

## Editoriale

---

### L'anziano e il dolore: le potenzialità della legge 38

Marco Trabucchi

Ho recentemente partecipato assieme a Simone Franzoni al convegno Impact 2010 (Interdisciplinary Multitask Pain Cooperative Tutorial) riguardante la legge n. 38 del 10 marzo 2010: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Lo scopo del seminario era indicare gli strumenti più appropriati ed incisivi per rendere operativa la legge stessa, il cui significato innovativo dipenderà molto dalle modalità concrete di attuazione (peraltro ancora incerte in vari ambiti). L'obiettivo centrale del seminario è richiamare sui problemi posti dal dolore il maggior numero possibile di interessi, coinvolgendo le grandi aree della clinica e superando le dinamiche del passato, che avevano relegato queste problematiche in spazi angusti (anche se molti degli attori pionieristici hanno avuto il merito di tenere accesa l'attenzione su una tematica che allora appariva di scarso interesse).

Nel seminario di Firenze -presieduto da Gian Franco Gensini e Guido Fanelli- e che ha visto la partecipazione formale di oltre 40 società scientifiche, l'area geriatrica è stata presidiata con determinazione da un valido gruppo di colleghi, al fine di creare spazi culturali ed operativi al problema del dolore dell'anziano, spesso ancor più trascurato rispetto a quello che colpisce le persone di altre età della vita. Alla fine dell'incontro il gruppo geriatrico ha prodotto un documento che riassume di seguito e che verrà fatto proprio dalla specifica commissione ministeriale e dallo stesso Ministro della Salute per gli opportuni provvedimenti di competenza nazionale e per le indicazioni alle Regioni.

Il documento al primo punto invita ad inserire nel programma della laurea in medicina e chirurgia un insegnamento integrato "Medicina del dolore", in modo che i giovani medici all'ingresso nella professione siano dotati di sufficienti conoscenze sul piano patogenetico, diagnostico e terapeutico, superando l'attuale situazione per la quale spesso mancano delle necessarie informazioni e quindi non hanno un'adeguata sensibilità clinica rispetto alle tematiche del dolore. Sempre in ambito formativo, il gruppo geriatrico ha indicato l'esigenza di creare un modulo di Formazione a Distanza (FAD) per gli specializzandi di tutte le scuole, in modo che, indipendentemente dalla scelta professionale, siano informati in modo omogeneo rispetto alle problematiche poste dal dolore nei vari momenti della vita.



Un secondo aspetto significativo del nostro documento riguarda l'istituzione di un'anagrafe nazionale dei progetti di ricerca spontanea sul dolore, in modo da mettere a disposizione del sistema sanitario le innovazioni derivanti dalle ricerche condotte in Italia. Associata all'anagrafe si auspica la promozione di studi di registro per la verifica della frequenza e delle modalità prevalenti di trattamento del dolore nella pratica clinica (con analisi stratificate in particolare per alcune problematiche geriatriche, quali l'età, il livello di disabilità, gli indici di multimorbilità, ecc.). Il poter disporre di informazioni su questo piano permetterebbe un confronto continuo tra le varie esperienze, con la conseguente possibilità di un reale miglioramento della prassi di cura.

Un altro aspetto di notevole rilevanza geriatrica riguarda la promozione di un progetto nazionale sulla rilevazione e il trattamento del dolore nel paziente anziano istituzionalizzato. E' infatti ben noto come nelle residenze si dia poco spazio alla problematica, sia per una diffusa mancanza di informazione sulle problematiche diagnostiche sia per i timori sul piano terapeutico. Un piano nazionale avrebbe il grande significato di richiamare l'attenzione della medicina ufficiale per la condizione di salute dei pazienti ospiti delle strutture di lungodegenza, con indubbe ricadute positive sulla loro qualità della vita.

Infine il documento geriatrico auspica l'istituzione a livello nazionale di un gruppo di studio in grado di definire strumenti per la rilevazione del dolore in anziani con disturbi della sfera cognitiva e sensoriale. La problematica del dolore nelle persone affette da demenza è entrata tra quelle più rilevanti, così come da tempo auspica la geriatria.

Nel complesso il seminario è stata un'occasione utile perché ha responsabilizzato i medici ai vari livelli dove operano, perché oggi –è stato ripetuto varie volte- non hanno più la scusa di leggi restrittive. La 38 è infatti tra le più avanzate al mondo, un punto di partenza assolutamente favorevole perché la cura del dolore appartenga strutturalmente alla medicina clinica e a quella culturalmente più avanzata. Sul piano geriatrico in modo specifico abbiamo ottenuto attenzione alle condizioni di fragilità, come quella degli ospiti delle residenze, e alla clinica più realistica, quella delle età molto avanzate, della perdita di autonomia, dell'associazione di diverse malattie con diverso impatto sul benessere, dei disturbi della cognitivtà.



