processi di industrializzazione verificatisi a cavallo del '900, sia nello sviluppo economico del secondo dopoguerra.

A fronte della forte occupazione operaia e impiegatizia delle regioni settentrionali, le regioni del Sud hanno evidenziato da un lato una più lunga permanenza dell'occupazione agricola, dall'altro una forte incidenza di disoccupazione e sottoccupazione, specie per quanto riguarda la popolazione femminile (Brandolini e Saraceno, 2007). Di conseguenza, mentre gli adulti degli anni '50 e '60 (ovvero gli attuali anziani) residenti nelle regioni settentrionali hanno avuto, di norma, storie lavorative contrassegnate da un'elevata tutela previdenziale, tipica del lavoro operaio e impiegatizio, quelli residenti nelle regioni meridionali hanno più spesso avuto storie lavorative non tutelate in termini previdenziali.

A queste differenze, che hanno prodotto nelle regioni meridionali pensioni individuali più modeste, si somma un altro fattore, il 'tradizionale' minore tasso di occupazione femminile, che si è tradotto in una minore presenza di coppie a doppio reddito. Ne deriva che, nelle regioni del Nord, in buona parte delle coppie sono presenti due redditi, mentre nelle regioni del Sud le coppie possono più spesso contare su un'unica entrata, oltretutto di importo minore<sup>4</sup>.

Se le differenze tra gli anziani rimandano alle diverse storie lavorative, è opportuno ora soffermarsi sulla loro attenuazione, almeno rispetto alle differenze che si riscontrano tra la popolazione adulta. È possibile che, su questi dati, giochi anche una sottorappresentazione delle fasce più modeste della popolazione anziana nel campione dell'indagine Banca d'Italia; tuttavia, è ipotizzabile che sia effettivamente in atto un processo di attenuazione delle differenze economiche, alla cui base possono porsi diversi fattori.

Il primo attiene alla struttura del sistema pensionistico, che tende a comportare una minor copertura dei redditi più elevati ed una speculare maggior copertura, attraverso i minimi pensionistici, dei redditi più modesti, attenuando, quindi, le differenze che si riscontrano tra i redditi da lavoro.

Il secondo fattore riguarda la diffusione di politiche di sostegno rivolte a soggetti non autosufficienti. Il riferimento è all'indennità di accompagnamento che, pur non essendo destinata specificamente alla popolazione anziana, vede come titolari soprattutto gli anziani o, più correttamente, i 'grandi anziani'. Il tasso di fruizione di questa indennità è infatti decisamente mode-

<sup>4</sup> Escludendo i single, che ovviamente hanno un unico reddito, le famiglie con almeno due componenti che dispongono di un solo reddito sono il 22,8% al nord e ben il 44,8% al sud (nostre elaborazioni su dati Banca d'Italia, 2006).

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

sto tra quanti hanno meno di 75 anni (meno del 2%), ma consistente tra quanti hanno 75-84 anni (attorno al 6-10%) e ancor più per quelli appartenenti a classi di età superiori (quasi il 30% di chi ha 85-89 anni, oltre la metà di chi ha un'età superiore) (Facchini, 2009). Si può quindi ipotizzare che la fruizione dell'indennità funga, proprio per i soggetti più anziani, come una sorta di compensazione rispetto al reddito pensionistico e, in particolare, che da essa derivi, dato l'importo non esiguo (si tratta di oltre 470 euro mensili), un ridimensionamento della percentuale di soggetti che hanno un reddito molto modesto e versano in condizioni di povertà. Nello stesso tempo, poiché tali sostegni (così come le pensioni sociali) sono più diffusi nelle regioni meridionali e tra la popolazione femminile (che a parità di età versa in condizioni di salute più precarie), ne consegue una attenuazione delle differenze di reddito sia tra le macro-aree del paese, che tra uomini e donne<sup>5</sup>.

Ma la diffusione degli assegni di accompagnamento è presumibilmente anche uno degli elementi più rilevanti alla base dell'altro importante fenomeno evidenziato dal confronto tra la condizione economica attuale degli anziani e quella del decennio precedente, ovvero il relativo miglioramento delle loro condizioni economiche rispetto alle altre fasce d'età. Sembra testimoniare questa relazione l'impennata di tali indennità verificatesi a partire dalla metà degli anni '90<sup>6</sup>.

Se il miglioramento delle condizioni dei 'grandi anziani' può essere attribuito alla diffusione di sostegni economici alla non-autosufficienza, tutt'altro che secondario è il ruolo svolto dalla diversa storia generazionale degli anziani attuali rispetto a quella che aveva contraddistinto le precedenti generazioni. Con questo ci riferiamo al fatto che, tra gli anziani, esistono 'generazioni' diverse (Facchini e Rampazi, 2008). I più giovani, ovvero i nati a partire dalla seconda metà degli anni '30, non solo hanno conosciuto l'alfabetizzazione di base, ma hanno anche avuto più frequente accesso all'istruzione superiore e universitaria e sono stati occupati prevalentemente nell'industria e nel terziario, con collocazioni professionali sia operaie che impiegatizie. Più modesta la scolarizzazione delle coorti precedenti, na-

te a cavallo degli anni '30: diminuisce l'incidenza di diplomati e laureati, aumenta quella di chi ha una scolarità limitata. A livello economico-professionale queste sono le generazioni dei lavoratori semi-qualificati dell'industria e del terziario, che però hanno presto conosciuto una stabilità occupazionale in un mercato del lavoro progressivamente più tutelato contrattualmente e garantito previdenzialmente. Ancora più modesta la condizione dei nati negli anni '20 o, ancor più, precedentemente: nella maggior parte dei casi, queste coorti hanno frequentato al massimo la scuola elementare e hanno cominciato a lavorare attorno ai 10-14 anni, specie nell'agricoltura, per inserirsi poi, come operai, nell'industria o come lavoratori poco qualificati nei servizi: la storia lavorativa di queste generazioni è avvenuta, in buona parte, 'prima' dell'industrializzazione e dello sviluppo economico degli anni 50 e '60, in settori che non prevedevano alcuna tutela previdenziale<sup>7</sup>.

### TOGLIERE AI NONNI PER DARE AI NIPOTI?

Il complesso dei dati fin qui presentati indica una situazione economica degli anziani (e anche dei grandi anziani) italiani in miglioramento negli ultimi anni. Questo viene inoltre indirettamente confermato dal fatto che, rispetto agli altri paesi europei, in Italia gli anziani sono sì una delle fasce in cui maggiore è la diffusione della povertà, ma in modo meno marcato rispetto ai minori, o rispetto a quanto si verifica in altri paesi (specie Regno Unito, Spagna, Portogallo e Grecia, nei quali il tasso di povertà tra gli anziani supera quello 'medio' di 5-8 punti percentuali).

Un altro segnale del miglioramento della condizione anziana può essere ricavato dal grado di indebitamento delle famiglie, che vede quelle anziane sistematicamente meno esposte ai rischi legati all'indebitamento, anche se va chiarito che questo dato è legato soprattutto alla minore propensione al consumo da parte degli anziani, formatasi nel corso di biografie contraddistinte da una tenace tendenza al risparmio.

In realtà, questa interpretazione sarebbe parziale. Occorre, infatti, sottolineare che gli ultimi decenni hanno

<sup>5</sup> Tra i 50-59enni le donne hanno mediamente un reddito pari al 62% di quello dei coetanei maschi, tra gli ultra80enni tale rapporto sale all'83%. Per le stesse fasce d'età il rapporto tra i redditi nel centro-nord e quelli nel mezzogiorno passa dal 58% tra i più giovani al 74% tra i più anziani (nostre elaborazioni su dati Banca d'Italia, 2006).

<sup>6</sup> Le domande accolte sono passate da poco più di 50.000 nel 1994 ad oltre 200.000 nel 2003.

<sup>7</sup> Del resto, è a questa minor tutela contributiva delle generazioni nate 'prima' degli anni '20 che è riconducibile la minor incidenza, tra gli ultraottantenni, di titolari di pensioni di vecchiaia, non solo tra le donne, ma anche tra gli uomini.

**Tabella 1** - Tasso di famiglie indebitate per tipo di indebitamento per classe di età del capofamiglia.

	Famiglie complessivamente indebitate (in %)	Famiglie indebitate per immobili (in %)	Famiglie indebitate per beni di consumo (in %)
Fino a 30 anni	36,3	12,6	22,1
Da 31 a 40 anni	36,2	17,8	17,8
Da 41 a 50 anni	39,1	17,7	19,1
Da 51 a 65 anni	26,4	11,5	13,3
Oltre 65 anni	7,7	3,0	2,7

Fonte: Banca d'Italia, i bilanci delle famiglie italiane nell'anno 2006.

visto una crescente diffusione della non-autosufficienza. Tale rischio assume attualmente dimensioni del tutto nuove rispetto al passato in quanto i forti progressi del sistema sanitario (sia sul fronte diagnostico e terapeutico, sia su quello dell'assetto organizzativo) si sono tradotti, oltre che nella possibilità di guarigione di tutta una serie di patologie precedentemente letali, nella possibilità da un lato di 'cronicizzare' alcune di tali patologie, dall'altro di prolungare la speranza di vita dei soggetti affetti da patologie invalidanti. Il duplice passaggio dall'acuzie alla cronicità e dalle patologie "esogene" alle trasformazioni fisiologiche di tipo involutivo ha comportato un rilievo crescente delle patologie croniche che, in non pochi casi, si accompagnano, specie nell'età anziana, ad una non autosufficienza (Trabucchi e Vanara, 2005).

Per cogliere la portata di questo fenomeno, basti considerare che l'Istat stima la quota di popolazione affetta da una qualche disabilità pari al 6% tra i 60 e i 64 anni, al 14% tra i 70 e i 74, di poco inferiore al 50% tra gli ultraottantenni; e la quota di soggetti in cattive condizioni di salute pari, per le stesse classi di età, al 14%, al 21% e al 40% (Istat, 2008). Questi dati implicano che, nella fase di vita anziana, i soggetti possano sia aver più frequentemente la necessità di ricorrere al sistema di cure sanitarie, sia aver bisogno di essere assistiti nelle incombenze quotidiane di cura della propria persona e della propria abitazione, in quanto non più in grado di provvedervi direttamente. Ne consegue che, a causa di tali condizioni, si debba da un lato fare un maggior ricorso a farmaci, ad analisi o a ricoveri ospedalieri; dall'altro ricorrere non solo agli aiuti 'informali' prestati dai familiari (Sgritta, 2007), ma anche ad aiuti retribuiti che 'drenano' una parte più o meno consistente del proprio reddito, incidendo quindi negativamente sulle proprie condizioni economiche.

Se la diffusione di situazioni di non-autosufficienza, e la necessità di ricorrere ad un'assistenza nelle diverse incombenze della quotidianità, è un tratto comune alla condizione anziana in tutti i paesi europei, occorre però rimarcare che la situazione italiana si presenta come meno connotata (come del resto gli altri paesi del Sud Europa) dalla presenza di politiche sociali, sia domiciliari che residenziali: usufruisce di servizi di assistenza domiciliare circa il 3% – contro il 5-7% dei paesi centro e nord europei; è inserito in strutture residenziali circa il 2% – contro valori medi attorno al 5-15% (Gori e Pesaresi, 2005).

Vale a dire che, mentre per quanto riguarda le cure propriamente sanitarie, il modello italiano non si discosta da quello universalistico degli altri paesi europei, il cui costo è a carico della collettività, l'assistenza agli anziani non autosufficienti è molto più a carico della famiglia (Naldini, 2002), sia che ciò si traduca in un lavoro di 'cura' svolto dagli stessi familiari, sia che comporti il ricorso a sostegni esterni retribuiti (Gori e Pesaresi, 2005; Glendinning e Kemp, 2006). Se fino ad una decina di anni fa la prima soluzione era di gran lunga prevalente, negli ultimi anni ad essa si è affiancato, in misura crescente, il ricorso a persone retribuite, di norma immigrate, disponibili a vivere 'a tempo pieno' presso l'anziano da assistere. Tale fenomeno, che non a caso riguarda anche gli altri paesi del sud Europa (Grecia, Spagna e Portogallo) che non hanno sviluppato politiche pubbliche di sostegno alla non autosufficienza, ha assunto, negli ultimi anni, dimensioni del tutto rilevanti, che portano a stimare la presenza di 'badanti' in Italia a circa 700.000 unità, spesso senza un regolare permesso di soggiorno (Da Roit e Castegnaro, 2005). Nonostante l'estrema varietà di condizioni retributive e contrattuali delle badanti (gli stipendi oscil-

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

lano tra i 600 e gli oltre 1.000 euro mensili), il costo complessivo che il ricorso a tale assistenza comporta per le famiglie è elevato. Anche se in parte può essere coperto (per circa la metà) dall'assegno di accompagnamento, il reddito degli anziani effettivamente disponibile per le 'normali' incombenze della vita quotidiana può scendere in modo considerevole, dando luogo a problematicità economiche anche pesanti.

