

Il Girasole

RIVISTA TRIMESTRALE DI CURE PALLIATIVE

Fai ciò che ti è possibile per gli
altri e renderai questo nostro
mondo un posto migliore

- ROSALYNN CARTER

ANNO 7 | N. 1 | GENNAIO 2026

CAREGIVER BURDEN
INVENTORY
- PAG. 12

PALLIATIVE CARE
NELLA DEMENZA
- PAG. 42

SAN LEUCIO, DOVE
L'UTOPIA DIVENNE
REALTÀ -PAG. 54



FONDAZIONE
CLOTILDE

Sommario

- 03.** Caregiver Burden
Paolo Cesaro
- 12.** Caregiver Burden Inventory
- 14.** Diario di una Caregiver
Greta Ferrar
- 18.** Il successo della prevenzione comporta la presa in carico dell'ansia?
Alberto Vito
- 20.** Hospice: il luogo dove la vita si specchia nella sua verità
Luna Sicolo
- 22.** Embolia Polmonare: Algoritmi, Protocolli e Scelte Terapeutiche
Giulio Maresca
- 36.** Non riesco a dormire!
Ilaria Stellato
- 40.** Hospice: quando il sorriso diventa terapia
- 42.** Palliative care nella demenza
Francesco Paolo De Lucia
- 52.** Fate germogliare la pace
Domenico Battaglia
- 54.** San Leucio, dove l'utopia divenne realtà
Paolo Cesaro
- 62.** Tra ordito e trama: i ricordi di un artigiano della seta
Ilaria Stellato

Rivista Trimestrale

Anno 7 n.1
Gennaio 2026

Editore: Fondazione clotilde

redazioneilgirasole@gmail.com

Direttore Responsabile

Paolo Cesaro

Art Director

Irfid Marketing

Redazione

*Fabio Borrometi - C. P. Pediatriche
Fabrizio Capuano - Volontariato
Arturo Cuomo - Terapia del Dolore
M. Rosaria Monsurrò - S.L.A.
Vincenzo Montesarchio - Oncologia
Carlo Negri - Comunicazione
Alberto Vito - Psicologia Clinica
Vincenzo Zurlo - Nutrizione Artificiale*

Caregiver Burden

Lo stress ed il carico fisico, emotivo e finanziario di chi assiste un familiare

Paolo Cesaro

Con l'invecchiamento della popolazione e le malattie croniche in crescita, aumenta anche l'attenzione per tutte quelle persone che si ritrovano a doversi prendere cura di un proprio caro non più autosufficiente.

La gestione della persona non autosufficiente sta generando nuovi bisogni sociali, perché la non autosufficienza impatta profondamente sulla qualità della vita non solo della persona ammalata ma anche delle famiglie, con ripercussioni significative sulla sfera economica. I bisogni riguardano soprattutto misure di sostegno economico per l'intero nucleo familiare ma anche strumenti per la conciliazione tra il lavoro e la vita, personale e in famiglia, dei familiari caregivers.

Ogni giorno, migliaia di famiglie si trovano ad affrontare la complessa realtà dell'assistenza a un proprio caro affetto da patologie complesse. In genere è uno dei componenti il nucleo familiare che si fa carico, più degli altri, di tutte le problematiche relative alla gestione ed all'assistenza; assistere un anziano, un familiare non autosufficiente o una persona affetta da una patologia grave, magari una malattia oncologica grave, richiede tempo, risorse e obbliga a rinunce sia sul piano lavorativo che sul piano personale, familiare e sociale: meno tempo per la cura della propria famiglia e meno tempo libero, e tutto ciò si traduce in un costo sia per la famiglia che per la collettività.

Essere caregiver non è una scelta, ci si diventa e basta! È una tegola che arriva in testa, che non ti aspetti, che stravolge la propria esistenza. Sono tante, inoltre, le sfide anche dal punto di vista emotivo, che il caregiver è chiamato ad affrontare



ogni giorno e il suo compito è una responsabilità gravosa ed un impegno che comporta una condizione di solitudine e stress.

*Ci sono quattro tipi di persone nel mondo:
quelli che sono stati caregiver
quelli che sono caregiver
coloro che saranno caregiver
coloro che avranno bisogno di un caregiver*

Rosalynn Carter
Institute for Caregiving

Secondo i dati ISTAT pubblicati nel 2018, sono più di 7 milioni (pari a circa il 15% della popolazione) gli italiani impegnati nel caregiving informale, a favore cioè di propri familiari: genitore anziano, figlio con disabilità, coniuge non autosufficiente. La maggior parte ha più di 50 anni, uno su cinque più di 60; oltre il 70% è di sesso femminile e, spesso, queste donne sono costrette a bilanciare il ruolo di assistente con quello di madre e lavoratrice.