## AGGIORNAMENTI

---

### Da sintomo a segno: la valutazione del dolore nel soggetto affetto da demenza grave

Ermellina Zanetti

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Società Italiana di Geriatria e Gerontologia Sezione nursing

#### Introduzione

Il dolore è un fenomeno complesso, soggettivo e percettivo che presenta varie dimensioni (intensità, qualità, andamento nel tempo, impatto, significato personale), che sono vissute da ogni persona in maniera diversa. Il dolore è stato definito dall'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) come "un'esperienza spiacevole, sensoriale ed emotiva, associata ad un danno dell'organismo attuale o potenziale" (IASP, 1979).

La semeiotica classica definisce il dolore come un sintomo, il più soggettivo tra i sintomi, il più influenzato e, quindi, "sporcatto", ingigantito o ridotto da infinite variabili psichiche, personali, culturali, sociali, ambientali.

La valutazione del dolore, quindi, si basa su due attori principali: il paziente che riferisce e il medico o l'infermiere che ascolta ed interviene. Tutto procede per il meglio quando colui che prova dolore è in grado di comunicarlo e colui che deve curare ha competenza sufficiente per raccogliere la richiesta di aiuto. Cosa succede quando uno dei due soggetti si indebolisce? In particolare, quando il paziente non è in grado di ricordare un'esperienza, o di riferirla, o di concettualizzarla? Come si valuta la presenza e l'entità del dolore nel paziente affetto da demenza? Nel paziente che non ha memoria il più soggettivo dei sintomi torna ad essere un segno, inducendo medici, infermieri e operatori ad individuare e cogliere i segni, che rappresentano l'unico elemento di comunicazione del dolore nel paziente anziano affetto da demenza.

La valutazione della presenza e intensità del dolore e del suo impatto sul singolo paziente rappresenta la premessa indispensabile al trattamento ed è fortemente raccomandata (Herr, 2002; Zwakhalen, 2006).

Tutti i pazienti affetti da demenza, indipendentemente dalla gravità, ammessi in una divisione ospedaliera per un problema medico acuto o riacutizzato o per un intervento chirurgico d'urgenza o d'elezione dovrebbero essere valutati in relazione alla presenza e all'intensità del dolore.

La valutazione dovrebbe riguardare i seguenti tre ambiti:

1. possibili cause di dolore in relazione all'evento acuto e alla situazione attuale: sospettare la presenza di dolore è il presupposto che induce la valutazione e il trattamento;
2. modalità abituali con le quali il paziente esprime dolore e reagisce al dolore: nell'impossibilità di ottenere informazioni dal paziente è fondamentale ottenere informazioni dai familiari o, qualora il paziente provenga da una struttura residenziale, dai medici e dagli infermieri della struttura. Le informazioni ottenute forniscono importanti indicazioni per la terapia del dolore e l'assistenza;
3. interventi utilizzati dai caregiver per riconoscere e gestire il dolore (Cook, 1999).

In letteratura sono state proposte scale di valutazione finalizzate alla valutazione della presenza e intensità del dolore nei soggetti affetti da decadimento cognitivo che dovrebbero essere comprese tra gli strumenti a disposizione per la valutazione dei pazienti (Scherder, 1997; Fisher Morris, 1997; Frisoni, 1999; Feldt, 2000; Herr, 2002; Zwakhalen, 2006).

La gravità della compromissione cognitiva è determinante per la scelta della strategia e degli strumenti di valutazione.

Nei pazienti con decadimento cognitivo più grave (CDR 3-4), per i quali gli strumenti di valutazione di self-report sono scarsamente applicabili (Pautex, 2006), la valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'osservazione degli operatori: spesso un'agitazione



improvvisa o un comportamento insolito possono rappresentare la modalità con cui il paziente cerca di comunicare la propria sofferenza. Rimane estremamente difficile in questi pazienti misurare l'intensità del dolore.

L'osservazione del paziente secondo le indicazioni dell' American Geriatric Society (AGS) dovrebbe focalizzarsi sulle seguenti sei categorie di indicatori comportamentali (American Geriatric Society, 1998; American Geriatric Society, 2002):

1. espressioni facciali che esprimono disagio, sofferenza, paura;
2. verbalizzazione, in particolare lamento, pianto, urlo;
3. movimenti corporei finalizzati all'assunzione di posizioni antalgiche o alla protezione di parti del corpo;
4. modificazioni delle relazioni interpersonali
5. modificazioni nelle abituali attività
6. modificazioni dello stato mentale.

Nei soggetti affetti da demenza rivestono particolare importanza le modificazioni delle relazioni interpersonali, delle abituali attività e dello stato mentale che si verificano nel breve periodo (ore o qualche giorno) che potrebbero essere indotte dalla presenza di dolore.

