

Ottant'anni e oltre

Uno studio epidemiologico medico e assistenziale riguardante il Cantone Ticino svolto dal Dott. Tazio Carlevaro¹

Ezio Galli, sociologo

Presentato durante le manifestazioni organizzate nel nostro Cantone in occasione dell'Anno Mondiale dell'Anziano (Lugano, 9 febbraio 1999), lo studio rappresenta indubbiamente un contributo nuovo alla conoscenza della popolazione ultraottantenne in generale e di quella residente nel nostro Cantone in particolare. Partendo dal significato più aggiornato di "quarta età", l'autore si preoccupa infatti di descrivere – in termini medici e assistenziali – il processo dell'*invecchiamento* che colpisce le persone aventi un'età superiore agli ottant'anni. Ne lascia quindi emergere la loro progressiva debilitazione da uno stato di normale autonomia a quello della subordinazione, ossia dall'apparizione di alcune semplici richieste d'aiuto al moltiplicarsi degli interventi coadiuvanti fino alla dipendenza totale, dalla residenza in un'abitazione propria alla necessaria istituzionalizzazione. D'altra parte – ed è questo l'aspetto veramente innovativo del suo lavoro – oltre che dare un'immagine oggettiva dei bisogni espressi dagli ultraottantenni, Carlevaro presenta anche una visione altrettanto precisa, realistica, della rete attuale riguardante gli aiuti erogati in loro favore. Si tratta di un quadro che predispone il lettore ad una valutazione attendibile sia del loro grado concreto di rispondenza, sia facendogli prendere coscienza anche di un eventuale opportuno perfezionamento delle strutture assistenziali esistenti destinate alla "quarta età". In questo senso, lo studio merita dunque un'attenzione insolita: quella dei politici, dei medici, degli operatori socio-sanitari e, in particolare, delle nuove generazioni, ossia della scuola.

1. Tecniche di ricerca

Un "questionario semi-strutturato", elaborato da un gruppo ad hoc, è stato sottoposto individualmente da una psicologa² a tutti i soggetti prescelti. Durante il colloquio – quando le circostanze ne rendevano utile la somministrazione – gli anziani intervistati hanno pure risposto al test di autonomia fisica di Barthel e a quello degli stadi demenziali di Reisberg: due prove di uso internazionale particolarmente attendibili sia per il loro ottimo grado di standardizzazione, sia per l'elevato valore comparativo che essi consentono.

La scelta del "campione" (Tabella 1) è

stata curata da un Istituto specializzato³. Grazie alla sua struttura, rigorosamente rappresentativa della popolazione ticinese ultraottantenne, questo strumento d'indagine si è quindi rivelato molto utile nel cercare di raggiungere gli obiettivi descrittivi e conoscitivi auspicati, considerando tutte le "variabili indipendenti" ritenute particolarmente importanti nel determinare le condizioni esistenziali e i comportamenti: in particolare età e sesso⁴. E' in questo senso che, applicando il tasso di conversione ai dati ottenuti⁵, la ricerca permette di evidenziare in modo realistico le caratteristiche socio-demografiche e lo stato attuale (1996) della popolazione ticinese ap-

"Ottant'anni ed oltre"

Uno studio epidemiologico
medico e assistenziale
riguardante il Cantone Ticino

PRO
SENECTUTE
TICINO E MOESANO
LUGANO 1999

La pubblicazione presentata - avente scopo divulgativo - è disponibile nella sua versione originale presso Pro Senectute via Carducci 4, 6900 Lugano, su richiesta.

¹ Collaborazione: A. Degrade, C. Molo-Bettellini, U. Sørensen-Bonetti, F. Tanzi

² U. Sørensen

³ APE di Guido Rivoir, Sorengo

⁴ E' opportuno ricordare che la struttura del campione di riferimento è stata analizzata in modo multivariato, considerando oltre alle variabili sociodemografiche più comuni (sesso, età, formazione scolastica e professionale) anche lo stato civile dei soggetti, la professione da essi esercitata prima del pensionamento, la loro attuale situazione economica e abitativa, integrandovi ovviamente quali variabili *interventi* i vari aspetti del loro stato di salute: malattie somatiche e psico-neurologiche.

⁵ Si allude sia agli indici percentuali che caratterizzano i dati dello studio applicati all'intera popolazione ultraottantenne censita nel cantone nel 1996 (N = 14.260), sia a particolari fattori di conversione applicati direttamente ai valori assoluti messi in evidenza dal campione.

Tab. 1 Struttura del campione, secondo il sesso e l'età (n=14.260)

	-84		85+		Totale	
	Ass.	%	Ass.	%	Ass.	%
Uomini	28	34,1	17	32,0	45	33,3
Donne	54	65,9	36	68,0	90	66,7
Totale	82	100,0	53	100,0	135	100,0

partenente alla quarta età, accertandone il grado di autonomia o di dipendenza, la loro condizione di salute e i loro bisogni essenziali. Considerando inoltre l'uso concreto delle varie risorse assistenziali nei vari casi, lo studio consente di conoscerne le tendenze e di postularne i miglioramenti. In altri termini, esso evidenzia cioè la qualità e la quantità dei bisogni espressi, l'identificazione della rete d'appoggio a disposizione e in quale misura i singoli punti nodali della rete di collaborazione vengono realmente sollecitati: indicazioni che possono dunque facilitare la progettazione eventuale dei metodi e degli strumenti integrativi di intervento.