Per gli anziani, dunque, un rischio specifico di povertà permane, ma non più, come nelle società pre-industriali, come conseguenza dell'invecchiamento in sé, ma della specifica vulnerabilità legata alla non autosufficienza. Nello stesso tempo, si deve considerare che, poiché le condizioni contrattuali sono più legate al contesto territoriale che alla gravità della non autosufficienza e quindi alle necessità di cure dell'anziano accudito, il costo di tale assistenza risulta fortemente differenziato nelle diverse realtà territoriali: più oneroso nelle regioni settentrionali (specie nelle grandi città), nelle quali maggiore è la diffusione di copertura previdenziale e maggiori gli importi salariali, meno oneroso nelle regioni del Sud nelle quali minori sono i salari erogati e minore la tutela previdenziale. Poiché analogo scarto si rileva nel costo delle strutture residenziali, l'effetto è che la non autosufficienza sembra accompagnarsi maggiormente a situazioni di disagio economico tra gli anziani e le loro famiglie delle regioni settentrionali, specie se si considera che in tali regioni è più elevato anche il costo della vita.

## BIBLIOGRAFIA

- Banca d'Italia, I bilanci delle famiglie italiane, nell'anno 1995 ([http://www.bancaditalia.it/statistiche/indcamp/bilfait/boll\\_stat](http://www.bancaditalia.it/statistiche/indcamp/bilfait/boll_stat)).
- Banca d'Italia, I bilanci delle famiglie italiane, nell'anno 2006 ([http://www.bancaditalia.it/statistiche/indcamp/bilfait/boll\\_stat](http://www.bancaditalia.it/statistiche/indcamp/bilfait/boll_stat)).

Benassi D, Colombini S. Caratteristiche e distribuzione territoriale della povertà e della disuguaglianza sulla base dei dati dell'archivio Disrel. In: Brandolini A, Saraceno C. (a cura di) *Povertà e benessere. Una geografia delle disuguaglianze in Italia*, Il Mulino, Bologna 2007.

Benassi D, Facchini C. La povertà degli anziani. In: *Politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*, Commissione di indagine sull'esclusione sociale, 2008.

Brandolini A, Saraceno C. (a cura di) *Povertà e benessere. Una geografia delle disuguaglianze in Italia*, Il Mulino, Bologna 2007.

Da Roit B, Castegnaro C. *Chi cura gli anziani non autosufficienti?*, Angeli, Milano 2005.

Facchini C. Gli assegni di accompagnamento nel contesto delle politiche per gli anziani non autosufficienti, *Politiche locali e servizi sociali* 2009; 1.

Facchini C, Rampazi M. Generazioni ad un passaggio d'epoca. Certezze e precarietà nei racconti degli ultrasessantenni. In: Ruggeri F. (a cura di) *La memoria del futuro. Soggetti fragili e possibilità di azione*, Angeli, Milano 2008.

Glendinning C, Kemp P. (a cura di) *Cash and Care: Policy Challenges in the Welfare State*. The Policy Press, Bristol 2006.

Gori C, Pesaresi F. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia e in Europa. In: Facchini C. (a cura di) *Anziani e sistemi di Welfare*. Lombardia, Italia, Europa, 2005.

Istat, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari anno 2005, Roma 2008.

Naldini M. *The Family in the Mediterranean Welfare States*, Frank Cass, London 2002.

Sgritta GB. *Le famiglie possibili, Reti di aiuto e solidarietà in età anziana*, Edizioni Lavoro, Roma, 2007.

Trabucchi M, Vanara F. (a cura di) *Rapporto Sanità 2005 - Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 2005.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Istat, Condizioni di salute della popolazione. Anni 1999-2000, Roma 2001.
- Istat, I beneficiari delle prestazioni pensionistiche - anno 2005, Roma 2007.
- Saraceno C. Politiche familiari e contrasto alla povertà. *Prospettive sociali e sanitarie* 2006;36(4).

## Decisioni critiche di fine vita nel paziente anziano con demenza grave ricoverato in RSA: studio pilota

Patrizia Massariello, Paola Di Giulio, Valerio Dimonte, Franco Toscani  
a nome del gruppo EOLO-Psodec\*

\* Franco Toscani, Francesca Pettinati - Fondazione Maestroni, Cremona; Paola Di Giulio - Università di Torino e Fondazione Maestroni Cremona; Fabrizio Giunco - Centro Geriatrico, Monza; Valerio Dimonte - Università di Torino; Morena Baruffali - ASL distretto di Guastalla (RE); Simona Gentile - RSA Casalbuttano (CR); Daniele Villani - RSA Fondazione Sospira, Cremona; Maria Corsari, Alda Reggiani - ufficio infermieristico di Modena; Cinzia Brunelli - statistico.

### INTRODUZIONE

La demenza è una sindrome clinica (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 1994) non curabile, evolutiva, che porta inevitabilmente alla morte. Essa è caratterizzata dalla perdita delle funzioni cognitive, tra le quali la memoria, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative. La prevalenza della malattia aumenta con l'età, ed è maggiore nel sesso femminile, soprattutto per la malattia di Alzheimer. La prevalenza di demenza negli istituti per non autosufficienti varia dal 15 fino all'80% (Macdonald, 1997).

Nel "Rapporto Demenza 2006" Alzheimer Europe (*Dementia in Europe year book*, 2006) si stima che il numero delle persone affette da demenza in Italia nel 2005 sia di poco inferiore al milione, con una prevalenza sulla popolazione tra l'1,4% e l'1,5% (Ferry et al., 2005; *The Italian Longitudinal Study on Aging*, 1997).

La durata media della malattia è incerta, a causa delle difficoltà ad individuarne l'esordio, ma è comunque tra i 3 e i 10 anni (Wolfson et al., 2001; Mölsa et al., 1986; Walsh et al., 1990). Dall'esordio dei sintomi alla morte, chi ne è affetto passa dalla completa autosufficienza alla totale dipendenza, in modo graduale e spesso imprevedibile, essendo condizionato dal tipo di demenza, dall'età, dalle comorbidità, dagli interventi sanitari e assistenziali e dalla rete sociale (McClendon et

al., 2004). Nelle fasi avanzate della malattia il ricovero in istituti per anziani è molto frequente (Temkin-Greener e Mukamel, 2002; Mitchell et al., 2004a).

La demenza grave è una malattia terminale, ma solo raramente viene riconosciuta come tale; infatti viene definito a rischio di morte l'1,1% di pazienti, mentre ne muore il 71% (Mitchell et al., 2004a). Sia l'assistenza in RSA che nei distretti si può definire non palliativa (Di Giulio et al., 2008; Galleazzi et al., 2008) e solo pochi pazienti vengono formalmente inseriti in un programma di cure palliative (Hughes et al., 2005; Shega et al., 2003). Esistono importanti differenze di comportamento non solo da paese a paese, ma anche nell'ambito della stessa realtà territoriale (Morrison e Siu, 2000).

La gestione dell'alimentazione, dell'idratazione artificiale, della contenzione, le decisioni relative agli interventi di rianimazione, emodialisi, somministrazione di antibiotici e trasfusioni sono aspetti comuni alla cura di tutti i malati fortemente compromessi ma, in un paziente terminale, possono configurarsi come accanimento terapeutico. La decisione di continuarli o sospenderli diventa particolarmente difficile per il malato demente, che non è in condizioni di esprimere una scelta che, in mancanza di una specifica legge, è demandata ai familiari e al personale sanitario (Mitchell et al., 2004b).

Il processo che porta alla decisione di cosa fare, ben lungi dall'essere piano e lineare, è condizionato da ri-

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

flessioni etiche, giuridiche e cliniche a volte inconciliabili (Degrazia, 1999). Scegliere per conto del paziente presenta notevoli difficoltà (Vig et al., 2006), ed è possibile solo a condizione che chi decide conosca il paziente ed i suoi desideri. I familiari concorrono alla decisione finale, ma dovrebbero essere supportati ed assistiti (Vig et al., 2006; Forbes et al., 2000).

Sono disponibili pochi dati italiani sulle decisioni critiche (DTC) (Simionato et al., submitted) e nessuno sul processo decisionale che le motiva. L'obiettivo di questo studio-pilota è proprio di raccogliere dati sulle DTC per mettere a punto il protocollo di ricerca del progetto EOLO PODEC (*End of Life Observatory, Prospective Study of Demented Elderly Care*), finalizzato a studiare le DTC nel fine-vita dei malati affetti da demenza grave.

## MATERIALI E METODI

Le DTC sono state individuate in un precedente studio (Simionato et al., submitted): trasfusioni, emodialisi, posizionamento di sonda per alimentazione enterale, nutrizione artificiale (non applicazione/sospensione), idratazione artificiale (non applicazione/riduzione o sospensione), ricovero in ospedale, terapie antibiotiche, sedazione profonda (Società Italiana di Cure Palliative), chirurgia, procedure diagnostiche strumentali. Oltre a queste, ogni altro intervento, sospensione/non attuazione di procedure considerate DTC dall'operatore.

Lo studio ha riguardato i pazienti con demenza grave (*Functional Assessment Staging System*, FAST  $\geq 7$ ) (Sclan e Reisberg, 1992) e prognosi stimata superiore a 15 giorni, degenti in 2 RSA torinesi.

Sono stati raccolti i dati socioanagrafici e clinici (comorbidità; stato funzionale, sintomi, stadio della demenza, presenza di presidi invasivi, eventuale uso di contenzione). Per sei settimane, ogni 15 giorni sono state documentate sia le condizioni generali, descrivendo le situazioni che avessero comportato una DTC, sia le motivazioni sottostanti ad ogni DTC, raccolte con una scheda compilata dall'operatore o da un monitor mediante intervista.

Il livello di *discomfort* è stato misurato con la versione italiana della *Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Type* (DS-DAT) (Dello Russo et al., 2008), che attribuisce punteggi da 5 a 30: più elevato il punteggio, maggiore il livello di *discomfort*.

Per comprendere meglio le motivazioni alla base delle DTC, sono stati intervistati il medico e l'infermiere responsabili dei pazienti. Nell'intervista sono stati esplorati i seguenti aspetti: obiettivi della decisione, persone coinvolte, elementi considerati per prendere la DTC.

Le interviste in profondità, semistrutturate, della durata di circa 1 ora, si sono svolte presso le due sedi di cura. I contenuti emersi sono stati raggruppati secondo aree tematiche in base al quadro concettuale proposto da Vig (Vig et al., 2006), in particolare per la condivisione della scelta con i *caregiver*. Alcune affermazioni, citate in base ad un criterio di rappresentatività tematica, sono state riportate specificando la qualifica professionale dell'intervistato (M = Medico; I = Infermiere).

## Consenso e privacy

Poiché l'assistenza del paziente non ha subito nessuna modifica, e che i dati raccolti sono quelli normalmente documentati di routine, non è stato chiesto il consenso né ai pazienti né ai familiari. Le schede di raccolta dati sono state rese anonime in modo da non consentire l'identificazione del paziente a cui si riferivano. È stata resa anonima anche l'intervista agli operatori sanitari, intervistati previo consenso, sia per l'intervista che per la sua registrazione.

## RISULTATI

I dati sono stati raccolti fra dicembre 2006 e febbraio 2007. Sono stati selezionati 32 pazienti. Le principali caratteristiche dei pazienti sono descritte nella Tabella 1. I pazienti erano ricoverati da un tempo che ne consentisse una buona conoscenza da parte del personale; erano affetti da 2 a 6 stati morbosi contemporaneamente (mediana 4), situazione che giustificava l'assunzione di più farmaci (22 pazienti da 4 a 9 farmaci); 17 assumevano psicofarmaci.