Gli indicatori comportamentali proposti dall'AGS costituiscono la base di molti strumenti di valutazione del dolore definiti "osservazionali" sviluppati allo scopo di identificare la presenza di dolore e stimarne, seppure indirettamente, la gravità e l'intensità.

Uno dei limiti più importanti degli strumenti di valutazione osservazionale risiede nella misurazione indiretta dell'intensità del dolore: in assenza di autovalutazione la stima dell'intensità del dolore è ottenuta attraverso la rilevazione della gravità o frequenza del comportamento, assumendo per vero che quel comportamento sia espressione di dolore e non manifestazione del deficit cognitivo associato alla gravità della demenza. E' pertanto fondamentale la conoscenza del paziente, o le informazioni fornite dai caregiver, per discriminare un disturbo del comportamento abitualmente manifestato dal paziente da un disturbo con il quale il paziente comunica la presenza di dolore.

L'applicazione corretta degli strumenti di valutazione osservazionali richiede una formazione specifica, che comprenda anche esercitazioni pratiche. Studi documentano che operatori formati riportano punteggi più alti e verosimilmente più vicini al livello di dolore sperimentato dai loro pazienti rispetto ad operatori non formati (Kaasalainen, 2003; Solomon, 1997).

L'accuratezza della valutazione non si fonda esclusivamente sulla scelta e l'utilizzo dello strumento di valutazione. E' necessario un approccio multidimensionale che integri le informazioni fornite dallo strumento di self report o osservazionale con le informazioni fornite dal caregiver e le modificazioni funzionali o del comportamento osservate (Stolee, 2005).

## **Bibliografia**

American Geriatric Society, panel on chronic pain in older persons: The management of chronic pain in older persons. AGS panel on chronic pain in older persons. Journal of American Geriatrics Society 1998,46(5):635-651.

American Geriatric Society. The management of persistent pain in older person. Journal of the American Geriatrics Society 2002,6:s205-24

Brugnolli A. La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2007; 26 (1):38-45

Cook AK, Niven CA, Downs MG. Assessing the pain of people with cognitive impairment. Int J Geriatr Psychiatry. 1999 Jun;14(6):421-5. Review

Feldt Karen S; Improving Assessment and Treatment of Pain in Cognitively Impaired Nursing Home Residents Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging 2000;8[9]:36-42

Fisher-Morris M, Gellatly A. The experience and expression of pain in Alzheimer patients. Age Ageing 1997;26:497-500.

Frisoni GB, Fedi V, Geroldi C, Trabucchi M. Cognition and the perception of physical symptoms in the community-dwelling elderly. Behav Med 1999 Spring; 25 (1): 5-12.

Herr KA: Pain assessment in cognitively impaired older adults. American Journal of Nursing 2002, 102(12):65-67



International Association for the Study of Pain (IASP). Pain terms: A list with definitions and notes on usage recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain 1979;6:249-52.

Kaasalainen S, Crook J. A comparison of pain-assessment tools for use with elderly long-term-care residents. Can J Nurs Res. 2003 Dec;35(4):58-71.

Pautex S, Michon A., Guedira M., Emond H, Le Lous P, Samaras D, Michel JP, Herrmann F, Giannakopoulos P, Gabriel G. Pain in severe dementia: self-Assessment or observational scales? JAGS 2006; 54: 1040-1045.

Scherder EJ, Bouma A. Is decreased use of analgesics in Alzheimer disease due to a change in the affective component of pain? Alzheimer Dis Assoc Disord 1997;11:171-174

Solomon PE, Prkachin KM, Farewell V. Enhancing sensitivity to facial expression of pain. Pain 1997 Jul;71(3):279-84

Stolee P, Hillier LM, Esbaugh J, Bol N, McKellar L, Gauthier N. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. 2005 Feb;53(2):319-26.

Zwakhalen S.M.G., Hamers J.P.H., Abu-Saad H.H., Berger M.P.F. (2006) Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. B.M.C. Geriatrics [online] Jan 27 2006, 6(3)

#### *RACCOMANDAZIONI PER L'ASSISTENZA*

---

Nei soggetti con deficit cognitivo **la valutazione della presenza e intensità del dolore** e del suo impatto sul singolo paziente **rappresenta la premessa indispensabile al trattamento** ed è fortemente raccomandata (Herr, 2002; Zwakhalen, 2006).

**Tutti i pazienti affetti da demenza**, indipendentemente dalla gravità della demenza, ammessi in una divisione ospedaliera per un problema medico acuto o riacutizzato o per un intervento chirurgico d'urgenza o d'elezione dovrebbero essere valutati in relazione alla presenza e all'intensità del dolore (Cook,1999)

Nei pazienti con **decadimento cognitivo più grave** la valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'osservazione degli operatori (Pautex et al, 2006).