Una recente ricerca condotta da Censis e Aima ha tracciato un quadro allarmante: il 20% dei caregiver non riceve alcun aiuto e il 41,1% delle famiglie si affida ad un o una badante, affrontando costi elevatissimi, che rappresentano il 75% della spesa complessiva per la cura di un paziente.



I Caregivers svolgono un compito indispensabile e particolarmente oneroso ma, nonostante ciò, in Italia, a differenza di molti altri Paesi europei, questa figura non viene giuridicamente riconosciuta né tutelata rivelando, in maniera inequivocabile, quanto sia invisibile e considerata irrilevante. Stando a quanto riportato dall'Osservatorio di Sara Assicurazioni, molti caregivers lamentano gravi difficoltà legate all'assenza di sostegno, non solo economico, e alla mancanza di punti di riferimento con evidente rischio di isolamento.

Essere un caregiver familiare significa assicurare affetto e dedicare tempo ed energia a una persona

cara che ha bisogno di assistenza. Questo ruolo così importante può, però, portare un effetto collaterale spesso sottovalutato: la solitudine. Chi si prende cura di un familiare malato o anziano si trova a dover sacrificare la propria vita sociale, il suo tempo libero e, a volte, anche il proprio benessere emotivo; e questa condizione può trasformarsi in una vera e propria prigione silenziosa, dove il caregiver si sente sempre più solo e incompreso.

La solitudine emotiva non nasce per caso, ma è spesso il risultato di diverse dinamiche che si intrecciano tra loro:

- Prendersi cura significa donare tempo, energia e cuore ogni giorno, un gesto d'amore che richiede una presenza costante e che lascia poco spazio al sé. Le giornate ricche di impegni, le responsabilità, l'essere sempre disponibili configgono con la possibilità di mantenere vive le relazioni e trovare momenti di leggerezza.

- Con il passare delle settimane, dei mesi, degli anni, il mondo si restringe: le uscite si diradano, gli incontri con gli amici diventano più rari e le partecipazioni a eventi sociali quasi scompaiono; questo isolamento, silenziosamente, allontana i caregivers dalle relazioni che un tempo riempivano la loro vita di calore e normalità.

- Quando si presenta l'occasione di interagire con gli altri, il caregiver si sente spesso fuori posto, quasi invisibile. Chi non vive o non ha mai vissuto una esperienza da caregiver fatica a comprendere le sfide quotidiane, la stanchezza e il peso emotivo che comporta; questa distanza crea un divario con amici e familiari e fa crescere ancora di più la sensazione di solitudine.

- Essere caregiver diventa così coinvolgente e totalizzante da far dimenticare chi si era un tempo. Gli interessi, le passioni, i sogni, che davano energia e gioia, vengono accantonati, sommersi dalle responsabilità quotidiane e dalla necessità di essere sempre presenti; ciò genera una sensazione di vuoto interiore che alimenta la solitudine e fa sentire distanti persino da sé stessi.

La solitudine emotiva del caregiver è una condizione complessa, è un senso di isolamento interiore perché il proprio quotidiano è difficile da spiegare

Da Caregiver a Caregiver

Prendersi cura di chi si prende cura

Chi si prende cura per lungo tempo di un proprio familiare non autosufficiente alla fine rischia di soccombere sotto l'alto carico di fatica, sofferenza e stress e finisce, spesso con ergere una barriera tra la propria casa e il resto del mondo.

Parte da questa considerazione l'iniziativa e l'esperienza di un gruppo, l'Associazione Gilo Care Onlus di Torino che aiuta i caregiver a migliorare la propria qualità della vita, migliorando il rapporto con gli altri, con sé stessi e perfino con la persona che assistono.

'Spesso ci sentiamo talmente travolti dagli eventi che scatta la ritrosia: se qualcuno ti propone di fare qualcosa per te, la prendi come un'intrusione nella tua sfera personale. Diciamo a noi stessi di non avere voglia e nemmeno tempo per andare a raccontare ad altri i fatti nostri. E poi il malato non siamo noi! Insomma, il più delle volte non ci rendiamo conto di avere bisogno di un aiuto, nel senso di un affiancamento da parte di qualcuno che possa capirci.' Sono parole di Lorenzo Cuffini, Presidente dell'Associazione e Caregiver di sua moglie Margherita. Lorenzo ha trascorso 10 anni dedicandosi quotidianamente alla moglie e, per prendersi cura di lei, ha dismesso l'azienda metalmeccanica di cui era titolare dedicandosi al lavoro di consulente aziendale, più facilmente conciliabile con i suoi impegni familiari. È stata proprio sua moglie a rendersi conto di quanto malessere gli stesse provocando la chiusura verso il mondo esterno e a stimolarlo ad aprirsi agli altri.