Ventitre presentavano anchilosi e contratture, segni di una lunga immobilizzazione o permanenza a letto. Solo 5 avevano un catetere vescicale e 1 un catetere venoso centrale.

Tre si alimentavano sia per os sia con sondino nasogastrico (SNG), e tre con PEG; gli altri solo per via orale; 11 pazienti venivano idratati anche per via en-

Tabella 1 - Dati basali dei 32 pazienti.

	Numero	%
Maschi	8	25
Femmine	24	75
Età in anni (media $\pm$ DS)	82 ( $\pm$ 9.6)	Range 62-99
Ricoverato da anni (media $\pm$ DS)	4,4 ( $\pm$ 3.4)	3 mesi-11 anni
<b>Tipo di demenza</b>		
Alzheimer	12	37,4
Vascolare	7	21,9
Mista	3	9,4
Non definita	7	21,9
Altro*	3	9,4
<b>Stadio FAST</b>		
7c	1	3,1
7d	7	21,9
7e	12	37,5
7f	12	37,5
<b>Stadio DS-DAT prima valutazione</b>		
Discomfort assente (0)	2	6,25
Lieve (1-10)	13	40,6
Moderato (11-20)	15	46,9
Elevato/molto elevato (21-30)	2	6,25
<b>Patologie concomitanti</b>		
Ortopediche	28	87,5
Neurologiche	22	68,5
Cardiovascolari	17	53
Oncologiche	16	50
Psichiatriche	7	21,9
Respiratorie	7	21,9
Metaboliche	5	15,7
Altro	14	43,7

\* Corea di Huntington, demenza sottocorticale, esiti di meningite cerebrospinale (American Psychiatric Association, 1994).

dovenosa (di questi, uno aveva la PEG ed uno il SNG).

Tutti i pazienti erano contenuti con spondine, 24 ore su 24, e 6 anche con cintura pelvica o addominale.

La metà aveva un *discomfort* moderato e solo 2 di livello elevato. Un paziente è deceduto durante lo studio, dopo circa 40 giorni.

### Decisioni terapeutiche critiche

Sono state prese 16 decisioni considerate critiche per 10 pazienti (3 per un paziente e 2 per 4).

La decisione più frequente è stata il ricorso ad un an-

tibiotico (6 pazienti, 7 decisioni), per un'ipertermia. Tre pazienti sono stati sedati (uno in due occasioni) per un'agitazione psicomotoria non altrimenti controllabile. In due casi è stata impostata un'idratazione endovenosa per un aggravamento della disfagia, scegliendo di non posizionare la PEG. In un caso è stato deciso il trasferimento in ospedale per un sospetto di polmonite e, in un altro, è stato pianificato (e poi sospeso per volere dei parenti) un intervento chirurgico di correzione della spasticità degli arti inferiori.

Solo uno dei pazienti per i quali sono state prese DTC presentava un livello di *discomfort* elevato (DS-DAT 27).

### Obiettivi della DTC

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Sono stati intervistati 2 medici e 2 infermieri. L'obiettivo principale, alla base di tutte le scelte, era di ridurre i sintomi e la sofferenza e migliorare la qualità della vita: "La somministrazione della morfina, detendendo il paziente, facilita la respirazione, oltre a ridurre il dolore, ed il paziente sta davvero meglio" (M). A questa attenzione si contrappone, però, quella di evitare un accorciamento della vita "Siamo tra gli ultimi Paesi nella somministrazione della morfina, lo so, conosco le raccomandazioni. Ma è difficile, quando il paziente soffre, ci consultiamo, controlliamo l'effetto della somministrazione, perché non sia quello a provocare la morte" (M).

L'orientamento è di non prolungare la sopravvivenza *tout court* e di evitare terapie ed interventi eccessivi "fortunatamente siamo abbastanza distanti dalla diagnostica invasiva dell'ospedale e dalla rianimazione" (M). Tuttavia, uno stato critico di salute mette in difficoltà. "Ci troviamo sempre a camminare sul crinale incerto sospeso tra l'etica e la deontologia professionale, gli aspetti legali e le richieste dei parenti. Certo, noi ci occupiamo del benessere del paziente, ma in un certo senso anche del parente. Bisogna trovare l'equilibrio nella scelta" (M).

### Le persone coinvolte

Gli intervistati si sono sentiti in difficoltà nella scelta, sia per la mancanza di un quadro normativo, sia per l'incertezza delle fonti dalle quali desumere le volontà dei malati. Infatti, nessun paziente aveva lasciato disposizioni chiare né direttive anticipate, e quanto riportato dai parenti non aveva modo di essere verificato. "L'incontro tra le esigenze terapeutiche e ciò che riportano i parenti è qualcosa che, in mancanza del living will, ci mette in difficoltà. Sentiamo il dubbio che dietro la fretta di interrompere le cure ci siano ragioni lontane dal volere della persona assistita" (M).

Anche la richiesta di continuare le cure non genera meno problemi perché può essere determinata da elementi che possono prescindere dal volere della persona assistita, ad esempio, la difficoltà ad accettare la morte del proprio congiunto "All'ultimo momento il marito, preso atto dei rischi anestesiológicos, ha deciso di non dare più il consenso. La ragione di vita del marito risiede nella sopravvivenza della moglie, sebbene sofferente e completamente assente dal punto di vista cognitivo (signora che doveva essere sottoposta ad intervento chirurgico per ridurre gli effetti dolorosi di un'importante anchilosi agli arti inferiori)" (I).

La conoscenza della persona assistita e del suo familiare permette di elaborare la decisione: "Ci siamo in-

contrati col figlio ed il medico molte volte per capire cosa era e cosa avrebbe comportato il posizionamento di una PEG" (I). Potersi confrontare con un familiare del paziente è considerato con sollievo e, spesso, questa opportunità manca: "Il momento della scelta è sempre solitario. Ci sono i criteri, ci sono i protocolli, ma poi bisogna che la decisione la prendiamo noi qui, io ed il gruppo di infermieri, ed è difficilissimo perché è sempre senza rete, è sempre tutto nuovo" (M).

Col familiare è possibile pianificare l'assistenza, prospettandogli le situazioni che si potrebbero realizzare, e le opzioni possibili. Nelle fasi più critiche, ciò può richiedere numerosi incontri. Quando però non esiste un parente con cui dialogare, "allora sono gli infermieri che si fanno portavoce della storia dell'ospite che conoscono, spesso da molto tempo" (M).

Prevale l'estremo rispetto per la volontà dei parenti, anche se a volte è in contrasto con quanto medici ed infermieri avrebbero suggerito. Viene sottolineata la difficoltà della scelta, ma anche l'impossibilità di adottare regole e criteri univoci. A uno degli ospiti per cui era stato scelto di non posizionare la PEG, è stata poi impiantata perché, a distanza di un mese, il parente ha insistito fortemente. "Come medico non vorrei un protocollo per il paziente terminale: questo è un ambito in cui le scelte devono essere prese attraverso una valutazione continua della situazione" (M).

### Elementi che hanno motivato la scelta

La scelta di cosa fare (se trattare o meno il paziente) è influenzata dalla percezione della sua condizione di terminale. Due eventi sono considerati predittivi dell'inizio della fase di terminalità: la disfagia e l'iporeattività. Quando il malato si avvia su questa strada, viene accompagnato secondo la modalità ritenuta meno invasiva, ma in linea di massima, attivando l'idratazione e talvolta l'alimentazione, anche tramite un catetere venoso centrale: "Io credo che l'acqua e l'alimentazione si debbano mantenere" (M).

Più discusso è l'uso dell'antibiotico in presenza di polmonite: un medico ricorda che "il Prof. XX sosteneva sempre che la polmonite è il miglior amico del vecchio, e tuttavia è difficile decidere di non intraprendere un trattamento, come nel caso della paziente con polmonite, dove sembra che ci sia ancora riserva vitale". Quando si verifica un evento acuto emerge una gradualità nella scelta degli interventi: "Se ho un paziente con edema polmonare, fortemente deteriorato, iniziamo con un tentativo di intervento di cura importante nel periodo imme-

diatamente successivo all'evento e, se la persona non dà risposta, allora interrompiamo e trattiamo il dolore e idratiamo" (M). L'orientamento è quello di non anticipare la morte del malato, rivalutando continuamente le sue condizioni.

## DISCUSSIONE

I 2/3 dei pazienti, nonostante lo stadio FAST  $\geq 7$ , le numerose comorbidità, ed una situazione che può essere definita grave, rimangono sostanzialmente stabili nel tempo (McClendon et al., 2004; Morrison e Siu, 2000; Mitchell et al., 2004b). Le DTC vengono prese con una certa frequenza (16 decisioni in un mese e mezzo per 10 pazienti). Una DTC può essere modificata in base alla storia del paziente, pertanto è necessario che la situazione venga seguita per un periodo sufficientemente lungo, per capire se modificare la scelta. Le scelte percepite come critiche restano ben presenti nella memoria sia del medico sia dell'infermiere, consentendo quindi, anche a distanza di 15 giorni dall'evento, di raccogliermi i dettagli. Le DTC segnalate sono simili a quelle già descritte da altri autori: l'attivazione o l'interruzione dell'alimentazione artificiale e l'idratazione (Morrison e Siu, 2000; Pasman, 2004), il ricorso alla chirurgia (Portenoy et al., 2006), l'utilizzo degli antibiotici (Mitchell et al., 2004b; Pasman, 2004; Van der Steen et al., 2005), della sedazione e della morfina (Mitchell et al., 2004b; Pasman, 2004).

A causa della limitatezza del campione e della durata del follow-up, non sono state documentate scelte su sospensione/continuazione/attivazione di dialisi o trasfusioni (da colloqui informali con le équipes, in linea di massima, la linea di condotta è di non trasfondere).

Dalle interviste emergono una serie di aspetti, importanti per ricostruire lo scenario che ha portato alla scelta:

a. *La valutazione delle condizioni dei pazienti e la stima generale della prognosi* (Mitchell et al., 2004b). I pazienti inclusi nello studio sono gravi, ma non in imminenza di morte. La difficoltà nel definire quando un paziente è terminale sembra avere un peso nella scelta delle cure (Mitchell et al., 2004a).

b. *L'esplicitazione dell'obiettivo della scelta*. Garantire una buona qualità di vita, con un buon controllo dei sintomi, senza però mettere in atto trattamenti che possano abbreviarne la durata, sembra essere contraddittorio

dato che, in molti casi, prolungando la vita si prolunga anche la sofferenza. In un studio su un campione rappresentativo di *nursing home* americane, per il 53% dei pazienti con demenza grave, affetti da polmonite, in trattamento sintomatico (senza antibiotici), i medici hanno dichiarato di aver anche voluto affrettare il decesso (Van der Steen et al., 2005), proprio perché prolungare la vita di un "morente" comporterebbe prolungarne le sofferenze. I diversi contesti culturali, le convinzioni personali e persino i pregiudizi hanno un peso in questo tipo di decisioni. Tra questi ultimi, resta la convinzione dell'intrinseca pericolosità della morfina, ritenuta farmaco che accelera la morte, per una supposta grave azione depressiva sul respiro anche a dosaggi analgesici.

c. *La storia delle scelte*. Le decisioni sono frequentemente modificate. Pasman (Pasman, 2004) sostiene che un approccio palliativista (senza interventi invasivi, ospedalizzazione, idratazione e trattamento antibiotico) contribuisce ad una morte relativamente veloce e priva di sofferenze. Quando però il decesso non avviene in tempi brevi, è difficile continuare a sostenere tale scelta (Pasman, 2004) ed operatori sanitari o parenti necessitano a loro volta di sostegno (Forbes et al., 2000; Rurup et al., 2006b).

d. *La criticità delle scelte*. Mentre è evidente la natura critica di alcune scelte (ad esempio se ricoverare o meno, o inserire una PEG), per altre la definizione di criticità risulta più difficile, come per la somministrazione di antibiotico in un'infezione delle vie urinarie, dove la non somministrazione potrebbe aumentare il *discomfort*.

e. *La mancanza di direttive anticipate*. In Italia non sono legalmente riconosciute le direttive anticipate che invece dovrebbero essere, assieme alla valutazione delle condizioni del paziente (Dello Russo et al., 2008; Rurup et al., 2006b) strumento essenziale per decidere se e quando sospendere i trattamenti aggressivi. Tuttavia, anche nei Paesi in cui sono state adottate, sono poco utilizzate. Uno studio olandese (Pasman, 2004) riporta che le aveva espresse solo il 4% dei soggetti ricoverati in alcune RSA. Rurup (Rurup et al., 2006a), analizzando le direttive anticipate per fasce d'età, documenta che le ha espresse solo il 7% della popolazione non ricoverata. Vollmann (Vollmann, 2001) sostiene che il processo decisionale sarebbe facilitato da un piano di cure concepito nella primissima parte del rico-

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

vero, quando la persona vi può ancora contribuire, definendo le sue direttive anticipate, assieme ai parenti e all'équipe curante.