2. Autonomia e dipendenza

Aspetti concettuali

Il giudizio sull'*autonomia* è stato stabilito sulla base di una valutazione globale di natura medico-sociale e psicologica, che l'intervistatrice ha codificato in sintonia con la persona visitata. In realtà, l'*autonomia totale* non esiste, nel senso che, spesso, all'interno di una comunità di vita (famiglia con genitori anziani, coppia di anziani), si verifica spontaneamente una specializzazione dei compiti, che ciascuno tende a delegare agli altri in relazione alle competenze e alle inclinazioni. L'*autonomia* è quindi una nozione che ha a che fare da vicino con i valori della solidarietà, dell'aiuto, in cui essa è comunque un valore riconosciuto. E' autonomo chi riesce ancora a disporre di sé, ad accudire alla propria vita quotidiana senza eccessivi problemi, magari con qualche appoggio, eventualmente regolare, che però non significhi la gestione invadente della vita del singolo da parte di altri, una sua sostituzione nelle decisioni più o meno importanti o, addirittura, in quelle legate alla vita quotidiana. L'*autonomia non* significa solitudine o

abbandono: in realtà, gli aiuti permettono di prolungarla, specialmente nelle situazioni di disagio iniziale. Essa è cioè in stretta relazione con la *dipendenza*: corrisponde, insomma, ad una specie di *continuum* che parte da un vero e proprio autocontrollo fin da quando il singolo sa organizzarsi da solo – poiché caratterizzato anche da una propria residenza – e termina con l'istituzionalizzazione, passando attraverso differenti fasi, mutevoli a seconda degli individui, dell'età e delle circostanze, che possono determinare o imporre la collaborazione informale (famigliari, vicini, donna delle pulizie, ecc.), oppure formale (ospedale, servizi d'aiuto domiciliare e così via).

La transizione dallo stato di autonomia a quello di dipendenza mostra inoltre caratteristiche particolari variabili in relazione al sesso, all'età, alla capacità funzionale e fisica dei soggetti, al grado della loro malattia.

Tendenze generali

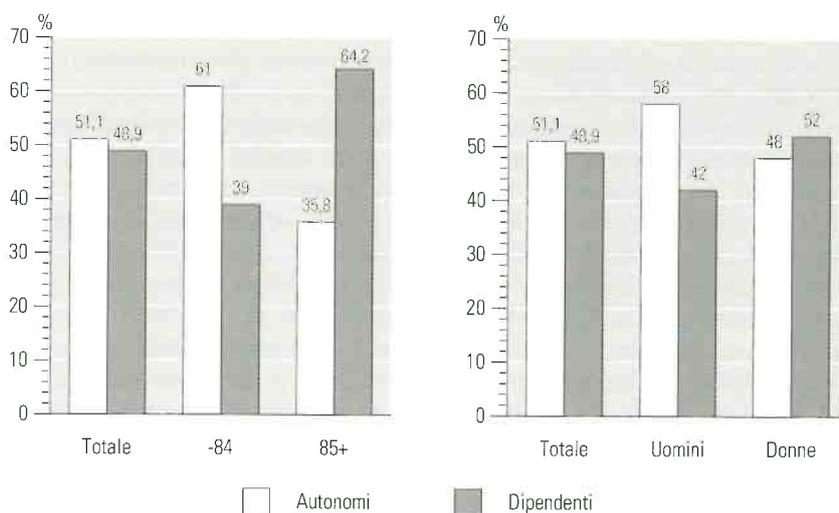
Fra le persone intervistate (Grafico 1), 69 risultano autonome, ossia il 51,1% del campione: indice, che lascia

dunque presumere a 7.286 persone effettivamente tali su una popolazione ticinese di oltre 14.260 ultraottantenni. Al contrario, le condizioni di dipendenza riguardano 66 soggetti (48,9% del campione), corrispondenti a 6.974 casi effettivi su piano cantonale.

L'età porta tuttavia ad un peggioramento tendenzialmente scontato dell'autonomia. Si tratta di una circostanza che, recentemente, è stata resa nota obiettivamente per l'intera Svizzera. Gli uomini risultano particolarmente incapaci nell'affrontare le difficoltà. Le donne meno, ma hanno bisogno di maggiore aiuto per una più ampia proporzione d'incapacità parziali. Nell'insieme, per la maggior parte di criteri di dipendenza studiati, le persone sposate sono avvantaggiate rispetto a quelle non sposate, ai vedovi o ai divorziati (Lalive d'Epina⁶).

Così, nella popolazione ticinese studiata, si osserva che fra le persone di età compresa fra gli 80 e gli 84 anni, i dipendenti rappresentano globalmente il 39,0% dei soggetti. Lo stesso indice sale tuttavia al 64,2% per gli anziani che superano gli 85 anni. Considerata secondo il sesso, la dipendenza riguarda invece il 42,0% degli uomini e il 52,0% delle donne. Va comunque sottolinea-

⁶ Lalive d'Epina (Presidente), *Anziani in Svizzera, bilanci e prospettive*. Rapporto della Commissione Federale, Berna UFSM 1995.