Gilo Care, dal 2015, ha cominciato ad organizzare Gruppi di Condivisione, con partecipanti da tutta l'Italia. I Gruppi di condivisione ed esperienza si riuniscono in presenza o online con cadenza quindicinale e sono condotti da un responsabile dell'Associazione con alle spalle una lunga esperienza di cura di un familiare. Si tratta di piccoli gruppi il più possibile omogenei per situazione e, talora, strutturati secondo il tipo di parentela con il paziente. A volte si tratta di figli, altre volte di genitori e in altri casi ancora di coniugi.

La partecipazione è libera e gratuita e per aderire all'iniziativa basta un colloquio preliminare. 'Si tratta di un servizio molto libero ed elastico, a volte si partecipa a un unico incontro, in altri casi si frequenta il gruppo anche per anni' - chiarisce il vice presidente.

All'interno dei Gruppi le persone scoprono quanto possa fare bene parlare con qualcuno che ti capisce e che, quindi, non necessita di troppe spiegazioni. Ogni incontro prende le mosse da un episodio o uno stato emotivo (positivo o negativo) condiviso da uno dei partecipanti, su cui gli altri intervengono con commenti o racconti di esperienze personali. E spesso si va via alleggeriti. 'Trovo importante poter condividere le esperienze, mi porta dalla solitudine a un arricchimento personale' spiega uno dei partecipanti 'Non ci si sente più così soli e si prende coscienza, cosa all'inizio incredibile, che qualche soluzione migliorativa si può trovare quasi sempre. Diventa un piacere incontrarsi. Un dialogo senza filtri, senza giudizi, senza lezioni, con persone che ti ascoltano davvero e dimostrano di capirti al volo, può svelarti significati e motivazioni nuove.'

ed è anche difficile da comprendere da parte di chi non condivide la stessa esperienza.

Questa solitudine non è solo un peso emotivo; può avere conseguenze concrete sulla salute mentale e fisica:

- La responsabilità costante, la paura di sbagliare, la mancanza di momenti di leggerezza generano un sovraccarico emotivo e uno stress persistente che sono difficile da gestire.

- Conversando con amici e parenti, si avverte, spesso, la sensazione di parlare una lingua diversa, perché chi non vive questa realtà fa fatica a comprendere quanto è impegnativo, sia dal punto di vista fisico che emotivo, il ruolo del caregiver; tutto ciò genera un senso di incomprensione e, aumentando la distanza dalle relazioni che un tempo erano fonte di conforto, determina l'isolamento relazionale.

- Dedicare ogni energia all'altro porta a trascurare i propri bisogni e i propri desideri; questa rinuncia sfocia in un senso di vuoto interiore, una tristezza persistente, una perdita di motivazione verso ciò che un tempo dava gioia, sfociando nella depressione e nella perdita di sé.

- Il peso emotivo della cura, il senso di solitudine, influiscono negativamente sul corpo ed hanno un impatto sulla salute fisica; mal di testa, tensione muscolare, indebolimento del sistema immunitario sono segnali di un carico troppo pesante da sostenere.

- La mente di un caregiver è troppo occupata da pensieri legati all'organizzazione, alla gestione del quotidiano e alle preoccupazioni per il proprio caro; anche i momenti di pausa non portano il sollievo sperato, con conseguenze negative sulla qualità del sonno e sulla capacità di recuperare le energie.

Essere un caregiver è un gesto di amore profondo, ma non deve comportare il dover mettere sempre sé stessi in secondo piano.

La solitudine emotiva non è una debolezza ma una reazione umana ad un compito complesso e carico di responsabilità.

La solitudine emotiva non è una condizione irreversibile: esistono diversi modi per affrontarla, riscoprendo il valore delle relazioni e il piacere

di stare insieme agli altri e ritrovando momenti autentici di condivisione e di supporto reciproco.

È importante riconoscerla e, quando possibile, chiedere aiuto perché anche chi si prende cura degli altri ha bisogno di sentirsi compreso, sostenuto, accolto e meno isolato.

Riconoscere di sentirsi soli è il primo passo per alleggerire un peso che sembra troppo grande da sostenere. Cercare supporto, condividere le proprie emozioni, concedersi piccoli momenti di respiro può fare una grande differenza; non è egoismo ma un atto di cura verso sé stessi, indispensabile per continuare a prendersi cura degli altri con serenità. Come ci suggerisce l'hostess in aereo, per poter aiutare l'altro, bisogna prima prendersi cura di se stesso e mettersi in sicurezza!