**Monitorare il dolore in modo sistematico** e ad intervalli regolari, sia se si utilizza uno strumento di valutazione, sia se si chiede direttamente al paziente o ci si avvale dell'osservazione (può essere utile un elenco di indicatori di comportamento associabili a dolore). I comportamenti associati a dolore dovrebbero essere osservati sia a riposo, sia durante l'attività, come i trasferimenti, la mobilizzazione o i cambi di postura e con la palpazione delle zone sospettate doloranti (Brugnolli, 2007).

Gli strumenti di valutazione osservazionali richiedono una **formazione specifica**, che comprenda anche esercitazioni pratiche, prima di essere utilizzati (Kaasalainen, 2003; Solomon, 1997).

L'accuratezza della valutazione non si fonda esclusivamente sulla scelta e l'utilizzo dello strumento di valutazione. E' necessario un **approccio multidimensionale** che integri le informazioni fornite dallo strumento di self report o osservazionale con le informazioni fornite dal caregiver e le modificazioni funzionali o del comportamento (Stolee, 2005).

---



## AGGIORNAMENTI

---

### Gli immigrati anziani; l'esilio senza regno - tra qui e là

Philippe Pitaud

Università di Provenza e Istituto di Gerontologia Social, Marsiglia

I luoghi della cura 3(8); 2010: in pres

Questo articolo si basa sul lavoro di sperimentazione medico-sociale condotto dalle equipe pluridisciplinari dell'Istituto di Gerontologia Sociale di Marsiglia su immigrati anziani in condizioni di precarietà, se non di marginalità. Si tratta di persone anziane che spesso vivono sole, versano in condizioni economiche disagiate e presentano un quadro sanitario compromesso (con diverse patologie cumulative); inoltre, l'analfabetismo, o la non conoscenza della lingua del paese di arrivo, contribuisce ad escluderle dall'accesso ai diritti sociali e sanitari. Più in generale, e in prospettiva, si pone la questione dell'accesso ai servizi di sostegno domiciliare e a quelli residenziali, nel rispetto della dignità di queste persone nel momento in cui diventano anziani.

*"Essi fanno il viaggio dalla loro origine; partono per un paese che si chiama "Partire"... essi amano la possibilità di lasciare, di essere lasciati, e di cercare un ritorno" (Sibony, 1991).*

*"Da sempre, sulla terra secca, inaridita fino all'osso, di questo paese smisurato, qualcuno camminava senza tregua, non possedendo niente, ma non servendo nessuno, signore miserabile e libero di uno strano regno... Sapeva solo che questo regno da sempre gli era stato promesso e che, ciononostante, non sarebbe stato suo se non, forse, per un attimo fuggente, in cui avrebbe riaperto gli occhi sotto un cielo improvvisamente immobile, e sotto flussi di luce congelata, mentre le voci che salivano dalla città araba tacevano bruscamente. Gli sembrava che il corso del mondo si sarebbe fermato e che nessuno, a partire da quel momento, sarebbe né invecchiato, né morto" (Camus, 1972).*

Tra le fasce di popolazione anziana, alcune cumulano un certo numero di parametri la cui presenza può favorire, nel tempo, un consistente rischio di dipendenza: si tratta degli immigrati anziani, caratterizzati, di norma, dall'isolamento, dalla precarietà, da condizioni abitative problematiche e da condizioni di salute segnate da un invecchiamento precoce, a causa dell'usura legata alle precedenti condizioni di lavoro.

Dopo gli anni '80, le politiche sociali verso la vecchiaia si sono riorganizzate attorno ai problemi legati alla dipendenza: si diventa sempre più vecchi, ma non necessariamente in buona salute. Tali politiche si sono sviluppate attorno ad una alternativa: il ricovero in strutture collettive (case di riposo, sanitarie e non, pubbliche o private; lunghe permanenze in ospedale); o il sostegno domiciliare, che necessita di un insieme di servizi (aiuto nella vita quotidiana, coordinamento, sostegno ai caregiver familiari) e che concerne oltre i tre quarti delle persone molto dipendenti, cioè confinate a letto o in poltrona.

La possibilità di vivere a domicilio, infatti, si basa sull'intreccio di tre fattori:

- un domicilio adatto o adattato;
- un insieme di servizi coordinati;
- la permanenza di una vita sociale, l'attivazione e il sostegno delle reti informali di aiuto.

Questi brevi cenni alle politiche sociali per la vecchiaia ci permettono di collocare meglio la problematica delle persone anziane immigrate e, in particolare, di quelle che vivono isolate, fuori dalle reti familiari.