Grafico 1 Autonomia e dipendenza secondo l'età e il sesso

to che le donne risultano tendenzialmente più dipendenti degli uomini, perché proporzionalmente più anziane e spesso colpite da un maggior numero di acciacchi.

Dipendenza funzionale

Si tratta di una perdita progressiva delle capacità di gestire in modo autonomo la propria vita fisica e sociale: una specie di handicap dovuto a malattia, a limitazioni legate all'età o derivante da incidenti.

Il test di *Barthel* misura il grado d'autonomia fisica – o, se si vuole, del grado di dipendenza – della persona esaminata: ciò, in base a *punteggi* attribuiti ai soggetti in merito all'alimentazione, al bagno, al sapersi lavare, al sapersi vestire, all'essere continenti (vescica ed

intestino), alla capacità di usare in modo autonomo i servizi igienici, ma anche il grado di padronanza nei trasferimenti, negli spostamenti, nel salire le scale. E' un test che non distingue l'invalidità o la disabilità d'origine somatica da quella d'origine neuropsichica. Esso permette infatti di definire una *dipendenza funzionale globale*, nell'ambito della quale è possibile distinguere un *primo livello* relativamente lieve ed un *secondo livello* più intenso.

Globalmente (Grafico 2), 9 persone su 135, ossia l'8,1% dei soggetti accusa il grado più intenso di dipendenza: indice che varia sia secondo l'età (4,8% per i soggetti di 80-84 anni e 13,3% per chi supera gli 85 anni), sia secondo il sesso (6,7% per gli uomini e 8,9% per le donne).

3. La malattia

È comprensibile che la malattia incida in modo significativo sull'autonomia degli individui, riducendola progressivamente, specialmente se si tiene conto che quando colpisce le persone di 80 e più anni, essa assume tendenza alla cronicità.

La malattia somatica

Nel campione (Grafico 3), 118 persone (87,4%) risultano colpiti almeno da una malattia somatica, mentre 17 (12,6%) sono sani da questo punto di vista. Fra i meno anziani (<84) i malati somatici raggiungono l'83,6% del totale, mentre i soggetti che superano gli 85 anni risultano colpiti da almeno una malattia somatica nella misura del 90,6%. Tra gli uomini, lo stesso indice è invece dell'82,2% e tra le donne del 90,0%. Prevalente su tutte le affezioni somatiche sono quelle di natura reumatica, articolari e del sistema muscolare. Seguono le malattie cardiache, quelle degli organi di senso (sordità, calo importante della vista), quelle del tubo digerente e quelle metaboliche (diabete)⁷.

Si sa che le persone sane fanno pure ricorso alla rete di aiuto multiplo, nel senso che per quasi la metà dei casi utilizzano l'aiuto familiare esterno, l'aiuto per l'amministrazione e l'aiuto per pulizie in casa. Le persone malate richiedono una maggiore collaborazione nell'assolvimento dei propri bisogni: chi soffre di una malattia riceve almeno due aiuti nella misura del 50%, in particolare l'aiuto familiare esterno, l'aiuto domestico per le pulizie, l'aiuto amministrativo, oppure vive in famiglia, o, appunto, è istituzionalizzato.

Le persone maggiormente malate ricevono un solo aiuto nella misura del 50% e, tre o più aiuti, nella misura del 25%. In questi casi aumenta il ricorso alla casa per anziani.

La malattia neuropsichica

Vale la pena di osservare che nell'accezione di "malattia neuropsi-

⁷ In particolare, l'indagine considera nel dettaglio le seguenti affezioni: malattie cardiovascolari, epatobiliari, ormonali, del tubo digerente, tumorali, metaboliche, reumatiche, urogenitali, degli organi di senso.

Grafico 2 Dipendenza funzionale: indice di gravità elevata secondo l'età e il sesso