Bisogna concedersi il diritto di **chiedere aiuto**, a un altro familiare o a una struttura di supporto, senza sentirsi in colpa. Accettare di non poter fare tutto da soli non è una sconfitta e alleggerire il carico non solo rende la cura più sostenibile ma permette anche di ritagliarsi piccoli momenti per sé, necessari per mantenere equilibrio e serenità.

Nella giornata di un caregiver il tempo sembra non bastare mai, ma trovare un momento per **mantenere vive le relazioni sociali** è un gesto che può fare la differenza; un messaggio, una telefonata, una breve videochiamata mantengono vivi i legami e regalano una sensazione di vicinanza che aiuta a sentirsi meno soli, anche nelle giornate più difficili.

Condividere le proprie emozioni con chi sta vivendo la stessa esperienza può fare la differenza; i gruppi di supporto, in presenza o online, offrono uno spazio in cui i caregiver possono raccontarsi senza paura di essere giudicati, scambiarsi consigli e trovare conforto in una comprensione reciproca che allevia la solitudine e dona sollievo.

Anche pochi **minuti** al giorno **dedicati a sé stessi** possono fare una grande differenza; leggere un libro, ascoltare una canzone, concedersi una breve passeggiata aiutano a riscoprire la propria identità



oltre il ruolo di caregiver, spezzando quel senso di solitudine e regalando un momento di respiro alla mente e al cuore.

Quando la solitudine diventa opprimente, chiedere aiuto a un professionista è un passo importante e prezioso; **uno psicologo** o ad una persona esperta può offrire ascolto e strumenti utili per gestire le emozioni e ritrovare un equilibrio, permettendo di affrontare con più serenità le sfide quotidiane.

La Medicina Palliativa è un insieme di interventi medici, psicologici e assistenziali che, senza mirare alla guarigione, hanno l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei pazienti con malattie inguaribili, rispettando la dignità del malato.

Uno degli scopi è supportare anche tutto il nucleo familiare ed amicale in questo percorso non semplice né agevole. È ovvio, quindi, che la prima persona da attenzionare ed aiutare è proprio quella che, ogni giorno, si prende cura dell'assistenza del familiare ammalato. La solitudine ed il carico assistenziale ed emotivo del caregiver sono problematiche studiate dalla fine degli anni '80.

Per analizzare e quantificare sia il carico psicologico che quello fisico dei caregivers familiari sono stati redatti e validati diversi questionari. Solo con strumenti del genere è possibile misurare e, quindi, l'impatto la nuova condizione dettata dall'assistenza al familiare ha sul caregiver.

Il Caregiver Burden Inventory (CBI): è uno strumento di autovalutazione utilizzato originariamente per misurare il carico assistenziale per persone che si occupavano di anziani con demenza o Alzheimer ma, ultimamente, è stato applicato anche in altri contesti come disabilità congenite, pazienti oncologici, malattie croniche non neoplastiche, problemi di salute mentale, senilità avanzata, etc.

Si tratta in sostanza di un questionario a risposte multiple che deve essere compilato dal caregiver principale, ossia il familiare che maggiormente sostiene, in famiglia, il carico dell'assistenza della persona con disabilità ed al quale è richiesto di

rispondere barrando la casella che più si avvicina alla sua condizione o impressione personale. Ovviamente non è destinato ai caregivers professionali, badanti o operatori sociosanitari, che ricoprono questo ruolo per professione.

Il Caregiver Burden Inventory misura il carico assistenziale e valuta le ripercussioni emotive, sociali, psicologiche e professionali del caregiver. Il questionario valuta l'impatto della malattia sulla vita della persona, analizzando cinque aspetti:

- Carico oggettivo (Dependent burden)
- Carico evolutivo (Development Burden)
- Carico fisico (Physical Burden)
- Carico sociale (Social Burden)
- Carico emozionale (Emotional Burden)

L'utilizzo del test è importante perché la società deve rendersi conto del carico emotivo, personale e professionale che si portano dietro le persone che dedicano gran parte della propria vita a prendersi cura del proprio familiare.

Il Caregiver Burden Inventory permette di ottenere un profilo grafico del carico, burden, del caregiver nei diversi domini. Consente di confrontare tra loro diversi soggetti e, somministrato ad intervalli temporali regolari alla stessa persona, di osservare le variazioni del burden, nel tempo, nella stessa persona. I caregiver con lo stesso punteggio totale possono presentare diversi modelli di burden e questi diversi profili vanno ad identificare i diversi bisogni, prevalentemente sociali e psicologici, dei caregiver e suggeriscono i differenti obiettivi degli interventi da pianificare e perseguire per dare sollievo ai punti deboli emersi con il test.