Una decisione condivisa tra le diverse figure professionali è considerata un elemento rassicurante, a conferma della correttezza della decisione presa.

### LIMITI DELLO STUDIO

Questo lavoro, configurandosi come una delle tappe del più vasto progetto EOLO-PSODEC (*End of Life Observatory, Prospective Study of Demented Elderly Care*), contribuisce a descrivere il fenomeno, ma non consente alcun tipo di generalizzazione per il tipo di campione di convenienza reclutato, utile alla messa a punto del disegno e degli strumenti dello studio, ma non certo all'individuazione di dati generalizzabili.

La tabella 2, relativa alle Decisioni terapeutiche critiche, sarà pubblicata sul sito [www.grg-bs.it](http://www.grg-bs.it).

### BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV ed); Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

Degrazia D. Advance directives, dementia, and "someone else problem". *Bioethics* 1999;13:373-91.

Dello Russo C, Di Giulio P, Brunelli C, Dimonte V, Villani D, Renga G, Toscani F. Validation of the Italian version of the Discomfort Scale- Dementia of Alzheimer Type) on severely demented patients. *J Adv Nurs* 2008;64:298-304.

Dementia in Europe yearbook 2006, Luxembourg 2006. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/reporting/docs/2006\\_dementiayearbook\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2006_dementiayearbook_en.pdf)

Di Giulio P, Toscani F, Villani D, Brunelli C, Gentile S, Spadin P. Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study. *J Palliat Med* 2008;11:1023-8.

Ferry CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguly M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366:2112-7.

Forbes S, Bern-Klug M, Gessert C. End-of-life decision making for nursing home residents with dementia. *J Nurs Scholarship* 2000;32(3):251-8.

Galleazzi M, Fantinato M, Toscani F, Di Giulio P, Dimonte V, a nome del gruppo End of Life Observatory (EOLO)-Studio retrospettivo sulle modalità di morte dei pazienti con demenza. *I luoghi della cura* 2008;4:11-6.

Hughes JC, Robinson L, Volicer L. Specialist palliative care in dementia. *BMJ* 2005;330:57-8.

Macdonald AJD. Mental health in old age. *BMJ* 1997;315:413-7.

McClelland MJ, Smyth KA, Neundorfer MM. Survival of persons with

Alzheimer's disease: caregiver coping matters. *Gerontologist* 2004; 44:508-19.

Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB. Dying with advanced dementia in the Nursing Home. *Arch Intern Med* 2004a;164:321-6.

Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB, Pak PS, Morris JN, Fries BE. Estimating prognosis for Nursing Home residents with advanced dementia. *JAMA* 2004b;291:2734-40.

Mölsa PK, Martella RJ, Rinne UK. Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Acta Neurol Scand* 1986;74:103-7.

Morrison RS, Siu AL. Survival in end-staged dementia following acute illness. *JAMA* 2000;284:47-52.

Pasman R. Forgoing artificial nutrition and hydration in nursing home patients with dementia. Ponsen & Looijen B.V., Waenngen, NL, 2004.

Portenoy RK, Sibirceva U, Smout R, Horn S, Connor S, Blum RH et al. Opioid use at the end of life: a survey of a hospice population. *J Pain Symptom Manage* 2006;32(6):532-40.

Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, Deeg DJ. Frequency and determinants of advance directives concerning end-of-life care in Netherlands. *Soc Sci Med* 2006a;62:1552-63.

Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, Pasman HR, Ribbe MW, van der Wal G. Attitude of physicians, nurses and relatives towards end-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia. *Patient Educ Couns* 2006b;61:372-80.

Sclan SG, Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity and ordinality. *Internat Psychogeriatrics* 1992;4:55-69.

Shega JW, Levin A, Hougham GW, Cox-Hayley D, Luchins D, Hanrahan P, et al. Palliative excellence in Alzheimer care efforts (PEACE): a program description. *J Palliat Med* 2003;6(2):315-20.

Simionato L, Toscani F, Villani D, Gentile S, Giunco F, Dimonte V, Di Giulio P. Decisions critical for quality of life and survival of severely demented patients (submitted).

Società Italiana di Cure palliative. Raccomandazione della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa. [www.sicp.it/documenti\\_pubblici/documenti\\_sicp/Sedazione.pdf](http://www.sicp.it/documenti_pubblici/documenti_sicp/Sedazione.pdf).

Temkin-Greener H, Mukamel DB. Predicting place of death in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): Participant versus Program characteristics. *J Am Ger Soc* 2002;50:125-35.

The Italian Longitudinal Study on Aging. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self reported and clinical diagnoses. *Int J Epidemiol* 1997;26:995-1000.

Van der Steen JT, van der Wal G, Mehr DR, Ooms ME, Ribbe MW. End of life decision making in nursing home residents with dementia and pneumonia: Dutch physicians' intention regarding hastening death. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2005;29:148-54.

Vig EK, Taylor J, Starks H, Hopley EK, Fryer-Edwards K. Beyond substituted judgement: how surrogates navigate end of life decision-making. *JAGS* 2006; 54:1688-93.

Vollmann J. Advanced directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations. *Med Health Care Philos* 2001;4:161-7.

Walsh JS, Welch HG, Larson EB. Survival of outpatients with Alzheimer-type dementia. *Ann Intern Med* 1990;113:429-34.

Wolfson C, Wolfson DB, Ascharian M, MLan CE, Østbye T, Rockwood K, 6 et al. A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *N Engl J Med* 2001;344:1111-6.

## La cittadinanza attiva e il contrasto alla solitudine

### *L'esperienza della telefonia sociale di Auser*

**Sergio Veneziani**

Presidente Auser Lombardia

**C'**è un'idea che mi guida, come uomo e come presidente di una grande associazione di volontariato: il diritto alla felicità. Non si tratta di un concetto chiaramente espresso nella Costituzione Italiana come lo era, ad esempio, nella Dichiarazione d'Indipendenza americana del 4 luglio 1776, ma questo non ci esime dal fare profondamente nostro il principio che l'obiettivo di una società civile sia il comune "ben-essere". Lo scontro con la realtà, molto meno idilliaca di quanto potremmo desiderare, ci deve far riflettere sul fatto che mai come adesso è necessario sentirsi di nuovo comunità, ricostruendo quei legami "di

buon vicinato" che per tanti motivi (in cima svettano paura, diffidenza e individualismo) sono stati disgregati dalla società moderna, quella che il sociologo Aldo Bonomi ha definito "comunità del rancore". È in questo quadro che interviene un'associazione di volontariato come Auser Lombardia, la cui azione è focalizzata sulla solidarietà, l'integrazione e il conseguente miglioramento della qualità della vita. Un esempio di come tutto questo non sia un'utopia è fornito dai risultati del servizio di telefonia sociale "Filo d'Argento", nato per contrastare la solitudine e l'emarginazione degli anziani, in coerenza con la nostra carta dei valori:

#### CARTA DEI VALORI ASSOCIATIVI DI AUSER

L'Auser è una "Associazione di progetto" tesa alla valorizzazione delle persone e delle loro relazioni, ispirata a principi di equità sociale, di rispetto e valorizzazione delle differenze, di tutela dei diritti, di sviluppo delle opportunità e dei beni comuni.

L'Auser si propone i seguenti valori obiettivo:

- Sviluppare il volontariato, le attività di promozione sociale, l'educazione degli adulti, la solidarietà internazionale, con particolare riferimento alle persone anziane e ai rapporti intergenerazionali;
- Sostenere le persone, migliorarne la qualità della vita e delle relazioni, orientarle all'esercizio della solidarietà;
- Difendere e sviluppare le capacità conoscitive e attive, anche residue, delle persone;
- Promuovere sul territorio reti associative e strutture di servizio a sostegno delle responsabilità familiari e di prossimità (buon vicinato), in sinergia con le istituzioni pubbliche;
- Promuovere la cittadinanza attiva favorendo la partecipazione responsabile delle persone alla vita e ai servizi della comunità locale, alla tutela, valorizzazione ed estensione dei beni comuni culturali ed ambientali, alla difesa ed ulteriore sviluppo dei diritti di tutti;
- Rinsaldare e rinnovare le comunità locali come realtà solidali aperte, plurali, inclusive.

## MATERIALI DI LAVORO

Il Filo d'Argento è un sistema di telefonia sociale basato sul numero verde nazionale 800 995 988, totalmente gratuito e attivo dalle ore 8.00 alle 20.00 per tutti i giorni dell'anno (festivi compresi); la Lombardia costituisce un'eccezione: nella nostra regione il servizio è infatti disponibile ogni giorno 24 ore su 24. Un software, elaborato appositamente per il progetto, permette il riconoscimento automatico del prefisso dell'utente che contatta il numero verde e devia la telefonata direttamente al punto di ascolto di Auser più vicino alla persona che chiama. A questo punto si incrocia la caratteristica che ha reso unico il Filo d'Argento: la presa in carico. Ad una persona in difficoltà, a maggior ragione se si tratta di un anziano solo, non potrà mai bastare la possibilità di sfogarsi ed essere più o meno confortato da un estraneo che è e rimane dall'altro capo della linea; ha bisogno che quel filo telefonico lo metta in relazione con qualcuno, affidabile e preparato, che dica "Ho capito il tuo problema, ti mando un nostro volontario che può aiutarti". Semplificando al massimo, ecco cosa rende diverso il Filo d'Argento: ciò che il sistema di telefonia sociale di Auser offre all'utente non sono solo parole buone, sono fatti concreti.

Attraverso il Filo d'Argento gli anziani possono certamente ricevere compagnia telefonica o informazioni utili, ma soprattutto possono contare su una rete capillare di volontari – coadiuvata dalla collaborazione con istituzioni, servizi pubblici ed enti di Terzo Settore – che permette il trasporto protetto per visite e controlli medici, l'intervento per piccole riparazioni in casa, la consegna a domicilio della spesa o dei farmaci, il supporto concreto, rapido ed efficace a fronte della segnalazione di abusi o disservizi. Quando è nato, dando forma al modello che oggi conosciamo, il Filo d'Argento ha avuto l'imprescindibile ricchezza di potersi appoggiare a un'associazione già forte e ben radicata sul territorio: nel 2001 in Lombardia potevamo contare su circa 300 associazioni locali; oggi abbiamo oltre 420 sedi e più di 14.000 volontari attivi su una base di 78.000 soci. Vale la pena ricordare che i volontari Auser sono anch'essi in età matura, pertanto sono capaci di un'empatia profonda con coloro che diventano utenti dei servizi del Filo d'Argento. La spontaneità, l'attitudine positiva e la predisposizione all'ascolto, tuttavia, non sono sufficienti: chi intende mettersi a disposizione della comunità in maniera seria deve sapere che occorre ricevere un'adeguata formazione preliminare e inserirsi in un processo di aggiornamento regio-

lare. Auser offre tutti gli strumenti necessari affinché il contatto – telefonico e personale – con l'anziano si traduca in un'approfondita e paziente *analisi del bisogno*, e indirizzi verso una valida soluzione delle problematiche riscontrate, rendendo ancora più qualificata la presa in carico e garantendo all'utente una risorsa in termini di relazione, superamento di imbarazzi e vergogna (ammettere di aver bisogno di aiuto non è sempre così semplice, spesso lo è ancora meno sviscerarne le ragioni), continuità di rapporto, vicinanza sul territorio, sicurezza, autonomia recuperata.

Auser interpreta la sussidiarietà – altra parola chiave per noi – coinvolgendo quella parte di società, vale a dire la popolazione anziana, che viene generalmente immaginata come soggetto passivo, beneficiario solo di interventi socio-assistenziali e sanitari.