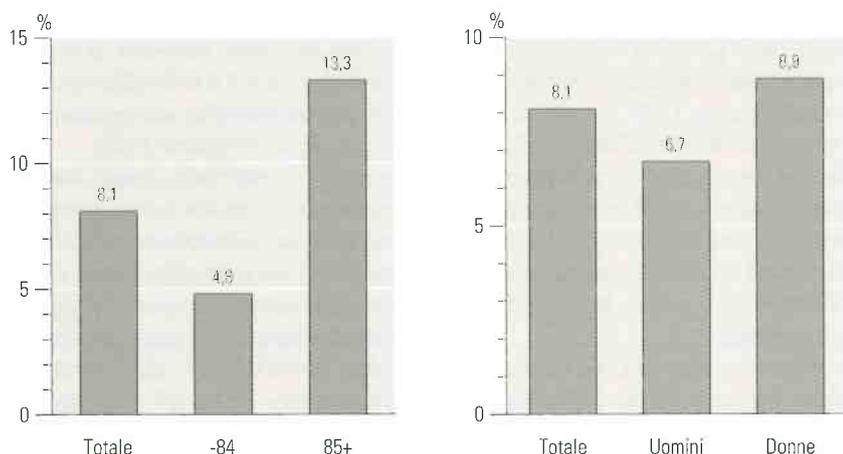


Grafico 3 Malattia somatica secondo l'età e il sesso

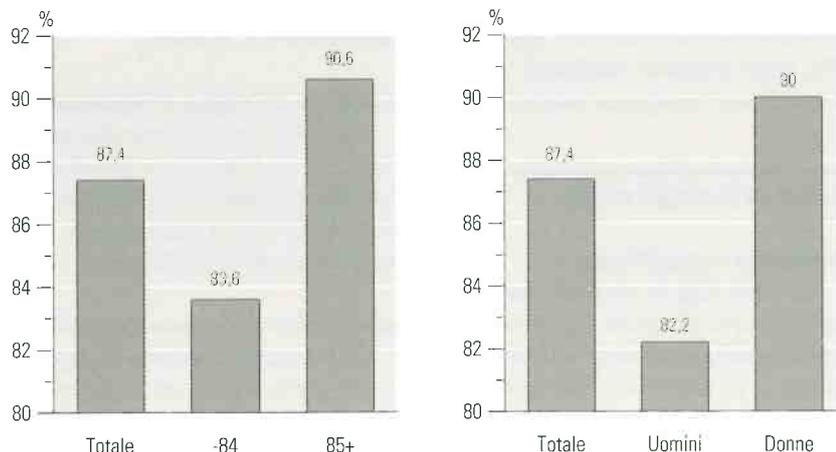
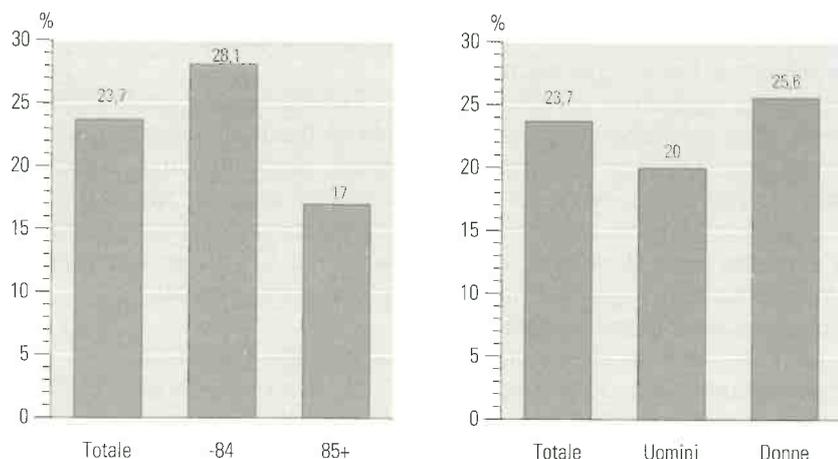
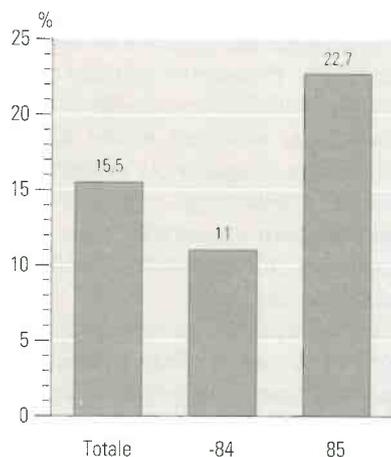


Grafico 4 Malattie neuro-psichiche secondo l'età e il sesso**Grafico 5 Malattia di Alzheimer: indice di gravità elevata secondo l'età e il sesso**

chica" vengono considerati disturbi di salute somatici che incidono fortemente anche sul piano psichico, benché non si tratti appunto necessariamente di malattie psichiche, come per es. lo sono l'ictus o il morbo di Alzheimer. Nel nostro campione (Grafico 4), troviamo 32 persone afflitte da problemi neuropsichici (23,7%). I sani sono 103 (76,3%). Possiamo quindi inferire che nella popolazione ultraottantenne ticinese si trovino 3.379 persone afflitte da malattia neuropsichica, portatrici complessivamente di 3.176 malattie.

Prevalgono i disturbi psico-organici, seguiti dall'angoscia e dalla depressione e, infine, dalla Malattia di Parkinson e dalle conseguenze dovute a ictus cerebrali.

Il malato neuropsichico si trova specialmente tra gli 80-84enni: (28,1% contro 17% per chi supera gli 85 anni). Le donne superano gli uomini sia in ci-

fre assolute che in termini percentuali (U = 20,0%, D = 25,6%). Se riceve pochi aiuti singoli o multipli, frazionati, si sa comunque che il malato neuropsichico domanda l'istituzionalizzazione e, comunque, un'assistenza globale permanente.

La malattia di Alzheimer

Lo studio mette in evidenza che l'84,5% delle persone si situa allo stadio più leggero del test di Reisberg (indici compresi fra 1 e 3). In termini reali, ciò corrisponde a un effettivo di 12.049 individui. Se si considerano invece le forme più gravi della malattia (stadio elevato del test, cioè punti 4-7), occorre includervi il 15,5% del nostro campione (Grafico 5): dunque, in termini reali 2.211 persone.