In base alla esperienza di diverse istituzioni che lo utilizzano, la minore affidabilità del test si riscontra a proposito del carico emotivo e sociale. Le emozioni di un caregiver sono tante: dalla rabbia al senso di impotenza, al dolore, alla frustrazione.

E c'è anche la vergogna, la vergogna che si può

Caregiver Burden Inventory



CARICO OGGETTIVO

Dependent Burden

Carico associato alla restrizione del tempo dedicato a sé stessi perché impegnati nell'assistenza

CARICO EVOLUTIVO

Development Burden

Percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei



CARICO FISICO

Physical Burden

Sensazione di fatica cronica, stress fisico e problemi di salute somatica;



CARICO SOCIALE

Social Burden.

Carico causato dal conflitto del ruolo di caregiver con gli altri impegni di lavoro e familiari



CARICO EMOZIONALE

Emotional Burden

Sentimenti verso la persona presa in carico, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri.



[HTTPS://LINKABILI.IT](https://linkabili.it)

provare quando il proprio caro, magari in un luogo pubblico, ha determinati atteggiamenti che possono causare imbarazzo, dal momento che le altre persone non sanno della malattia. Sono tutte emozioni che devono essere analizzate e approfondite, mai stigmatizzate.

Altro strumento largamente utilizzato per la valutazione delle conseguenze del carico assistenziale sul familiare caregiver è lo Zarit Burden Interview.

Composto da 22 domande, suddivise in cinque grandi fattori, può essere utilizzato sia come self-report che sotto forma di intervista e la sua brevità consente una facile somministrazione. Il questionario indaga su come la disabilità del paziente impatti sulla qualità di vita, la sofferenza psicologica, il senso di colpa, le difficoltà finanziarie, la vergogna e le difficoltà sociali e famigliari del caregiver.

Il punteggio finale, compreso tra 0 e 88, permette di determinare il range del carico assistenziale:

- < 20: carico assistenziale minimo o nullo
- tra 21-40: carico da lieve a moderato
- tra 41-60: carico da moderato a grave
- tra 61-88: grave carico assistenziale.



Lo strumento ha un'ottima coerenza ed è stato validato con questionari che valutano aspetti diversi della vita e della situazione psicologica della

persona:

- Il General Health Questionnaire che esplora la presenza di depressione e disagio sociale.
- l'Hospital Anxiety and Depression Scale, strumento per la misurazione di ansia e depressione in popolazioni non psichiatriche.
- Il Symptom Checklist-90-Revised che misura gli outcomes di interventi di supporto.

L'analisi rivela che le preoccupazioni più frequenti dei caregivers sono il sentirsi soli e la paura per un futuro incerto. Le domande che ottengono punteggi più elevati sono: 'Sente che il suo familiare è dipendente da lei?', 'Teme ciò che il futuro riserva al suo familiare?', 'Ritiene di non avere abbastanza tempo per se stesso?'.

Lo studio di validazione italiano ha mostrato un carico assistenziale moderato; è emerso che i coniugi hanno valori maggiori rispetto ai figli e che, con l'aumentare dell'età, diminuiscono le capacità di fare fronte al carico fisico, materiale ed affettivo che la disabilità comporta.

In conclusione, lo Zarit Burden Interview risulta essere uno strumento valido, affidabile ed utile nell'analisi del carico assistenziale vissuto dai caregivers di famigliari con patologie croniche e degenerative di diversa origine.

Come sta? È un questionario di autovalutazione proposto da Health in Aging Foundation per valutare il carico emotivo, fisico e sociale che deriva dall'assistenza a un familiare. Un questionario composto da 18 quesiti semplici cui è richiesto di rispondere con un Sì o con un No; è possibile interpretare il punteggio per comprendere il proprio livello di stress, considerando che risposte affermative a domande specifiche (come le domande 4 e 11), un totale elevato di risposte affermative, o punteggi alti in altre scale (domande 17 e 18) indicano un disagio elevato.

Come sta?		
Nell'ultima settimana:		
ho avuto difficoltà a concentrarmi su ciò che stavo facendo	SI	NO
ho sentito che non avrei potuto lasciare il mio familiare solo	SI	NO
ho avuto difficoltà a prendere decisioni	SI	NO
mi sono sentito sopraffatto	SI	NO
mi sono sentito indispensabile	SI	NO
mi sono sentito solo	SI	NO
ho provato angoscia perchè il mio familiare è cambiato rispetto a prima	SI	NO
ho sentito la mancanza di tempo per me stesso	SI	NO
sono stato irritabile e nervoso	SI	NO
ho avuto problemi a dormire	SI	NO
ho avuto crisi di pianto	SI	NO
sono schiacciato tra lavoro e responsabilità	SI	NO
Ho avuto mal di testa o problemi di stomaco	SI	NO
sono soddisfatto del supporto dalla famiglia	SI	NO
le condizioni del mio familiare erano un ostacolo alla cura.	SI	NO
Da 1 a 10 dia un valore al su stress		
Da 1 a 10 dia un valore al suo attuale stato di salute		

Se il risultato suggerisce un livello di angoscia o ansia elevato, il test suggerisce al Caregiver di prendere in considerazione:

- Cercare di interrompere la responsabilità

dell'assistenza, almeno per qualche tempo
- Aderire ad un gruppo di sostegno.