Auser promuove una sussidiarietà che valorizza le relazioni interpersonali e intergenerazionali, organizza reti, mantiene vivaci le preziose risorse custodite in qualsiasi persona di qualsiasi età, porta valore aggiunto a livello collettivo, costruisce comunità solidali aperte e dinamiche, diventa motore di una nuova cultura sociale di cittadinanza attiva e responsabile. L'efficacia di qualsiasi iniziativa in questa direzione dipende in maniera totale dalla qualità del rapporto con il territorio e quindi della collaborazione con la *governance* locale. Un impulso straordinario al sistema è arrivato nel 2005, quando Auser Lombardia si è aggiudicata il bando regionale che ha generato il progetto triennale "Filo d'Argento – Pronto Servizio Anziani/Regione Lombardia" che ha permesso di instaurare significative collaborazioni, attraverso convenzioni, tra l'associazione, le istituzioni, il servizio pubblico delle Asl e i partner del Terzo Settore.

È importante rilevare che, oltre ai tanti servizi erogati, la rete del sistema Filo d'Argento ha portato ad intercettare i cosiddetti "bisogni inespressi" e a restituire dignità di cittadinanza piena a tanti anziani che ormai consideravano se stessi invisibili.

Dalla relazione sulle attività svolte nel triennio 2005-2008 nell'ambito del progetto "Filo d'Argento – Pronto Servizio Anziani/Regione Lombardia" emergono dati impossibili da ignorare.

Una valutazione statistica al termine del triennio di sperimentazione ha riscontrato che il 5% della popolazione lombarda ultrasessantacinquenne riceveva assistenza da Auser. Nel 2007 e nel 2008 Auser Lombardia ha affidato a Doxa il compito di svolgere un'indagine a campione testando il livello di soddisfa-

**Tabella I - Chiamate telefoniche, servizi erogati, cittadini assistiti (2005-2008).**

Periodo temporale *	N. cittadini assistiti	N. telefonate ricevute	N. servizi erogati
16 luglio 2005 / 15 luglio 2006	17.499	46.074	59.225
16 luglio 2006 / 15 luglio 2007	41.611	116.467	299.837
16 luglio 2007 / 15 luglio 2008	45.475	123.377	257.636
<b>Totale**</b>	<b>104.585</b>	<b>285.918</b> <i>Media telefonate per assistito = 2,73</i>	<b>616.698</b> <i>Media servizi per assistito = 5,90</i>

\* Occorre ricordare che il secondo semestre 2005 è stato dedicato alla infrastrutturazione del sistema di telefonia sociale: i 19 Punti d'Ascolto sono perciò diventati tutti effettivamente operativi a partire dal 16 gennaio 2006 (in accordo con la Convenzione regionale).

\*\* I dati forniti sono puntualmente registrati, tramite schede assistito individuali, nel sito di Auser [www.filodargento.it](http://www.filodargento.it) e sono accessibili e consultabili attraverso un percorso guidato e protetto da opportune chiavi d'accesso (username e password), diversificate in ragione del livello territoriale di riferimento.

zione dei cittadini lombardi assistiti dal progetto regionale "Filo d'Argento - Pronto Servizio Anziani/Regione Lombardia": i dati della rilevazione più recente riportano che si sono dichiarati molto o abbastanza soddisfatti del servizio l'88% di coloro che hanno chiesto alla telefonia sociale un intervento d'aiuto alla persona, e il 91,4% di chi ha domandato informazioni.

Il progetto "Filo d'Argento - Pronto Servizio Anziani" si è chiuso il 15 luglio 2008, ma il lavoro con la Regione Lombardia è proseguito (ad esempio con "Emergenza caldo", anche nel periodo estivo 2009), ed Auser Lombardia auspica un rafforzamento del rapporto con le istituzioni: fare rete è l'unica prospettiva per rinviare un tessuto sociale indebolito e sfilacciato. Non è un caso che Auser Lombardia (anche sotto il profilo del volontariato civico e delle attività di promozione socio-culturale e ricreative) e il suo Filo d'Argento siano diventati una parte riconosciuta del modello di welfare locale. Le esigenze dei cittadini lombardi rispetto agli attuali livelli di assistenza disponibili dipendono da quelli che la commissione coordinata dal prof. Costanzo Ranci ha definito "squilibri territoriali, prestazionali, nella copertura del fabbisogno, nel rapporto tra estensione ed intensità delle prestazioni"; a ciò va aggiunta la progressiva presa di coscienza che i livelli essenziali di assistenza, universalmente intesi, sono diritti esigibili da parte dei cittadini a tutela tanto della soggettività quanto della collettività, tanto delle persone fragili quanto delle loro famiglie.

Nel semestre gennaio/giugno 2009 (dati rilevati dal si-

to [www.filodargento.it](http://www.filodargento.it) alle ore 13 del giorno 7 settembre 2009) il servizio di Telefonia Sociale/Filo d'Argento:

- ha ricevuto e gestito 54.877 chiamate telefoniche di "soccorso sociale"
- alle quali sono corrisposte 132.554 "prese in carico" delle problematiche
- esposte/provenienti da 10.620 cittadini in condizioni di disagio sociale.

È un errore pensare che dietro l'etichetta "aiuto alla persona" si incasellino soltanto supporti socio-sanitari o forniture di beni pratici, perché nella nostra esperienza quotidiana effettuiamo interventi che non rientrano nelle normali indagini statistiche o nelle programmazioni dei servizi sociali: il Filo d'Argento risponde anche ai cosiddetti "bisogni immateriali", legati cioè alla sfera emotiva, alla sete di cultura o al puro desiderio di svago. Ad esempio, al numero verde è arrivata la richiesta di un anziano non più autosufficiente che chiedeva che un volontario andasse da lui nelle sere limpide d'estate e lo accompagnasse sul balcone a guardare le stelle... ed è stato esaudito, così come un anziano che non metteva piede fuori da casa propria da 7 anni e si è rivolto al Filo d'Argento per visitare il proprio paese e vedere finalmente con i propri occhi cosa e come fosse cambiato in tutto quel tempo. Vale lo stesso per chi ci chiede di essere portato al cimitero a trovare i propri cari oppure di recarsi presso un centro anziani per trascorrere un pomeriggio a giocare a carte e divertirsi. Questo tipo di risposte alle esigenze delle persone regala un pizzico di felicità in più, che per molti significa ritrovare motivazione per vive-

## MATERIALI DI LAVORO

re e non solo per sopravvivere; da sempre Auser Lombardia ha un occhio di riguardo per l'università della terza età, che ora ha preso il nome di "UniAuser", e per il turismo sociale che prende spunto dalle tematiche trattate nei vari corsi e, oltre al cervello, stimola lo spirito grazie alle tante occasioni di sana socializzazione. Non essere tagliati fuori dal mondo moderno e dal dialogo con i nipoti, ad esempio, è stata la molla per coloro che hanno frequentato i nostri corsi di alfabetizzazione informatica e utilizzo di internet; di riflesso, nel 2008 abbiamo messo in rete il nuovo sito internet [www.auserlombardia.it](http://www.auserlombardia.it) dove, insieme alla presentazione del profilo dell'associazione, ci sono tanti spazi interattivi dedicati ai visitatori. A proposito di intergenerazionalità, un esempio recentissimo: è stato proprio il web a far trovare Auser Lombardia ai giovani che, dopo il terribile terremoto del 6 aprile in Abruzzo, desideravano partire come volontari per aiutare gli sfollati. Ci sono arrivate via e-mail tantissime richieste di partecipare alla nostra missione al campo Murata Gigotti a Coppito, durata dal 14 giugno al 20 settembre; cosa ancora più importante, è che i ragazzi che hanno coperto un turno settimanale presso la tendopoli si sono davvero innamorati del volontariato, ben al di là di facili sentimentalismi.

Mantenere o, per alcuni, addirittura scoprire il gusto del vivere insieme e del condividere le esperienze dà esiti più soddisfacenti di un antidepressivo. Certo, capiamo che in questo particolare momento storico sembra che la convivenza richieda più coraggio che naturalezza. Quotidiani e telegiornali ci hanno abituati a percepire il termine "integrazione" soltanto nel contesto del rapporto con i migranti, separati da noi italiani dalla lingua, dalla cultura, dalla religione e persino dalla burocrazia; è vero che bisogna inseguire con determinazione politiche di inclusione, ma è altrettanto vero che il problema dell'emarginazione colpisce analogamente una larga fetta dei cittadini del nostro paese. Pensiamo agli utenti del Filo d'Argento: un anziano con problemi di mobilità che vive in un palazzo senza ascensore o in un quartiere senza servizi è un emarginato. Un anziano che deve rinunciare ad avere un cane perché non può accompagnarlo fuori per la passeggiatina igienica è un emarginato. Un anziano che deve convivere a forza con la propria solitudine è un emarginato. Un anziano che non ha i mezzi economi-

ci per far fronte alla quotidianità è un emarginato. Un anziano che non ha gli strumenti culturali per decifrare l'attualità che lo circonda o per compilare pratiche (la "social card" è stata emblematica, il passaggio dalla televisione analogica al segnale digitale lo sarà altrettanto per altre questioni) è decisamente emarginato. E, al di là di tutto, c'è un'esigenza insopprimibile per qualsiasi essere umano sulla faccia della Terra: la socializzazione, l'affetto dei propri simili, il calore dell'attenzione sincera. Ecco perché, prima di parlare di integrazione, è nostro dovere di cittadini ricercare la coesione. Auser Lombardia sta provando a ricucire alcuni strappi nel tessuto sociale, sia attraverso il Filo d'Argento sia con la progettazione, in corso, di un innovativo modello di "luogo della comunità" che abbiamo battezzato Campus. Ci vorrà del tempo, ma gli studi preliminari ci spronano ad essere fiduciosi. In agenda abbiamo inoltre l'allargamento alla telefonia mobile dell'accesso al numero verde 800 995 988, sempre assicurando la rintracciabilità del territorio di provenienza della chiamata, e la formazione specifica ai nostri operatori telefonici per captare i sottili segnali d'allarme che celano violenza domestica, sia essa fisica, psicologica o economica. Nei territori di Cremona, Lecco, Lodi e Mantova, inoltre, sono già state sperimentate con successo le telefonate finalizzate al monitoraggio preventivo, a partire dal nostro database degli utenti che hanno dato l'assenso ad essere contattati dai volontari Auser; è evidente che più si riuscirà a fare rete con le istituzioni e con le Asl, più questo servizio di supporto contro la solitudine potrà essere reso capillare e potrà essere funzionale all'applicazione piena della legge regionale 3/2008. I servizi del sistema Filo d'Argento rendono la comunità più vivibile e sicura, per quanto possibile, ma hanno un altro grande valore aggiunto: offrono a chi entra nell'età libera, e sceglie di diventare un volontario, l'opportunità di vivere un periodo dell'esistenza molto lungo in un modo molto intenso.

La figura che illustra i servizi di Auser sarà pubblicata sul sito [www.grg-bs.it](http://www.grg-bs.it).

La Tabella 2 Attività svolte nel triennio 2005-2008 nell'ambito del progetto "Filo d'argento - Pronto Servizio anziani/Regione Lombardia" sarà pubblicata sul sito [www.grg-bs.it](http://www.grg-bs.it).

## Vecchiaia e povertà

Antonino Frustaglia

Istituto "P. Redaelli", Vimodrone (MI)

### PREMESSA

La povertà è la condizione che colpisce singole persone, o collettività umane nel loro complesso, che si trovano ad avere, per ragioni di ordine economico, un limitato (o del tutto mancante nel caso della condizione di *miseria*) accesso a beni essenziali e primari, ovvero a beni e servizi sociali d'importanza vitale. La povertà diventa pauperismo quando riguarda masse che non riescono più ad assicurarsi i minimi mezzi di sussistenza: è questo un fenomeno collegato ad una particolare congiuntura economica che porta al di sotto del minimo di sussistenza una gran parte della popolazione.

In altri termini, per povertà si intende l'impossibilità a poter soddisfare i bisogni primari del vivere quotidiano: include gli aspetti nutrizionali, abitativi e igienico-sanitari. Accanto a questa condizione sociale, spesso si affianca un altro elemento, sovente considerato uno spettro: la vecchiaia, collegata, nel pensiero comune, ad un potenziale stato di fragilità. L'insieme dei due fenomeni ha un effetto moltiplicatore, e rischia di avere una carica esplosiva per una società che, sempre più, li nega a se stessa come se fossero tabù. Il vero rischio è che, se non si cerca di vederli nella loro complessità, vecchiaia e fragilità possano rivoltarsi contro di noi obbligandoci, comunque, ad una nuova moderna "rivoluzione culturale".