In effetti, ci è sembrato opportuno collocare le difficoltà degli immigrati anziani ricordando che la società nella quale viviamo spesso presenta la caratteristica di non considerare i soggetti se non quando si pongono come un problema, e che questa caratteristica comporta che i soggetti generalmente vengano ritenuti un problema solo se è coinvolta la sfera "economica". Evidentemente, se il problema è d'ordine economico, lo diventa anche dal punto di vista sociale...



Nell'immediato, si può constatare che gli immigrati anziani non costituiscono un tema rilevante nell'agenda politica e sociale, e che i problemi che essi pongono, a seguito dell'invecchiamento, trovano spesso una risposta solo da parte del mondo associativo e dell'impegno sociale militante.

A tutti è noto che gli immigrati invecchiano e che, al momento del pensionamento, continuano a risiedere in Francia, anche se il mito del ritorno è stato a lungo presente. Su questo tema del ritorno, ricordiamo, con Sibony (1991), che "l'immigrato somatizza più degli altri la sua pulsione verso l'origine, che diventa compulsiva ... la sua frattura di migrante, d'essere afflitto da uno spostamento impossibile. Somatizza là dove il richiamo al "viaggio" si incista nell'impotenza...".

L'essere «tra due» mondi marca fortemente l'invecchiamento dei lavoratori immigrati anziani, posti tra un "qui" e un "là", che partecipa "di una lunga attesa", e anche di un'attesa di "essere". Sibony mostra come, per quelli che si trovano in queste condizioni, il corpo può farsi carico di questa memoria "impossibile".

L'avanzare dell'età, con la riduzione delle capacità fisiche, sensoriali e psichiche che comporta, può costituire, soprattutto se connessa a condizioni di vita sociale ed economica non agiate, un terreno favorevole all'insorgere di una sofferenza le cui diverse forme possono condurre ad una riduzione dell'autonomia.

Si comincia così a considerare i rischi dell'invecchiamento degli immigrati, specie del loro ingresso nelle età più anziane, nelle quali si pongono, tendenzialmente, problemi legati alla dipendenza fisica e/o psichica, o alla necessità di una loro presa in carico da parte di un sistema di protezione sociale complesso.

Il Sud della Francia rappresenta, per quanto riguarda sia l'invecchiamento della popolazione, sia le aree di arrivo degli immigrati, un contesto da privilegiare per una migliore messa a punto del binomio salute-precarietà per queste fasce di popolazione. Molte patologie poco conosciute o trascurate, che denominiamo patologie dell'esilio, potrebbero, col tempo, aggravarsi evolvendosi in una situazione di dipendenza i cui effetti saranno penalizzanti sia per il soggetto, sia per la società d'arrivo, per il costo della presa in carico delle patologie invalidanti o croniche.

L'esperienza di medicina sociale preventiva sviluppata dal 1992 dall'Istituto di Gerontologia Sociale offre, a partire dai dati raccolti, l'opportunità di analizzare questo ambito di precarietà ancora poco noto in Francia.

Anzitutto, occorre ricordare che al fine di prevenire un invecchiamento precoce o complesso, l'equipe dell'Istituto offre, da 25 anni, una visita medico-sociale annuale agli anziani, ai pensionati e ai pensionati, oltre ad una pratica di educazione alla salute e al buon invecchiamento e da un servizio di Ascolto sociale delle persone isolate, seguite psicologicamente in caso di sofferenza. Queste visite sono assicurate quotidianamente da una equipe di geriatri e di psicologi, specializzati nella conoscenza dei rischi legati all'invecchiamento sul piano fisico, intellettuale, psicologico e sociale.

Nel centro di Marsiglia vi sono vecchi quartieri in difficoltà, con forte presenza di immigrati: le persone ricevute dall'equipe medico-sociale dell'Istituto di Gerontologia sociale sono soprattutto pensionati, talvolta le loro mogli, ma anche beneficiari del RSA (Reddito di Solidarietà Attiva - Revenu de Solidarité Active), disoccupati, invalidi o persone senza copertura sociale, ad esempio i senza fissa dimora.

Più dei due terzi sono sposati ed hanno dei figli ma, spesso, la famiglia è al paese di origine ed essi vivono soli. Dal punto di vista etnico, il 96% della popolazione ricevuta proviene dai paesi maghrebini, con una forte predominanza di algerini.

I loro redditi sono, nella maggior parte dei casi, molto modesti e inferiori al minimo pensionistico. Più della metà abita in pensioni e circa l'11% risiede in abitazioni per immigrati; tutti gli altri sono affittuari e abitano talvolta, ma raramente, in famiglia: questi ultimi godono di un riconoscimento sociale e della possibilità di una vita più regolare.

Il 95% sono pensionati sociali, anche se sono numerosi quelli che non hanno potuto, o saputo, far valere i propri diritti, perché spesso i documenti dell'Assicurazione sociale non sono aggiornati e i documenti non sono in regola. Tutto ciò comporta che essi finiscano per perdere i loro diritti e che, in caso di urgenza, diventi difficile intervenire rispettando le norme: il 90% di essi, infatti, non ha la mutua, anche tra i percettori del RSA.