I questionari sopra riportati sono utili per misurare il caregiver burden, il carico fisico, psicologico, emotivo e finanziario che grava su chi assiste un familiare ammalato, un sovraccarico di impegni e lavoro dovuto alle responsabilità di cura continuative che può portare ad una condizione di stress cronico, ansia, depressione e disturbi fisici.

Bisogna, però, distinguere tra burden e burnout. Mentre il burden è il peso emotivo, fisico o finanziario associato alla responsabilità dell'assistenza e legato alle percezioni e ai sentimenti soggettivi del caregiver, il burnout è uno stato di esaurimento fisico, emotivo e mentale connesso allo stress prolungato.

La costante pressione e le sfide associate all'assistenza possono portare al burnout, con conseguenze significative per il benessere e la salute stessa dei caregiver. L'insorgere di sentimenti complessi, come la rabbia nei confronti dell'assistito, può alimentare ulteriormente il senso di colpa e il disagio emotivo; è essenziale comprendere e affrontare questo rischio per garantire ai caregiver di poter continuare a fornire il sostegno necessario in modo sano e sostenibile. Possiamo distinguere in fisici e psicologici i sintomi del burnout nel caregiver.

Questi non sono segni di debolezza, ma indicazioni del carico emotivo e fisico del caregiver. In diversi studi sono stati identificati come fattori di rischio il sesso femminile, il basso livello di istruzione, la residenza con la persona assistita, le molte ore trascorse nell'assistenza, la depressione e l'isolamento sociale, lo stress finanziario e la mancanza di scelta.

La gestione del burnout tra i caregiver è un aspetto cruciale per garantire il benessere di coloro che si prendono cura di persone affette da gravi malattie. Investire nella salute mentale e nel benessere dei

Sintomi Fisici	Sintomi Psicici
Affaticamento	Senso di inefficacia
Disturbi del sonno	Diminuzione di interesse
Frequenti mal di testa	Senso di colpa
Disturbi gastrointestinali	Ansia e tristezza
Disturbi appetito	Isolamento sociale
Dolori muscolari	Irritabilità o rabbia
Malattie fisiche ricorrenti	Diminuzione dell'autostima
Disturbi del sistema immunitario	Disturbi Umore e depressione
Aumento della pressione sanguigna	Disperazione e senso di vuoto

caregiver può comportare una migliore qualità delle cure e un miglioramento della loro qualità di vita.

L'**Acceptance and Commitment Therapy** (A.C.T.) è una forma di terapia cognitivo-comportamentale che si concentra sull'accettazione delle esperienze interiori, come pensieri, emozioni e sensazioni fisiche, anziché cercare di cambiarle; suggerisce di adottare un approccio alla lotta contro le emozioni scomode, invitando i caregiver ad accoglierle, mirando a favorire un rapporto più sano e autentico con il proprio mondo emotivo e permettendo di ritrovare un equilibrio interiore.

Riconoscere e accettare le proprie emozioni è essere il primo passo per trovare il supporto e le risorse necessarie per gestire il carico dell'assistenza in modo sano e sostenibile.

Oltre a questi consigli, è possibile anche che un **bonus caregiver**, erogato dalle Regioni o dall'INPS, possa essere di aiuto come un contributo economico destinato a chi assiste familiari disabili gravi.



Caregiver Burden Inventory



Fondazione Clotilde

Strutture residenziali Hospice e Suap

Caregiver Burden Inventory

Valutazione del carico assistenziale del Caregiver familiare



Ospite

Caregiver

Nome e Cognome

Nome e Cognome

Cartella Clinica

Età

professione

a Fondazione Clotilde ha adottato il Caregiver Burden Inventory quale strumento di valutazione del carico assistenziale per i Caregivers familiari dei pazienti ospiti delle sue strutture residenziali, Hospice e Suap; è uno strumento di semplice comprensione e di rapida compilazione che consente di analizzare dettagliatamente i diversi aspetti delle problematiche che si presentano a chi si prende cura di un familiare non più autonomo.

Aiutando ad identificare i bisogni sociali e psicologici del caregiver, il questionario guida nella identificazione degli interventi da pianificare per dare sollievo alla persona.