Maria Luisa Cohen, quasi provocatoriamente, in un suo editoriale ha scritto: *"I vecchi che crescono numericamente fanno paura. Sono una minaccia, un peso per la società del welfare, un impedimento al nostro godere pienamente la vita senza la testimonianza triste di un'immagine del declino che ci aspetta, e senza che le spese di una crescente "dependency ratio" ci faccia tutti più poveri. Nonsense. Una "dependency ratio" dovuta all'aumento degli anziani sarebbe parzialmente compensata da una diminuzione dei nuovi nati, e quindi la riduzione della "dependency ratio" dei più giovani (se siamo così fortunati*

*nati da ridurre la crescita demografica). Ma parallelamente all'odio per la vecchiaia e la decadenza fisica fa riscontro la mitizzazione della giovinezza e della sua forza redentrice. Si teme la riduzione delle nascite come la peste. Eppure l'allungamento della vita, cui si sono sempre tesi tutti gli sforzi della medicina e dell'igiene, è causa di celebrazione"*.

Al di là di ogni considerazione personale riguardo a tali affermazioni, rimane, nell'immaginario collettivo, la possibilità e la paura, delle persone anziane, di ammalarsi più frequentemente. Questo timore contribuisce ad accentuare tale paura analogamente alla perdita del vigore sessuale, poiché nessuno, uomo o donna, gradisce vedere diminuita la propria attrattiva. Inoltre, la più comune causa della paura della vecchiaia è associata alla possibilità o al rischio di diventare poveri. Infatti, la parola "ricovero", prospettando la minaccia di dover trascorrere gli anni di vita lontano dalla propria abitazione dimora, è fonte di paura per l'anziano.

Oggi, la geriatria desidera contrastare questo pessimismo "demografico" (l'invecchiamento della specie) per lasciare prevalere una visione più umana, nel segno di un ottimismo razionale, reso possibile dalle osservazioni chimico biologiche e dalle scelte positive che ogni persona e la collettività possono realizzare.

Un ulteriore elemento che può causare la paura della povertà è la possibilità di perdere, con l'età, oltre alla salute, la libertà e l'indipendenza.

In questa prospettiva, tutti abbiamo il compito di interrogarci riguardo a tali aspetti del nostro vivere attuale, per saperli gestire, piuttosto che essere gestiti da essi nel tempo.

### ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

Gli italiani, oggi, sono a quota 60 milioni. Secondo i dati ISTAT, l'incremento della popolazione (497.871 solo

nel 2007) è dovuto in gran parte all'incremento degli immigrati; infatti, il saldo naturale segna -6.868. Al 10 gennaio 2008 gli stranieri residenti in Italia erano 3.432.651 (+493.729 unità rispetto all'anno precedente), ossia il 5,8% della popolazione totale. Gli stessi dati ISTAT evidenziano che un italiano su cinque ha più di 65 anni e i "grandi vecchi" (da ottanta anni in su) sono il 5,3% della popolazione. I dati sull'istruzione indicano che una persona su quattro ha al massimo la licenza elementare; il 32,4% ha il diploma di scuola superiore, il 10,2% un titolo universitario. Il livello di soddisfazione economica degli italiani è in discesa e si è ridotto al 43,7% dal 51,2% del 2006 (basti pensare che era al 64,1% nel 2001). Nel sud, in particolare, la quota di insoddisfatti arriva al 64,2%. Anche l'attività industriale rallenta, sebbene sia ancora in positivo (+0,5% oggi, +2% del 2006): a crescere sono il tessile e l'abbigliamento (+4,4%) mentre in crisi sono soprattutto concia e calzature (-5,8%). A scendere sono anche protesti (-5,2%) e fallimenti (-16,1%), con un forte addensamento fra le società (91,6% del totale). Segno più si registra anche per la spesa pensionistica che nel 2006 è stata pari al 15,16% del Pil (+0,06 punti percentuali sul 2005), mentre gli assegni di invalidità, vecchiaia e superstiti sono aumentati nel numero (+0,7%) e nella spesa (+4%). (Istat, 2008)

Non ci sono dati aggiornati circa la povertà complessiva ma, nella media, il reddito reale e la spesa complessiva delle famiglie si contraggono dal secondo trimestre del 2008. Inoltre, il reddito delle famiglie dei lavoratori autonomi è, nella media, del 15 per cento superiore a quello delle famiglie dei lavoratori dipendenti. Paradossalmente, e senza nulla togliere al dramma di chi perde il lavoro (autonomo o dipendente) e di chi vede il proprio reddito decurtato dalla cassa integrazione, la crisi economica sembra operare un effetto di riduzione delle differenze.

## LA VECCHIAIA E LA POVERTÀ NELLA STORIA

Per comprendere come nella storia dell'umanità sia stata considerata la povertà, è bene ripensare ai dati rilevati nelle varie epoche. Il sumerologo Noha Kramer, citando un proverbio trascritto tremilacinquecento anni fa a Ur, la capitale dei sumeri, su una delle migliaia di tavolette d'argilla che giacciono catalogate al Museo di Istanbul, sentenzia "Per il povero è preferibile essere morto anziché vivo - *Se ha pane, non ha sale* -

*Se ha sale non ha pane*". Se questo detto è così trafugante per chi lo legge, al di là dell'età anagrafica, immaginiamo come può essere catastrofico se ci si riferisce a chi è povero e in piena senescenza.

La povertà documentata più nota è quella dell'antica Roma a livello urbano. Si rileva che le fonti sono, come evidenzia lo studioso di storia antica Witthaker, scritte "dai ricchi per i ricchi". Il lavoratore non qualificato che guadagnava tre sesterzi al giorno (il doppio del soldo di un legionario) ai tempi di Giulio Cesare, poteva essere vicino di casa di Catone Minore, che contava su proprietà per quattro milioni di sesterzi (con una rendita giornaliera di 600 dei medesimi). La condivisione tra ricchi e poveri consisteva nella vicinanza abitativa oltre che nell'esposizione agli incendi e alle epidemie. Esistevano comunque le "tuguria", vere e proprie bidonvilles poste ai margini dei centri abitati. Da un punto di vista sociale, i ricchi (come Catone) ritenevano che la povertà rientrasse nell'ordine naturale del mondo. Il pensiero comune dei ricchi era che i manovali, gli operai, gli artigiani, i piccoli negozianti, insomma "il popolo" ed i mendicanti, fossero "canaglia", ossia cattivi. In questa logica gli schiavi che vivevano nelle domus non potevano essere considerati "poveri". L'obiettivo della nobiltà romana era quello di manovrare le masse dei relativamente indigenti, "il popolo", sia sotto il profilo politico sia dell'accettazione della propria condizione da parte degli interessati. Furono escogitati sistemi di assistenza selettiva con il metodo delle clientele, del patronato, con il fine di un controllo che, all'occasione, permetteva la mobilitazione politica. Nel sistema assistenziale del tempo erano completamente esclusi gli schiavi, gli orfani, i derelitti e gli emarginati. Per essi saranno le comunità religiose (ebraiche e delle chiese primitive) ad aprire la via ad un nuovo modello di solidarietà. Poco è risaputo, per quei tempi, della condizione della vecchiaia in povertà. Verosimilmente, poiché l'età media del tempo era intorno ai 40 anni, a causa dello scarso livello igienico e dell'inappropriato livello nutrizionale, vi erano ben poche possibilità che un povero arrivasse alla senescenza. Nella città di Roma, durante il XVI secolo, si svilupparono particolari condizioni politiche, economiche e sociali, accompagnate da saccheggi, pestilenze e carestie, tali da provocare una profonda diffusione della povertà. Il Papa Sisto V, con la sua bolla *Quamvis Infirmus* nel 1587, riprese il progetto di papa Bonifacio VIII di rinchiodare tutti i poveri in un ospizio eretto vicino a ponte Sisto dove internare, a giudizio di un'autorità

formata da laici ed ecclesiastici, chi dovesse essere accolto e chi invece autorizzato a mendicare. In quel tempo la licenza di mendicizia veniva rilasciata ai poveri miserabili: ciechi, vecchi, inabili poiché "stroppi" ai quali era fatto obbligo di avere un distintivo cucito sulla spalla sinistra e di portare con sé una bolla a stampa che valeva come nulla osta. Dai dati rilevati non sembra che nei secoli successivi ci sia stato un forte cambiamento nella differente distribuzione del benessere tra ricchi e poveri, se non un lento e graduale affermarsi di categorie intermedie che porteranno alla nascita della borghesia. Solo con la diffusione del lavoro salariato, la crescente mobilità della manodopera e l'aumento della speranza di vita (maggior possibilità di vivere una vecchiaia), sorgono delle forme di previdenza per la vecchiaia che, nel tempo, divengono sempre meno adeguate alla nuova situazione sociale, e dove la nascita di una Assistenza pubblica si vide costretta ad assumersi oneri sempre maggiori. Nell'ultimo quarto del XIX secolo, quando le opinioni sul modo di concepire e fronteggiare la povertà cominciarono a diversificarsi, vennero formulati i primi progetti per rimediare alle diffuse condizioni di indigenza degli anziani. Ad esempio, il dibattito che si sviluppò in Germania, che ebbe notevole influsso anche sul nostro Paese, precedette il varo di un'assicurazione di diritto pubblico contro l'invalidità e la vecchiaia (1889). Un altro esempio viene dalla Svizzera, dove questa idea venne riproposta nel marzo del 1890 con l'Assicurazione malattia e per l'Assicurazione contro gli infortuni. Seguirono altre proposte di assicurazioni sociali quali, ad esempio, l'assicurazione contro la vecchiaia.

La tradizione della beneficenza ai poveri, ai vecchi e agli indigenti nei secoli dal '300 in poi ha avuto un notevole sviluppo in diverse realtà comunali. Alcuni esempi emergono anche nella storia milanese che ha radici antiche rispetto alla generosità verso i poveri. Infatti, già dal medio evo, si contraddistinse attraverso alcune congregazioni quali le opere pie elemosiniere. Nei secoli si trasformarono sia a Milano, come in altre realtà cittadine, in Enti Comunali di Assistenza (ECA), poi in Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza (IPAB) per trasformarsi nelle attuali Fondazioni ed Aziende di Servizi alla Persona (ASP). Analoghe realtà furono quelle che condussero alla creazione del Pio Albergo Trivulzio, dei Martinitt e delle Stelline. In molte altre città fiorì la solidarietà, a volte proposta da congregazioni religiose, altre volte per iniziativa laica. Un emblematico esempio di attuale impegno sociale

presente nella solidarietà milanese è l'associazione "Pane quotidiano", nato dalla solidarietà spontanea di privati con l'impegno di essere una associazione aconfessionale ed apolitica. Essa, in ottemperanza al motto "fratello, nessuno qui ti domanderà chi sei, né perché hai bisogno, né quali sono le tue opinioni" ha sempre cercato, sin dalla sua fondazione, avvenuta come "Società del Pane Quotidiano" il 3 giugno 1898, di corrispondere al bisogno dei poveri del tempo. Essa nacque dal volere di diverse famiglie e benefattori accomunati da una cultura milanese fortemente fondata sui valori dell'umanesimo laico. Dopo un anno dalla fondazione si registrò un'affluenza di 68.514 bisognosi accorsi per 200 grammi di pane quotidiano. Oggi a Milano vi sono due sedi del "Pane Quotidiano": una storicamente presente nel cuore della città, che serve 1.500 persone al giorno (il sabato diventano 2.500). Un fenomeno particolare che si è osservato in questi ultimi anni è che gli anziani sono passati da 80 (5,3%) persone al dì a 350 (oltre il 23,3%), di cui 70 invalidi. Nella periferia di Milano è presente un'altra sede del "Pane Quotidiano", che eroga 1.000 pasti al dì (il sabato divengono 1.500), con un'analoga percentuale di anziani.

## LA VECCHIAIA E LA POVERTÀ OGGI

Attualmente si parla di povertà assoluta quando un individuo si trova nell'impossibilità materiale di far fronte ai bisogni fondamentali (*basic needs*) in campo alimentare, nel vestiario e nell'alloggio. Esiste poi una povertà relativa nel caso in cui un bene considerato socialmente necessario in alcuni Paesi, in altri non riceve la medesima importanza: ad esempio, una famiglia può essere considerata povera nella nazione industrializzata, mentre per la nazione in cui vive è relativamente benestante.