Sia in valori assoluti, sia in percentuale, le persone afflitte dalla Malattia di Alzheimer si trovano soprattutto nella popolazione avente 85 anni e oltre: (-84 anni = 11,0%; + 85 anni = 22,7%). Benché i due sessi si equivalgano in termini percentuali fra i malati di Alzheimer (15,5%), il disturbo colpisce comunque maggiormente le donne in termini numerici assoluti. Il 50% delle persone malate di Alzheimer si trova in casa per anziani.

4. Le reti degli aiuti

Struttura e significato

La rete d'aiuto multipla esistente nel Cantone (in parte informale), rispecchia sicuramente la solidarietà familiare e di vicinato di una volta, ma anche la carità cristiana. Si tratta, in effetti, di un'eredità da cui l'attuale siste-

ma d'aiuto agli anziani non si allontana nelle sue inclinazioni di fondo: l'intervento della società (volontariato, associazionismo privato) e dello Stato (servizi ad hoc) è servito soprattutto a viciarne eventuali manchevolezze, ad introdurre qualche elemento nuovo e a generalizzare quanto era già implicito nelle forme originali d'assistenza. Carlevaro identifica comunque in modo particolarmente realistico sia la struttura di questa rete multipla d'aiuto, sia il suo impiego concreto da parte degli ultraottantenni.

Emerge innanzitutto l'eterogeneità dell'approccio alla rete stessa che, da una rinuncia assoluta a qualsiasi servizio, si estende al ricorso pluralistico e persino intensivo delle varie prestazioni messe a disposizione. In effetti, globalmente, i 135 soggetti del campione esprimono 178 richieste d'aiuto: fatto che corrisponde ad una sollecitazione media di 1,3 richieste di collaborazione, di 1,7 aiuti per persona se si esclude chi non esprime nessuna domanda d'intervento e a 1,8 se l'indice viene riferito esclusivamente alle persone che superano i novant'anni di età.

Si avverte, in secondo luogo, che il ricorso alla rete risulta meno frequente nelle persone ultraottantenni più anziane che non in quelle aventi un'età meno avanzata: i più vecchi, maggiormente presenti nelle case per anziani, vi ottengono infatti – direttamente e globalmente – tutti gli appoggi che all'esterno sono invece proposti in modo separato.

Così, per identificare il numero effettivo degli ultraottantenni viventi nel nostro Cantone beneficiari o meno della rete d'aiuto considerata, sono stati applicati fattori di conversione molto particolari (cfr. Nota 6).

Analisi tipologica delle prestazioni

La ricerca considera otto opportunità d'aiuto riscontrate con maggiore o minore frequenza nel campione (Tabelle 2 e 3), per le quali ritengo meritevole un'analisi di dettaglio.

a) Aiuto familiare esterno (AFE)

E' l'appoggio offerto da figli, nipoti, altri parenti e conoscenti nel campo della vita quotidiana, valutabile in particolare se il beneficiario non vive

**Tab. 2 Tipologie d'aiuto
Prestazioni date in %
ed effettivi probabili**

	Sigla	Camp. 1996	Effettivi 1996
		Prestaz. date in %	Anziani 80+
Aiuto familiare esterno	AFE	29,6	4.220
Aiuto per le pulizie	ADP	28,1	4.007
Aiuto amministrativo	AAM	20,0	2.852
Vita in famiglia	VIF	17,8	2.538
Casa per Anziani	CAS	13,3	1.896
Pasti caldi a domicilio	PCD	7,4	1.055
Aiuto domiciliare	AID	7,4	1.055
Volontariato e vicini	VIV	4,4	627

ancora in Istituzione.

La richiesta di questo aiuto tende a diminuire con l'accrescersi dell'età, dunque proporzionalmente alla diminuzione del grado di autonomia degli interessati. Proviene soprattutto dalle persone che vivono sole, dai celibi e dai vedovi, dalle donne, da chi può contare solo sull'AVS o su AVS e pensione, da chi ha un'istruzione media, dalle casalinghe e da chi ha svolto lavori non direttivi. D'altra parte, l'handicap dovuto a malattia tende a rendere necessario un AFE: la richiesta di questo tipo di aiuto risulta più frequente per chi è afflitto da una o due malattie somatiche e da una o due malattie neuropsichiche. Chi soffre però gravemente della Malattia di Alzheimer (stadi 4-7) ne fa un uso minore, forse perché si trova in Casa per anziani.

b) Aiuto per le pulizie (ADP)

E' l'aiuto legato alle faccende più dure della giornata o della settimana, richiesto soprattutto quando le forze cominciano a declinare nell'anziano. Vi ricorrono soprattutto gli uomini, le persone beneficiarie dell'AVS e di altre fonti di reddito, da chi vive nella propria famiglia o in quella dei figli, da chi ha frequentato scuole superiori o l'università e da chi ha svolto un lavoro di responsabilità e da chi soffre di due o tre malattie fisiche ma è sano sul piano neuropsichico. Va detto infine che, in chi soffre della Malattia di Alzheimer, quest'aiuto è richiesto principalmente nelle sue fasi iniziali (stadio 1-2).