È stata predisposta una idonea modulistica in cui è riportata una dettagliata guida alla compilazione e sono indicati gli scopi della raccolta dati, precisando che i dati raccolti sono trattati nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali, utilizzati, peraltro, al solo scopo di valutare il bisogno di aiuto del Caregiver.

La ricerca consente di confrontare i dati di diversi soggetti in condizioni analoghe, tenendo ben presente che Caregivers con lo stesso punteggio possono presentare diversi modelli di burden nei diversi profili.

La scheda di valutazione è compilata periodicamente, ogni tre settimane, dalla stessa persona; in tal modo è possibile osservare e valutare le variazioni del burden nel tempo.

Caregiver Burden Inventory					
Valutazione del carico assistenziale del Caregiver familiare					
Carico Oggettivo					
1	Il mio familiare necessita di aiuto per svolgere le abituali attività quotidiane	0	1	2	3 4
2	Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3 4
3	Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3 4
4	Devo assisterlo anche per le più semplici attività (vestirsi, lavarsi, etc.)	0	1	2	3 4
5	Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	0	1	2	3 4
Carico Evolutivo					
6	Sento che mi sto perdendo vita	0	1	2	3 4
7	Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3 4
8	La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3 4
9	Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3 4
10	Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3 4
Carico Fisico					
11	Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3 4
12	La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3 4
13	Il compito di assisterlo mi ha reso/a più fragile di salute	0	1	2	3 4
14	Sono fisicamente stanco/a	0	1	2	3 4
Carico Sociale					
15	Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3 4
16	I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3 4
17	Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3 4
18	Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3 4
19	Provo risentimento verso alcuni familiari che potrebbero darmi una mano	0	1	2	3 4
Carico Emozionale					
20	Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3 4
21	Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3 4
22	Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3 4
23	Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3 4
24	Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3 4



Diario di una caregiver

Greta Ferraro

Oggi scrivo da una stanza di ospedale. Accompagno mio padre per un ricovero di qualche giorno, l'ennesimo ricovero.

Da quando gli è stata diagnosticata la SLA, nel mese di novembre 2023 all'età di 62 anni, l'ho accompagnato durante sei ricoveri, di cui due della durata di un mese ciascuno.



È questo il ruolo del caregiver, una figura fondamentale nel decorso di una malattia così devastante come la SLA, una figura di cui si parla poco perché troppo spesso, con giusta ragione, l'attenzione si concentra sulla persona del malato,

il quale riceve una diagnosi che suona più come una sentenza.

La SLA, infatti, è una patologia neurodegenerativa progressiva che colpisce i motoneuroni, ovvero le cellule nervose responsabili del controllo dei muscoli volontari. Essa porta a una progressiva perdita delle capacità motorie, compromettendo

Greta, una delle tre figlie di Francesco, ha 25 anni ed è studentessa di Giurisprudenza. Viveva con il padre e quando la malattia ha cominciato a segnare il passo delle loro giornate, non ha esitato a farsi carico della sua cura; ha messo da parte gli studi, la propria vita privata, le uscite con gli amici, per essere accanto a lui ogni giorno, con una dedizione silenziosa ma assoluta.

Le sue parole sono un prezioso omaggio alla figura del caregiver, una presenza spesso silenziosa, ma di importanza insostituibile. Attraverso la scrittura, Greta ha saputo dare voce a emozioni profonde e a un'esperienza che riflette il coraggio, la dedizione e le difficili scelte che accompagnano chi si prende cura di una persona cara.

La ringraziamo per aver condiviso con noi pagine così autentiche e significative.

funzioni vitali come la deglutizione, la parola e la respirazione. Rende il malato non autosufficiente e totalmente dipendente dall'assistenza prestata da un'altra persona, il caregiver appunto. Prima di ricevere la diagnosi di SLA, quella del caregiver era

una realtà a me totalmente sconosciuta. Ne avevo sentito parlare durante la pandemia di Covid-19, quando questa categoria fu inserita fra le categorie prioritarie per l'accesso al vaccino.

Successivamente, alla comparsa dei primi sintomi della patologia, mi fu subito chiaro che mio padre, a cui è stata diagnosticata la SLA bulbare (la forma più aggressiva), avesse bisogno di un aiuto costante, un supporto sia fisico (per lo svolgimento degli atti quotidiani della vita), sia morale, volto all'accettazione di una serie di cambiamenti importanti, inevitabili, del proprio stile di vita.