Secondo dati ISTAT riferiti al 2007, 975.000 famiglie si trovano in condizioni di povertà assoluta (ossia il 4,1% delle famiglie residenti). In queste famiglie vivono 2 milioni e 427 mila individui, ossia il 4,1% dell'intera popolazione. Nelle famiglie dove è presente un anziano la soglia di povertà assoluta diviene del 5,3%. Se l'anziano è la persona di riferimento l'incidenza è pari al 5,6% e sale al 6,6% tra gli anziani soli, che mostrano un valore più elevato di quello osservato non solo tra i single più giovani (3,2%), ma anche tra le coppie di anziani (3,7%). Un'incidenza più elevata si osserva tra le

## FAMIGLIA E VOLONTARIATO

famiglie con a capo una donna (4,9%); nella maggior parte dei casi si tratta di anziane sole (55%) e donne sole con figli (21%).

Il nutrimento di un individuo è in stretta correlazione con la sua capacità lavorativa e, di conseguenza, con il suo reddito. Si crea un circolo vizioso del tipo basso reddito-sottonutrizione-basso reddito. Questo principio di economia politica, applicato all'anziano che vive solo diviene ancora più critico là dove non è garantita una base pensionistica adeguata al contesto sociale. Ne deriva che un anziano con un basso reddito adeguato i consumi ad un punto tale da ridurre l'apporto calorico-proteico a livelli di rischio per malnutrizione da carenza. Il fenomeno è soprattutto presente nella popolazione anziana di fascia economica bassa.

### PROSPETTIVE FUTURE

La maggior parte degli analisti internazionali rileva che la povertà è caratterizzata da privazione, disuguaglianza, ingiustizia, insicurezza e oppressione, cioè da una serie di fattori che insieme erodono il primo dei diritti umani: la dignità di ogni persona. Per questo, la dignità è posta al centro di questa prospettiva. Non è una semplice coincidenza il fatto che la maggior parte dei poveri del mondo siano donne, migranti, anziani, e appartenenti a minoranze etniche o religiose. La situazione economica mondiale sta vivendo un momento congiunturale che è stato paragonato al crollo delle borse del 1929. Secondo il rapporto del 2009 di Amnesty International il mondo è seduto sopra una bomba a orologeria sociale, politica ed economica, innescata da una crisi dei diritti umani. *"Dietro alla crisi economica si cela un'esplosiva crisi dei diritti umani"* – ha dichiarato Christine Weise, presidente della Sezione Italiana di Amnesty International. *"Il mondo ha bisogno di un nuovo tipo di leadership, di un new deal dedicato ai diritti umani: ha bisogno di azioni e impegni concreti per disinnescare la bomba a orologeria, di investire nei diritti umani quanto s'investe nell'economia. Miliardi di persone sono private di sicurezza, giustizia e dignità. La crisi che le colpisce ha a che fare con la mancanza di cibo, di lavoro, di acqua potabile, di terra e di alloggio ma anche con l'aumento di disuguaglianza, xenofobia, razzismo, violenza e repressione"* – ha sottolineato Weise. Gli esempi di scarsa collaborazione, se non di sfruttamento, tra paesi industrializzati e paesi in via di sviluppo, potrebbero essere innumerevoli. Sicuramente si parte da un ri-

spetto per la dignità dei popoli per arrivare ad una revisione del comportamento umano nei confronti dei poveri e delle popolazioni svantaggiate di cui gli anziani fanno parte.

Questo principio vale anche per la realtà e l'economia italiana. Lo sviluppo socio-economico deve tenere conto di chi sono i destinatari veri di beni e servizi. Di offrire a ogni cittadino, secondo i propri bisogni e necessità, la risposta specifica. Il percorso che va alla vecchia logica assistenzialistica del "dare qualcosa a tutti" alla nuova logica che indica beni e servizi accessibili commisurati alle necessità, è un compito sociale irrinunciabile per una corretta distribuzione delle risorse. Se questa soluzione non diviene un argomento "forte" nelle mani di chi governa, sarà solo la legge dell'economia che dominerà, ed allora i ricchi saranno sempre più ricchi di beni e servizi (con la protezione assicurativa) ed i poveri non avranno le risposte sufficienti per le loro necessità. Il rischio e la conseguenza, secondo questa logica, è il ritorno all'assistenzialismo. La ripresa dell'economia non sarà equa e non durerà a lungo se i governi non sosterranno i diritti umani che creano e acuiscono la povertà, e se non trasformano i conflitti armati in progetti di solidarietà.

La crisi economica non dovrebbe essere presa a pretesto dai paesi più ricchi per tagliare i fondi per l'assistenza allo sviluppo. Nei periodi di difficoltà economica, gli aiuti internazionali diventano sempre più importanti per aiutare i paesi più poveri a fornire i servizi minimi essenziali nel campo della salute, dell'istruzione, dell'igiene e dell'alloggio. I governi possono lavorare insieme per risolvere i conflitti mortali.

La nostra storia mostra che la maggior parte delle battaglie che hanno condotto a un cambiamento (dall'abolizione della schiavitù all'emancipazione delle donne) sono nate non dall'iniziativa degli stati ma dall'ostinazione delle persone comuni. Successi come l'istituzione di organi di giustizia internazionale, i controlli sul commercio di armi, l'abolizione della pena di morte, il contrasto alla violenza sulle donne o l'inserimento della povertà e dei cambiamenti climatici al centro dell'agenda internazionale e il rispetto dei diritti degli anziani sono ampiamente dipesi dalla creatività, dall'energia e dalla tenacia di milioni di uomini che hanno creduto a tali principi; essi provengono da ogni parte del mondo. Oltre all'aspetto economico e sociale, ampiamente tracciato, si dovrebbe evitare il rischio di una povertà esistenziale per la mancanza di una visione spirituale e psicologica dell'invecchiamento. In senso spirituale

E. Bianchi ha scritto *"Di fronte alla vecchiaia si tratta anzitutto di accettarla pienamente e questo consentirà di non viverla come tempo di rimpianto e di nostalgia, ma di coglierla come tempo di essenzializzazione e di interiorizzazione proprio all'interno di quel movimento di «assunzione della perdita» che assimila la vecchiaia a un movimento di kénosi (perdersi)"*. In senso laico-psicologico C.G. Jung scrisse *"Ciò che la giovinezza troverà al di fuori, l'uomo nel suo meriggio deve trovarlo nell'interiorità"*. La visione spirituale e psicologica si richiamano a vicenda nell'invitare a prestare attenzione anche all'interiorità che accompagna il diritto dell'uomo e dell'anziano a superare ogni povertà e miseria.

## CONCLUSIONI

Non è facile tracciare delle conclusioni di fronte ad analisi talvolta crude e inusuali. L'analisi economica pura ci indurrebbe a dire "ogni popolo è artefice del proprio destino". Eppure il problema della povertà è solo in parte un calcolo economico. Nella sua determinazione la povertà di un popolo dipende dal proprio contesto ma anche dalla sfida sulla capacità di "solidarietà" reciproca. Il premio Nobel per la pace del 2006, Muhammead Yunus, scrive *"È tempo che la nuova idea del business sociale guidi la prossima grande trasformazione del mondo. È tempo che la visione di un mondo in cui la povertà sia solo un ricordo del passato si trasformi in realtà"*.

In definitiva, è realistico riconoscere che la vecchiaia sia un momento di verità che svela come la vita sia costitutivamente fatta di perdite, di assunzione di limiti e di povertà, di debolezze e negatività. La vecchiaia, ponendo l'uomo in una grande povertà, lo mette anche in grado di cogliersi nella sua verità, quella che si svela al

di là di ogni orpello e di ogni esteriorità. Il dovere sociale degli uomini è cercare di restituire la dignità di vita anche alla fase conclusiva dell'esistenza, e questo rimane il vero senso dell'emancipazione culturale sociale ed economica di ogni civiltà.

Una civiltà senza rispetto e dignità per i poveri ed i vecchi è una civiltà incompiuta, frutto solo di ideologie consumistiche o economiche lontane dall'essenza che dà il senso profondo alla civiltà stessa. Si potrebbe dire *"è l'economia che è al servizio dell'uomo o l'uomo che è al servizio dell'economia?"*. Secondo il tipo di risposta che si dà al quesito si sviluppa, di conseguenza, il modello di società. In pratica, le due componenti spesso coesistono, si scontrano e si rimodellano nella ricerca continua di una civiltà sempre più adeguata all'uomo ed ai bisogni essenziali.

## BIBLIOGRAFIA

Istat, a cura di Ruggiero C. Lavoro politica ed economia sociale, 12.11.08.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Amnesty International, Rapporto Annuale 2009 sulla povertà. EGA Editore, Roma 2009.

Bianchi E. Le parole della spiritualità. Ed. C. Bose, 2008.

Brugnotti W. I 100 anni del pane quotidiano e qualche appunto sulla povertà. Ed. Soc. d.P.Q., 1998.

Muhammad Y. Un mondo senza povertà. Ed. Feltrinelli, Milano 2008.

Paglia, Storia dei poveri in Occidente, Milano 1994.

Rapporto 2007 su povertà ed esclusione sociale "Rassegnarsi alla povertà?" Caritas Italiana - Fondazione "E. Zancan", Il Mulino, Bologna.

Trabucchi M. Invecchiamento della specie e vecchiaia della persona. Ed. Servizi sociali e territorio, 1992.

## Igiene orale e prevenzione delle infezioni respiratorie negli anziani ricoverati in Ospedale e in Casa di riposo

A cura di Giovanni Bigatello

RSA "Villa Stefano", Solo Comacina (CO)

Igiene orale e prevenzione delle infezioni respiratorie negli anziani ricoverati in Ospedale e in Casa di riposo (dall'articolo di P. Sjogren, E. Nilsson, M. Forsell, O. Johansson, J.C. Hoogstraate "A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials" *J Am Geriatr Soc* 2008;56:2124-30).

**D**iciamocelo francamente: sono ben pochi, in Ospedale o in Casa di Riposo, coloro che si danno l'anima per mantenere la bocca degli anziani ospiti in condizioni decorose. Del resto, trovare sulla cartella clinica un riferimento alle condizioni del cavo orale è evento fortuito e spesso privo di conseguenze pratiche. E che questo andazzo sia mal comune alla maggior parte dei Paesi "progrediti" non dovrebbe indurre al mezzo gaudio, ma a ben altre considerazioni, non ultima la scarsa attenzione universalmente prestata a tutti i trattamenti e a tutti gli interventi che non facciano ricorso all'alta tecnologia.

È perciò molto istruttivo l'articolo pubblicato di recente su JAGS (Sjogren et al., 2008) che esamina la correlazione tra igiene orale e morbilità e mortalità per infezioni polmonari nell'anziano ricoverato (sia in ospedale sia in casa di riposo).

Gli Autori ricordano come in letteratura sia già stato messo in luce il rapporto tra cattiva igiene della bocca e infezioni delle basse vie respiratorie, a causa della frequente colonizzazione del cavo orale in siffatte condizioni da parte di germi patogeni. La spiegazione più plausibile di questo rapporto sarebbe che in condizioni di

scarsa igiene la bocca fungerebbe da serbatoio di germi potenzialmente patogeni, la cui aspirazione provocherebbe l'infezione delle vie aeree. Ne dovrebbe perciò conseguire che una più accurata igiene orale porterebbe ad una ridotta insorgenza di polmoniti nosocomiali. Per verificare questa correlazione gli autori hanno condotto una vasta revisione di tutti gli articoli comparsi in letteratura dal 1996 al 2007 che contenesse una combinazione dei termini "salute dentale", "forza muscolare", "capacità respiratoria", "sopravvivenza", "polmoniti", "mortalità da tutte le cause", "periodontite", "periodonto". In tal modo sono stati reperiti 15 studi, 5 dei quali condotti secondo un disegno RCT (*randomized controlled trials*). Per tutti gli studi è stato espresso il livello di evidenza da 1 a 5 (in cui 5 rappresentava il livello più basso).

### STUDI RANDOMIZZATI CONTROLLATI

Dei 5 studi RCT, 4 erano condotti in parallelo ed 1 in *cross-over*.