Dal punto di vista medico, e senza entrare nei dettagli, il 37% delle visite rileva una patologia non diagnosticata o ha permesso di prendere in carico una patologia comune ma trascurata. Nel colloquio con i medici, la prima cosa di cui si lamentano è il «sentirsi stanchi», ma, nel proseguo della visita, emerge che questo non è che uno dei sintomi di una sindrome depressiva più o meno pronunciata: è un modo per esprimere l'isolamento, la solitudine, la lontananza dal paese di origine e dalla propria famiglia, le cattive condizioni di vita e la negativa condizione sociale. Successivamente emergono le lamentele che riguardano soprattutto l'ambito delle patologie reumatiche, e di quelle gastro-intestinali, che non sono slegate all'ambito psicosomatico.

Riassumendo, si constata una situazione medico-sociale spesso molto negativa: i loro consumi sanitari sono molto ridotti e i due terzi non hanno un medico curante. Ci sono enormi difficoltà a trovare i mezzi per aiutarli nel quadro delle leggi in vigore.

Lo svolgimento della carriera lavorativa (orari di lavoro, periodi di disoccupazione, o di lavoro nero, malattie non dichiarate), la loro origine e nazionalità, sono altri elementi che possono spiegare come tale situazione sia nata e come si sia costituito questo stato di precarietà. L'insieme di queste difficoltà e di questi ostacoli all'accesso al sistema di cura sono rafforzati dall'analfabetismo dei lavoratori immigrati anziani: l'analisi delle schede sociali rileva che questo aspetto riguarda il 95% delle persone visitate.

Da questo dato derivano diversi problemi, anzitutto per quanto riguarda la presa di contatto coi medici: dato che i soggetti non hanno riferimenti scritti, gli appuntamenti sono spesso dimenticati, specie se sono stati presi con molto anticipo. Inoltre, al termine della visita, l'equipe si confronta col problema dell'osservanza delle prescrizioni: tutto il nostro sistema è basato sulla scrittura e l'analfabetismo ne è escluso. Una prescrizione di medicinali o di analisi da effettuare è anzitutto una carta su cui sono scritte le modalità di impiego. Ma un analfabeta, come può usarla? Quando egli lascia il medico gli resta da un lato un pezzo di carta quasi inutile e, dall'altro, quel che la sua memoria ha potuto immagazzinare. Quando noi rivediamo certi utenti, constatiamo che il livello di osservanza è disastroso.

Un'altra difficoltà rilevata è di ordine medico-amministrativo: molti pazienti hanno documenti non aggiornati. Le persone analfabete non sono in grado di controllare la data di scadenza dei loro documenti e quando qualcuno gliela segnala non possono verificare quel che gli si dice.

Complessivamente, molte pratiche amministrative necessitano di documenti che rimangono validi solo per un periodo relativamente breve. L'analfabetismo e le difficoltà di monitoraggio nel tempo comportano che, spesso, quando l'interessato prevede di servirsi dei documenti per l'accesso alle cure, ai servizi pubblici e associativi (per esempio il mantenimento a domicilio), o ai diritti sociali (pensione di vecchiaia), essi siano da rifare. Sul piano sanitario, questo complica molto il compito del medico che può curare efficacemente solo un paziente che beneficia della presa in carico sociale dei costi sanitari. L'elemento medico deve allora aspettare che l'elemento sociale sia aggiornato per poter essere trattato, e ciò è più problematico in caso di urgenza.

Su questo tema specifico, non si può non constatare l'esistenza di "zone d'ombra" tra le associazioni che cercano di trovare delle soluzioni a questi problemi e le amministrazioni ancora poco inclini a modificare le loro pratiche. In queste "zone d'ombra" si trovano anziani analfabeti lasciati a se stessi e che si trovano un po' alla volta coinvolti in una dinamica di esclusione, se non di un esilio interiore.

Dall'incrocio di questi parametri emerge una marginalità degli immigrati anziani che viene a fondersi con quella dei «vecchi» deprivati, il cui avanzare dell'età non fa che avvicinare al rischio di esclusione e di perdita dell'autonomia. Peraltro, questa marginalità degli immigrati anziani è paradossalmente rafforzata dal loro isolamento: individuale (pochi hanno la famiglia sul posto), ma anche collettivo nell'ambito del mondo del lavoro.

Sibony nella sua opera "Entre-deux: l'origine en partage" ci ricorda che «il fenomeno degli immigrati, la loro concreta presenza, sono da pensare come una prova della verità per tutti soggetti coinvolti.»