c) Aiuto amministrativo (AMM)

Si tratta di un bisogno caratterizzato dalla forte burocratizzazione, che ri-

Tab. 3 Tipologie di aiuto - Prestazioni date

	T1 ¹	T2 ²	-84	85+	Uomini	Donne
AFE	29,6	34,2	31,7	26,4	17,8	35,6
ADP	28,1	32,5	28,0	28,3	33,3	25,5
AAM	20,0	23,1	14,6	28,3	8,9	25,6
VIF	17,8	20,5	13,4	24,5	24,4	14,4
CAS	13,7	17,3	9,8	18,9	6,7	16,7
PCD	7,4	8,5	3,7	13,2	8,9	6,7
AID	7,4	8,5	6,1	9,4	8,9	6,7
VIV	4,4	5,1	6,1	1,9	0,0	6,7

¹ T1 Prestazioni totali **compresi** i soggetti degenti in Case per Anziani o altrimenti istituzionalizzati

² T2 Prestazioni totali **senza** i soggetti degenti in Case per Anziani o altrimenti istituzionalizzati

chiede conoscenze e concentrazione sempre più impegnative. Viene richiesto soprattutto dalle donne, dalle persone che superano gli 85 anni, dai vedovi, dalle persone che percepiscono solo l'AVS oppure AVS e pensione, da chi vive solo o con i figli, da chi ha seguito solo le scuole elementari o le medie, da chi ha lavorato in proprio, da chi accusa una o due malattie fisiche, da una a due malattie neuropsichiche. In assoluto ed in percentuale è alto il ricorso a questo tipo d'aiuto da parte di chi soffre della malattia di Alzheimer in tutti i suoi stadi.

d) Vita in famiglia (VIF)

Rappresenta un'utile alternativa all'istituzionalizzazione. Si tratta quindi di una modalità di presa a carico assai importante, richiesta soprattutto dagli anziani che superano gli 85 anni di età, dagli uomini, dalle persone coniugate, dai vedovi che vivono con i loro figli, da chi percepisce solo l'AVS, da chi ha una scolarità di livello medio e da chi non ha praticato lavori direttivi.

La VIF è un modo per ovviare alla presenza di problemi somatici, ma è sicuramente difficile prendere a carico persone debilitate da grossi handicap. Concerne quindi persone senza gravi danni di tipo neuropsichico. Chi soffre di uno stato iniziale di Malattia di Alzheimer di solito abita con i familiari: circostanza meno frequente per chi ha una sintomatologia alzheimeriana estremamente marcata.

e) Casa per anziani (CAS)

Il collocamento in casa per anziani porta ad una riduzione degli aiuti esterni, che vengono invece prestati

globalmente – a seconda dei bisogni – nell'ora dei servizi che la casa per anziani offre ai suoi ospiti. Tendenzialmente, si ricorre al ricovero in CAS quando viene avvertito un peggioramento psico-fisico o quando interviene un cambiamento molto importante nelle circostanze di vita. Nel nostro campione l'istituzionalizzazione in CAS riguarda maggiormente i soggetti aventi un'età maggiore agli 85 anni, le donne, i celibi, chi si trova in stato di vedovanza, chi vive con AVS o AVS con prestazioni complementari, le casalinghe e chi ha svolto un'attività non direttiva, chi è afflitto da più malattie di natura somatica e/o neuropsichica, gli ammalati di Alzheimer negli stadi più gravi.

f) Pasti caldi a domicilio (PCD)

La consegna di pasti caldi a domicilio è una conquista recente, sicuramente derivante dall'appoggio familiare e dalla solidarietà dei vicini. I beneficiari di questo aiuto sono maggiormente gli uomini, gli anziani con età superiore agli 85 anni, le persone sole, chi soffre di non più di una malattia somatica. Tra gli ammalati di Alzheimer vi ricorrono soprattutto gli anziani colpiti nelle sue forme più gravi.

g) Aiuto domiciliare (AID)

E' una prestazione tendenzialmente fornita da personale specializzato che fa parte di un servizio pubblico o privato, che aiuta l'anziano, il malato o chi ne ha bisogno sul piano sociale e nella gestione di alcune incombenze casalinghe (far le spese, certi tipi di pulizia e altri impegni quotidiani legati alla casa). Può esservi integrato anche un aiuto paramedico regolare (in-

fermiere o infermiera del Servizio di Aiuto domiciliare).

Vi ricorrono soprattutto i vedovi, i celibi e i divorziati, le persone sole o che vivono con terzi, chi ha una scolarità di livello non superiore all'obbligatorietà, le casalinghe e chi non ha praticato lavori direttivi. È particolarmente richiesto dalle persone che soffrono di affezioni neuropsichiche e di malattie somatiche. Il servizio è pure molto richiesto da chi soffre della Malattia di Alzheimer nella fase iniziale, ma diventa indispensabile per gli anziani che ne accusano lo stadio più avanzato: infatti, gli ammalati gravi di Alzheimer non istituzionalizzati lo chiedono nella misura del 100%.

h) Volontariato e vicini (VIV)

Questo tipo di aiuto risulta diffuso specialmente nelle regioni rurali, spesso informalmente, per simpatia, per senso di solidarietà.