Le modalità di intervento erano costituite dalla pulizia dei denti dopo ogni pasto, dall'impiego di una soluzione disinfettante (clorexidina o povidone-iodio), dalle due metodiche combinate o da una pulizia meccanica settimanale. Nei gruppi di controllo la pulizia veniva lasciata all'iniziativa del ricoverato e la soluzione disinfettante era sostituita da soluzione fisiologica.

Nei quattro studi in parallelo gli Autori hanno analizzato 4 differenti *end-points*:

- incidenza delle infezioni nei gruppi trattati
- incidenza delle infezioni nei gruppi di controllo
- riduzione del rischio assoluto di infezione

**Tabella 1** - Effetti sulle infezioni respiratorie dell'igiene orale secondo 4 studi RCT in parallelo.

Tipo di intervento	Frequenza degli eventi nel gruppo trattato (%)	N.	Frequenza degli eventi nel gruppo controllo (%)	N.	Riduzione assoluta rischio	NNT	Outcome
Clorexidina vs fisiologica	2,9	173	9,4	180	6,6 (1,6-11,5)	15,3	Infezione vie respiratorie
Pulizia dopo i pasti e/o disinfezione	11,4	184	18,7	182	7,3 (0-14,6)	13,8	Polmoniti
Pulizia e/o disinfezione	7,6	184	16,5	182	8,9 (2,3-15,5)	11,3	Decessi per polmoniti
Pulizia meccanica	5,0	40	16,7	48	11,7 (0,9-24,2)	8,6	Decessi per polmoniti

– NNT (*number needet to treat*, ossia numero di soggetti da trattare onde prevenire un evento infettivo). Tutti questi studi hanno mostrato che l'igiene orale apportava rilevanti effetti positivi riguardo alla prevenzione delle infezioni respiratorie, con elevata significatività statistica (livello di evidenza pari a 2). L'azione preventiva si è manifestata sia con una diminuzione degli episodi infettivi, sia con una riduzione della mortalità (Tab. 1).

### STUDI NON RANDOMIZZATI CONTROLLATI

Benché con un livello di evidenza inferiore (livello 3) rispetto agli RCT, questi dieci studi hanno fornito risultati analoghi. In più, hanno evidenziato una correlazione tra igiene orale e broncopneumopatia cronica. Le conclusioni di tali studi sono che:

- la cattiva igiene orale va considerata come un fattore di rischio maggiore per le infezioni respiratorie negli anziani fragili;
- la perdita di osso alveolare è associata a rischio di pneumopatia cronica ostruttiva;

- esiste correlazione tra colonizzazione del cavo orale da parte di batteri Gram e polmoniti da aspirazione;
- esiste correlazione tra cattivo controllo della placca dentaria e broncopneumopatia cronica ostruttiva;
- microrganismi presenti nelle periodontopatie possono provocare polmoniti da aspirazione;
- le protesi vanno considerate importanti serbatoi di patogeni e fonte di infezioni polmonari;
- la colonizzazione batterica delle protesi e del periodoonto possono spiegare, almeno in parte, la riduzione del FEV osservata in questi pazienti.

### CONCLUSIONI

Gli Autori concludono pertanto che la buona igiene orale, ottenuta attraverso misure molto semplici e per nulla dispendiose – quali la pulizia dei denti dopo i pasti, l'adozione di disinfettanti orali, la pulizia meccanica settimanale – può ridurre in misura elevata l'insorgenza di infezioni polmonari, fatali e non, negli anziani fragili ricoverati.

## A proposito di

### A cura di Antonio Guaita

Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)

#### A proposito di

(dal libro di M. Trabucchi "L'ammalato e il suo medico; successi e limiti di una relazione", Ed. Il Mulino, Bologna 2009)

**V**i è una speciale solitudine, un sentimento complesso che riguarda molti di noi medici quando, dalle linee guida e dai protocolli, ci troviamo di fronte il malato-persona, con il suo corpo, la sua mente, la sua storia, la sua famiglia: oggi che molti rapporti di coppia sono in crisi, non sfugge a questa realtà anche la coppia medico-paziente. In quel momento sembra che la pur notevole massa di dati che viene quasi giornalmente prodotta in tutti i settori della medicina non serva più, ed è come se si passasse da un rumore pervasivo e costante ad un improvviso silenzio. In questa solitudine silenziosa il medico si trova ad utilizzare le conoscenze di cui dispone e che gli danno la ragionevole sicurezza di agire secondo scienza e coscienza. Viene calcolato, però, che per poter essere davvero aggiornato, oggi, un medico dovrebbe leggere 30-35 pubblicazioni al giorno! L'aumento delle possibilità di accesso alle informazioni non ha semplificato la vita professionale ma, al contrario, l'ha resa più difficile con un cambio epocale di gestione del proprio sapere. Chi ha iniziato a fare il medico negli anni '70 del secolo scorso aveva come massimo obiettivo di organizzazione del proprio aggiornamento l'accesso alle informazioni; oggi, invece, il problema è l'eccesso di informazioni e la capacità maggiore sta nella selezione di esse. Questo aumenta l'insicurezza e la difficoltà della decisione clinica se è vero, parafrasando Lakatos, che nemico del vero non è il falso ma l'insignificante. Dall'altra parte ci troviamo persone, malati, famigliari che sembrano sempre più dicotomizzarsi su due linee divergenti: chi si affida del tutto al medico e chi cerca invece informazioni in proprio e sottopone a vaglio critico, non sempre appropriato, tutto ciò che viene proposto come diagnosi e cura. Da una parte, se

il medico viene visto come "onnipotente", è destinato prima o poi a fallire, perché onnipotente non è; dall'altra, la carenza di fiducia nelle prescrizioni porta spesso ad autogestioni assai pericolose, quando non deleterie. Ma ambedue portano a peregrinare continuamente fra specialisti alla ricerca della soluzione definitiva che, sempre più spesso, di fronte alla patologia cronica, non esiste come tale.

Come si può allora parlare dell'ammalato e il "suo" medico, titolo di un libro di M. Trabucchi, uscito per le edizioni de *Il Mulino* il titolo è vagamente (volutamente?) retrò, ma proprio per questo i temi che tratta sono rivolti al presente e anche in modo assai incisivo. Vi è come una sottile provocazione che percorre le oltre 200 pagine del libro: la riappropriazione del rapporto medico/paziente, nonostante, come recita il sottotitolo, "successi e limiti" di tale relazione. In qualche modo la dolorosa notizia che ci dà Trabucchi, che non esistono cioè modi facili per risolvere situazioni difficili, è stemperata da una attenzione e da una riflessione metodologica alle volte concreta fino al dettaglio che ci "prende" proprio perché ci obbliga a non essere agnostici, ad avere un punto di vista su di noi e sui "nostri" malati. Attraverso una serie di temi che forniscono, a parere mio, lo scheletro del libro:

1 - La successione dei capitoli è "romboidale"; vi è, cioè, una analisi puntuale iniziale sul tema della complessità come "musica di fondo" della relazione, da cui si dipartono una serie di sviluppi paralleli e concreti, per poi convergere di nuovo, come dopo aver camminato per vari sentieri, verso un punto, unico anche se ampio: la volontà del medico e la volontà del malato, oggi, di fronte ai dilemmi etici che le possibilità della tecnologia biologica ci pongono. La conclusione è la proposizione di un "modello".

2 - La complessità e la sua assunzione come paesaggio "normale" all'interno del quale si muove oggi il medico, richiede una visione unitaria, una multidimensionalità

che non è fatta di "tanti pezzi", perché così sarebbe solo medicina complicata e non complessa. È fatta, invece, di tante relazioni e interconnessioni fra le varie dimensioni, biologica, sociale, spirituale, ma anche fra i vari livelli gerarchici di organizzazione di ogni sistema (il significato di una lesione d'organo che occorre leggere all'interno dei possibili compensi di altri organi e apparati, il significato di una lesione che dipende anche dal contesto di valori che possiede il malato, la sua vita ecc.). Insomma, un "olismo" che "...carica il medico di responsabilità e cultura non comuni..." e che "...non è una sovrastruttura al ragionamento clinico, ma un elemento strutturale dello stesso, perché permette di mettere in rete i diversi aspetti della vita, identificando, ove possibile, i punti di contatto, le interazioni negative e positive, quello che, in sostanza, provoca la non linearità e l'imprevedibilità degli eventi vitali..."; la valorizzazione del contesto per definire il significato dei dati clinici non è un lusso culturale, ma il modo normale della azione clinica nell'epoca della complessità; si sarebbe tentati di dire l'unico modo possibile. Altri elementi di complessità individuati, di grande interesse, sono la responsabilità del medico verso la qualità della vita e non solo la qualità della cura dell'ammalato, la ricerca, per arrivare alla responsabilità nella allocazione delle risorse, tema quanto mai attuale e controverso.

3 - Non a caso, come punti chiave di attualizzazione del discorso sulla complessità sono presi elementi in cui si gioca intera la qualità e la difficoltà della relazione, in cui entrano con un peso importante i vissuti soggettivi, non solo del malato. L'esperienza più soggettiva di tutte, quella del dolore che, proprio perché è esperienza non misurabile con tecnologia oggettiva, necessita di vicinanza, in qualche modo un percorso contrario a quello che viene continuamente raccomandato sulla "obiettività" e il distacco del medico. Allora compaiono parole che non siamo abituati ad associare alla attività clinica, come compassione, speranza.

"...Come evitare una compromissione che teoricamente potrebbe alterare il giudizio clinico, senza però favorire il contemporaneo sviluppo di un rapporto "freddo"? Come conservare un giudizio critico, senza allontanare il medico dal suo paziente?...". E ancora "La speranza nella persona malata è uno strumento importante per aiutare il raggiungimento di una condizione migliore anche dal punto di vista fisico..." per cui occorre trovare un "grimaldello della speranza", senza però ricorrere alla menzogna". "La speranza non può mai essere fondata su informazioni falsate, perché sarebbe

volgare illusione, trasmissibile da qualunque ciarlata-no..." insomma, non bisogna falsare la prognosi, occorre solo non confondere la prognosi stessa con la speranza. Tutti, da un certo punto di vista, siamo a prognosi infausta, ma da questo dissociamo i tempi su cui giochiamo la speranza: si può sperare in quello che di meglio ci può essere domani o fra una settimana, oppure nel tempo escatologico della eternità.

4 - Non esiste solo il "che cosa" della relazione fra l'ammalato e il suo medico, ma anche il "come". Nell'ampio capitolo sulla relazione si parte dall'ascolto e si insiste, giustamente, su questo, da molti punti di vista. Non solo l'anamnesi come momento speciale di ascolto da guidare tecnicamente ed empaticamente, ma tutti i momenti sono "ascolto", compreso l'uso della diagnostica e dei farmaci. Trabucchi ci vuole dire che un modo sbagliato nel dare una terapia giusta è altrettanto grave di un modo giusto nel dare una terapia sbagliata. Quell'"essere" che era considerato un elemento accessorio e finale del sapere sanitario (sapere, saper fare, saper "essere") nel mondo della complessità può essere messo spesso al primo posto e, se carente, inficiare il valore della cultura della capacità tecnica di qualunque medico.

5 - Nei capitoli finali si affrontano i temi dell'etica, della volontà del malato e, alla fine, della qualità della relazione fra l'ammalato e il suo medico, ritornando al significato del titolo. Anche qui: l'etica non viene vista come una problematica aggiunta alla clinica, ma come il modo normale di chi deve anche accompagnare, consigliare, se vuole essere un medico che fa bene il suo mestiere. Gli sviluppi tecnologici e biologici pongono problemi che non hanno risposte preformate e indiscutibilmente accettate da tutti. La soluzione è nel rapporto, nella vicinanza, nell'empatia che è condizione vera di rispetto non formale della volontà dell'ammalato. Solo a partire da questa vicinanza si può discutere di direttive anticipate. È questo che dà il senso alla speranza, all'ottimismo conclusivo dello sguardo dell'autore sulla medicina: "la lettura della storia, anche recente, non concede spazio al pessimismo, perché la capacità che la medicina ha di auto modificarsi è un esempio di realtà sociale che risponde ai compiti ai quali è chiamata...nonostante il pessimismo sul presente, riconoscere che la medicina, con il suo impegno umano, resta sempre la stessa, e che così riesce a tradurre il meglio della scienza in atti di cura, è motivo di soddisfazione per noi che della medicina siamo gli attori modesti e operosi".

Si può dire meglio?