Non è poco importante per un paese avere aree di immigrazione, tracce di viaggio iscritte nel tessuto sociale... Gli immigrati sono messi a confronto con la loro origine e con quello che essi vorrebbero diventare di diverso. Come stranieri con problemi in apparenza molto specifici, rivelano



al paese d'arrivo i suoi punti di crisi latenti. La cultura che li accoglie potrebbe quasi ringraziarli in quanto la "risveglia", la mette alla prova ricordandole i suoi problemi identitari, gli enigmi della sua origine; la interroga sulla sua funzione culturale, sulle tappe interessanti da fare nel viaggio dall'origine in cui ciascuno, come può, si trova a identificarsi.

"Trovare il proprio posto": la questione non è solamente quella del disoccupato, anche se si chiarisce più crudamente quando si manca di un proprio posto.

È la questione cedevole e violenta delle persone 'senza posti' di tutti i generi, di quelli che cercano il loro posto, che si interrogano su di esso quando si sentono "disinserite". I disoccupati, i "giovani", gli immigrati e tanti altri che conoscono il problema di "trovare il proprio posto" e che mantengono vivo questo problema che ciascuno trova nei punti di rottura o di mutamento della sua esistenza. Sarebbe un peccato non avere conosciuto questi momenti critici, momenti di spiazzamento, che impediscono di identificarsi con il posto in cui si è nati, o in cui si è stati.

Più complessivamente, si capirà che nelle età anziane tutto è estremamente sedimentato; inoltre, tra gli studiosi di gerontologia sociale è noto che in queste età le ineguaglianze sociali sono accresciute e aggravate.

Le precarie condizioni abitative, di salute, della vita sociale e le limitazioni, se non l'impossibilità, ad accedere ai servizi esistenti, alle informazioni concernenti i diritti acquisiti, dovute all'analfabetismo o ad altri diversi motivi, si associano per conculcare la dignità della persona, e questi elementi contribuiscono, dunque, a comportare la perdita dell'autonomia.

Gli immigrati anziani hanno una vita d'esilio alle loro spalle. Là, da dove sono venuti, non sono più presenti e qui essi non sono niente a dispetto dei loro sogni di integrazione e di riuscita sociale che essi hanno ridimensionato al servizio del paese di arrivo.

Tra questi due mondi, questi due spazi, questi due tempi, resta un cammino da percorrere nel paese di arrivo che, in fin dei conti, non è stato il 'regno' atteso, intravisto, sperato.

Pertanto, la società di arrivo, qualsiasi siano le sue difficoltà al momento, non deve dimenticare, con Albert Camus (1972), che "per gli esiliati, il regno è tra i più umili degli uomini, quando si è meritato di essere ammessi tra loro".

## **Bibliografia**

Camus A. L'exil et le royaume. Gallimard, coll Folio, 1972.

Sibony D. Entre-deux: l'origine en partage, Paris, le Seuil, 1991.

## **Bibliografia consigliata**

Argoud D, Pennec S, Le Borgne-Uguen F, Mantovani J, Pitaud P, Redonnet M. Les migrants âgés et les solidarités dans le cadre du maintien à domicile accès aux services. In Vieillir en France, Gunter Narr Tübingen, 29 janvier 2004;116:70-8.

Dherbey B. Pitaud P. La dépendance des personnes âgées; des services aux personnes âgées aux gisements d'emploi. Toulouse, Ed. ERES, 1996.

Montandon A, Pitaud P.(a cura di), Vieillir en Exil. Presses universitaires Blaise Pascal 2006.

Pitaud P. (a cura di) Solitude et isolement des personnes âgées; l'environnement solidaire. Ed ERES -pratiques du champ social- Toulouse, 2004.

Pitaud P. Prévenir l'isolement des personnes âgées; voisiner au grand âge .Ed. Dunod, coll Action sociale, Paris, 2004.

Pitaud P. Older immigrants in France – a medical and a social approach of exclusion. In Generations Review – Journal of the British Society of Gerontology 2004;14(3):20-2.

Pitaud P, Dherbey B, Lazreug D. Contribution à une réflexion sur la condition des immigrés âgés, Vieillir dans les villes de l'Europe du Sud. Toulouse, Ed. ERES, 1994.