Viene chiesto soprattutto dalle donne, da chi non supera gli 85 anni di età, dai vedovi, dai celibi, da coloro che vivono di AVS e di prestazioni complementari, da chi vive solo, da chi – benché sano di mente – soffre di almeno due malattie fisiche. I beneficiari di VIV, sia in numero assoluto che in percentuale, sono in particolare donne che raggiungono o superano gli 85 anni. In qualche raro caso viene chiesto anche da chi è colpito dalla Malattia di Alzheimer nel suo stadio iniziale.

5. Il bisogno e i suoi aspetti

Significato e importanza

Il bisogno non è necessariamente espresso solo da chi si trova in uno stato di dipendenza: l'esigenza di chiedere un aiuto facente parte della rete studiata dal Dott. Carlevaro emerge infatti anche per chi risulta altrimenti indipendente. Le persone che risultano autonome fanno comunque riferimento alla rete degli aiuti in modo poco marcato: ciò spiega probabilmente una tendenza latente progressiva della domanda di collaborazione che, appunto, diventa sempre più pronunciata con l'età, con l'insorgere improvviso di impedimenti e con il loro aggravarsi. Sembra

inoltre che l'*handicap* somatico – forse dovuto a più di una sola malattia somatica – sia più facilmente superabile che non l'*handicap* di natura neuro-psichica: forma di disagio quest'ultima che induce ad un ricorso relativamente anticipato della prestazione più protettiva, ossia la casa per anziani.

Gli indicatori del bisogno

Le modalità d'intervento menzionate e descritte in precedenza formano una rete che può essere sollecitata ai vari nodi contemporaneamente, cioè "in modo aggregato", a seconda dell'intensità dei bisogni. L'appoggio verrà garantito quindi in modo multiplo. Si può dunque parlare di una rete d'*aiuto multiplo*. Il fatto che questa rete venga utilizzata secondo modalità aggregate è dunque un indicatore particolarmente significativo del sostegno sociale.

In sintesi, l'accesso alla rete d'aiuto multiplo riguarda 103 persone, ossia il 76,3% dei casi esaminati (v. Tab. 4).

Globalmente, si può quindi presumere che 10.880 persone su 14.260 censite con età superiore agli ottant'anni si rivolgano alla rete, chiedendo da uno a più appoggi.

Aiuto e personalità dei richiedenti

Alla rete degli aiuti *non fanno ricorso* le persone autonome nel senso più autentico del termine. Si tratta soprattutto di persone meno anziane e tendenzialmente sane, di coppie, di chi non soffre ancora di malattie.

D'altra parte, la richiesta di *un solo aiuto* non indica necessariamente uno stato di dipendenza: al contrario, può essere considerato un mezzo per evitarla. In questa circostanza, notiamo una presenza maggiore dei soggetti più anziani, di donne, di persone che risiedono in famiglia, mentre la domanda di collaborazione aumenta con lo stato di solitudine dell'anziano, con l'apparizione e la crescita degli *handicap* fisici e di disturbi neuro-psichici lievi.

La necessità di ottenere *due o più aiuti* è invece condizionata dall'età e dal sesso: sono infatti più frequenti le domande d'aiuto da parte delle donne, sicuramente perché più predisposte alla longevità. Benché il fenomeno rappresenti sicuramente il prodromo dell'isti-

Tab. 4 Rete d'aiuto: sintesi

	Campione		Pop. 80 anni e +
	Ass.	%	
Totali	135	100,0	14.260
nessun aiuto	32	23,7	3.380
1 aiuto	54	40,0	5.704
2 aiuti	25	18,5	2.638
3-4 aiuti	24	17,8	2.538

tuzionalizzazione, la tendenza a fare capo a più aiuti risulta inoltre correlata con una maggiore scolarità e con l'esercizio di un'attività di tipo direttivo. Si può dire, infine, che le persone con gravi handicap neuropsichici fanno ricorso a *parecchi tipi d'aiuto*, benché si tratti di un gruppo assai ristretto che, nella maggioranza si trova probabilmente già in casa per anziani. In generale, infatti, si nota che il peggioramento dello stato psicofisico di una persona provoca l'aumento del suo ricorso alla rete d'aiuto multiplo, fino al momento in cui s'impone una presa a carico di tipo istituzionale.

6. Conclusione

La ricerca, curata e coordinata dal Dott. Tazio Carlevaro, avvalorata sicuramente in modo innovativo la nostra conoscenza della quarta età. Concepita come esplorazione statistica rigorosamente obiettiva, l'indagine si è infatti interessata ad accertamenti inconsueti di natura medico-epidemiologica, sociale e assistenziale. Così, il ricercatore fornisce innanzitutto un apprezzamento generale e differenziato del rapporto autonomia-dipendenza che caratterizza la persona anziana. Analizza in seguito i vari problemi di salute che colpiscono le persone aventi un'età superiore agli ottant'anni (malattie somatiche e neuro-psichiche) dando, infine, un quadro realistico dei bisogni di collaborazione espressi dagli anziani stessi e dell'utilizzazione che essi fanno concretamente della rete aggregata di aiuto multiplo. Se si vuole, il lavoro di Carlevaro rappresenta in modo aggiornato l'immagine meno conosciuta della solidarietà: diversamente da quello qualitativo, particolarmente già noto, soprattutto a chi lo pratica viven-

dolo in prima persona, egli ne descrive per la prima volta l'aspetto quantitativo più autentico, indicato finora in termini molto generici, oppure in gergo finanziario globale. In questo senso, possediamo insomma uno strumento minuzioso di verifica su certi caratteri sicuramente misconosciuti della nostra disponibilità nei confronti degli anziani e su eventuali nostre manchevolezze in merito.