## ANZIANI E EDUCAZIONE ALLA SALUTE

---

### **La terapia per sconfiggere il dolore, una sfida per l'umanità**

*Diego Ghianda*

*Gruppo di Ricerca Geriatrica*

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore: "Una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale. Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva. Sicuramente si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una carica emozionale". Il dolore è stato da sempre una delle maggiori preoccupazioni dell'umanità, ed è stato soggetto di tentativi continui di comprenderlo e controllarlo. Numerose sono le patologie o condizioni morbose che possono provocare dolore ad ogni età ed il sintomo dolore viene classificato principalmente in acuto e cronico. Nel primo, generalmente di breve durata, è ben evidente il rapporto di causa/effetto. Questo dolore si esaurisce quando cessa lo stimolo o si ripara il danno che l'ha prodotto. Esempi sono il dolore post-operatorio, le coliche viscerali (renale, biliare, etc.) ed il dolore traumatico. Del tutto diverso dal dolore acuto è il dolore cronico, che è stato definito come il dolore che persiste per un periodo di tempo di 3 o 6 mesi, oppure al di là del periodo normale di guarigione. Nonostante la rilevanza che tale sintomo ha sul genere umano talvolta, ancora oggi, non è esprimibile in numeri. Infatti, non esistono dati che quantifichino puntigliosamente quale sia la reale incidenza del dolore nelle molte patologie croniche tipiche della popolazione anziana mentre, per esempio, è nota da tempo l'incidenza del dolore nella patologia oncologica.

In futuro è necessario operare in campo clinico e nella formazione degli operatori, contribuendo a definire con più precisione le modalità di sofferenza dell'anziano, soprattutto per elevato grado di disabilità fisica e psichica che si accompagna alla sofferenza. In particolare, dovrà essere favorita una maggiore formalizzazione delle cure per il dolore cronico. Formalizzare significa misurare, valutare, concretizzare e quindi curare. Significa fornire nuovi strumenti di cura e di assistenza. Non solo nell'anziano, tale approccio potrebbe contribuire a preservare lo stato funzionale, le autonomie residue, la libertà della persona, e più in generale la qualità della vita. L'impresa non è facile: ha infatti accompagnato la storia dell'umanità, con alterne vicende. Oggi però la scienza ci fornisce strumenti adeguati a vincere la sfida!



## ANZIANI E EDUCAZIONE ALLA SALUTE

---

### **Ascoltare il paziente per capire il dolore**

*Simone Franzoni*

*Gruppo di Ricerca Geriatrica*

La cura del dolore nell'anziano si basa su metodi differenti a seconda del grado di autonomia mentale del paziente. Nel caso dell'anziano autosufficiente, ovvero in grado di riferire e misurare il dolore, il principale curante di fatto non è il medico, bensì il paziente stesso, che spesso sa quale è il farmaco analgesico più efficace ed è quasi sempre in grado di autocurarsi. Fa poco riferimento al medico, tranne quando il dolore è intenso o persistente o percepito come pericoloso (soprattutto quando non noto); è quindi a rischio di severe complicazioni, perché spesso usa analgesici da banco, i cosiddetti antinfiammatori non steroidei. Si tratta di farmaci comuni e molto efficaci perché bloccano l'infiammazione che genera la maggior parte del dolore nell'anziano (ad es. da artrosi o tensione muscoloarticolare). Gli antinfiammatori hanno però un grosso limite: dopo il terzo giorno di trattamento comportano un rischio crescente di sviluppare ulcera gastro-duodenale, emorragia gastro-intestinale, insufficienza renale e scompenso cardiaco. L'elevata incidenza di ricoveri in pronto soccorso di anziani per effetti collaterali da antinfiammatori conferma che l'"autocura" di solito si protrae per parecchi giorni o settimane. L'"abuso" di antinfiammatori è giustificata dal fatto che nell'anziano il dolore tende ad essere persistente (una riacutizzazione può durare settimane o mesi), in quanto secondario a patologie degenerative ad evoluzione cronica, che inducono un peggioramento della qualità della vita a seguito della riduzione dell'autosufficienza, dell'aumento delle cadute, della depressione dell'umore e dell'insonnia. L'obiettivo razionale della cura del dolore nell'anziano è evitare queste complicazioni, attraverso una terapia antidolorifica che non sia essa stessa causa di malattia.

Il ricorso al medico per la cura del dolore è indispensabile perché ogni trattamento farmacologico deve essere preceduto da una diagnosi, evitando che tutto il dolore finisca nel calderone dell'"artrosi". L'identificazione della causa scatenante il dolore è essenziale e guida la scelta della terapia più idonea fra le tante che si possono adottare. La collaborazione con il medico permette inoltre di valutare l'efficacia della terapia antalgica che non si basa solo su quanto viene affermato dalla persona sofferente, ma spesso richiede una valutazione esterna per misurare oggettivamente l'impatto della riduzione del dolore sul recupero dello stato funzionale. Oggi il medico ha una combinazioni di interventi farmacologici e non (terapia fisica, microinvasiva, chirurgica,.....) tali da consentirgli di raggiungere l'obiettivo di un controllo efficace del dolore nei 2/3 degli anziani. Come in tutte le imprese difficili serve però qualche cosa di "innovativo", quale una maggiore



collaborazione fra paziente e medico: il primo mostrando una maggiore disponibilità a riferire il suo dolore, il secondo ad ascoltare, diagnosticare e curare il suo paziente e non solo il suo dolore.