In effetti, ci si deve rendere conto che la Casa per Anziani, resa efficiente su piano medico, assistenziale, ricreativo e talvolta anche culturale - benché indispensabile e risolutiva per un insieme ampiamente integrato di risorse - rappresenta quasi sempre il livello terminale di quella vasta gamma di aiuti messi invece a disposizione su misura di chi appartiene alla quarta età. Si deve quindi ammettere - come d'altra parte sottolinea anche il ricercatore nel suo studio - che la funzione delle numerose risorse assistenziali alternative al ricovero medicalizzato è quella di prolungare l'autonomia dell'anziano e di lenirne la dipendenza, cercando di aumentare il tempo in cui egli può rimanere nel suo ambiente abituale.

Sarà quindi necessario conoscere meglio la rete stessa delle risorse, allo scopo di valorizzarla in tutti i suoi contenuti: un impegno che chiede di considerare razionalmente sia il problema dei bisogni, quello delle priorità d'intervento, quello dei costi - compatibilmente con la diminuzione dei mezzi economici disponibili - e, non ultimo, quello della prevenzione, ossia della cura precoce di tutte quelle affezioni che possono condurre a limitazioni funzionali e a decorsi cronici irreversibili. È un compito che toccherà insomma anche alla Società, dunque al politico di cui è l'espressione. ■

La crescita demografica resta contenuta

Calcoli provvisori dell'evoluzione demografica nel 1998

Ufficio federale di statistica, Neuchâtel

Comunicato
stampa
dell'UST

Nel 1998, la popolazione residente permanente in Svizzera è aumentata di 18.200 unità raggiungendo, a fine anno, un totale di 7.114.600 abitanti. Il tasso di crescita della popolazione ha segnato un nuovo leggero aumento, passando dallo 0,2 per cento del 1997 allo 0,3 per cento nel 1998. Negli ultimi tre anni, la crescita si è però stabilizzata a un livello basso. Anche l'immigrazione della popolazione straniera è variata solo lievemente dal 1996. Questo emerge dai calcoli provvisori dell'Ufficio federale di statistica (UST).

Nel 1998, la popolazione residente permanente ha raggiunto un totale di 7.114.600 persone. Questa cifra comprende i cittadini svizzeri, i cittadini stranieri con permesso di dimora annuale e di domicilio nonché i funzionari internazionali. Non sono, invece inclusi gli stagionali (media annuale 1998: 20.700), i dimoranti di breve durata (media annuale 1998: 18.500) e i richiedenti l'asilo (fine 1998: 93.800).

Il tasso di crescita (0,3%) è di poco superiore a quello registrato nel 1997 (0,2%). La crescita della *popolazione residente permanente totale* del 1998 risulta dall'eccedenza delle nascite (nascite meno i decessi) di 17.400 persone sommata all'immigrazione netta di 700 persone (nel 1997 si era registrata un'eccedenza delle nascite di 17.700 unità contro un'eccedenza dell'emigrazione di 2.600 persone). La principale componente della crescita demografica è attualmente costituita dal movimento naturale della popolazione (eccedenza delle nascite).

L'eccedenza dell'immigrazione della *popolazione straniera residente permanente* è stata di 11.000 persone, ovvero di poco superiore a quella del 1997 (7.600). Negli ultimi 28 anni sono stati registrati valori più bassi o

eccedenze dell'emigrazione soltanto nel periodo di crisi economica dal 1973 al 1979 e successivamente nel 1996 (7.500) e nel 1997. Tra il 1991 e il 1996 il numero di cittadini stranieri immigrati nel nostro Paese ha continuato a diminuire, mentre quello dei rientri in patria ha subito solo lievi variazioni. Dal 1996, le immigrazioni si sono stabilizzate.

Poche variazioni nelle nascite e nei decessi

Nel 1998, il numero dei nati vivi stimato a 80.100 unità è risultato lievemente inferiore a quello dell'anno precedente (80.584). Sembra così proseguire il calo osservato a partire dal 1992 (86.910). Sempre secondo le stime dell'UST, le nascite dei bambini di nazionalità svizzera sono nuovamente diminuite (-500), mentre quelle dei bambini stranieri sono rimaste stabili. Nel 1998, anche i decessi sono scesi leggermente rispetto al 1997 (1997: 62.839; 1998: 62.600).

La popolazione svizzera aumenta unicamente in seguito alle naturalizzazioni

Nel 1998, il numero dei cittadini svizzeri è aumentato dello 0,2 per cen-