Nato in un piccolo comune in provincia di Reggio Calabria, mio padre è sempre stato un uomo attivo, indipendente, un avvocato con uno studio avviato da più di 30 anni. Gli piaceva praticare footing, seguire il ciclismo, andare in barca. Si considerava uno spirito libero. Quando non lavorava, difficilmente restava a casa, amava coinvolgere noi figlie in gite fuori porta. Per tutti questi motivi, per lui è stato molto complesso, se non impossibile, accettare di rinunciare alle sue passioni più grandi oltre che al suo lavoro.

Forse la sfida più difficile che ho dovuto affrontare in qualità di caregiver è stata proprio provare a sollevare mio padre dalla depressione più profonda, trovare un modo per intrattenerlo all'interno delle mura domestiche quando non è stato più in grado di uscire per fare una passeggiata, cenare con gli amici o anche semplicemente sostenere una conversazione telefonica. Soprattutto, come figlia, è stato inevitabile mettere da parte i miei sentimenti, le emozioni che derivavano dal vedere il proprio padre perdere ogni giorno qualcosa, per consentire a lui di esprimersi.

Quando si riceve una diagnosi di SLA, è importante attivare da subito un supporto psicologico, supporto che purtroppo le ASL spesso forniscono quando ormai la malattia è già avanzata.



A tal proposito, mi sovviene che essere caregiver significa anche doversi confrontare con una burocrazia sanitaria lenta, incapace di rispondere in tempi rapidi alle esigenze di un malato colpito da una patologia a prognosi infausta.

Sin da subito, ho faticato per consentire a mio padre di vedere i propri diritti riconosciuti: ho attivato l'assistenza domiciliare, abbiamo ottenuto in pochi mesi la pensione di invalidità e l'indennità di accompagnamento, ho richiesto e ricevuto i presidi ortopedici necessari a consentire spostamenti in sicurezza. Ricordo che passavo ore ed ore presso le sale d'attesa del distretto sanitario di appartenenza. Tutta la stanchezza era però ricompensata dalla consapevolezza di fare del bene a mio padre, di assisterlo nel modo più dignitoso possibile. Perché, come dico sempre, occorre dignità anche nella malattia. Subito dopo aver ricevuto la diagnosi io e mio padre, separato da mia madre già da alcuni anni, ci trasferimmo in una nuova abitazione. Era un

continuo via vai di medici, infermieri, logopedista e fisioterapista. La difficoltà più grande di quel periodo fu imparare a cucinare pietanze dalla giusta consistenza (io che a malapena sapevo fare il caffè) perché il rischio di ab ingestis (cioè la possibilità che il cibo finisse nelle vie respiratorie) era molto elevato.

Tant'è vero che dopo soli 6 mesi dalla diagnosi, ad aprile 2024, mio padre ha accettato di sottoporsi all'intervento per l'impianto della PEG, una soluzione individuata per somministrare cibi, liquidi e farmaci direttamente nello stomaco del paziente. Un presidio che ha consentito a mio padre di riprendere peso, di alimentarsi in sicurezza e la cui gestione mi è risultata piuttosto semplice.

Come caregiver, ho osservato che la scelta della peg, anche se sofferta, non è stata limitante per mio padre: dopo soli due mesi dall'intervento, le mie sorelle ed io siamo riuscite a portarlo in vacanza al mare; l'unica attenzione che dovevo avere era quella di medicare l'impianto una volta fuori dall'acqua e di rispettare i tempi di somministrazione della nutrizione.

Il ricordo di quella vacanza è un ricordo felice: far tornare papà nella sua terra è stato per me fonte di gioia e di soddisfazione, ma anche motivo di sacrificio e di rinunce. Sì, perché la vita del caregiver, pur se imparagonabile a quella del malato, è pur sempre una vita di dedizione e di abdicazione, direi quasi di devozione verso il proprio familiare.

La SLA, poco a poco, sottrae a chi ne è colpito la capacità di svolgere tutti gli atti quotidiani, di rispondere autonomamente ai propri bisogni primari. Bisogni che vengono soddisfatti dall'attività costante del caregiver. Ricordo ancora le difficoltà nel lavare papà in bagno invece che a letto: in quel momento non c'era nessuna vergogna, nessun imbarazzo, eravamo solo un padre e una figlia che non volevano rassegnarsi alle conseguenze dell'inevitabile decorso della patologia. L'ultima tappa nel percorso di vita di un caregiver e di un



malato di SLA è rappresentata dall'intervento volto al posizionamento della tracheostomia a cui mio padre si è sottoposto nel mese di Febbraio 2025.

Già da qualche mese, manifestava difficoltà respiratorie e una cattiva gestione delle secrezioni. Spesso ero chiamata ad aspirare i muchi, nonostante lui rifiutasse questa pratica. La paura, unita alla consapevolezza del peggioramento del quadro clinico, furono i sentimenti che ci accompagnarono in quelle settimane fino al ricovero che ha determinato il ricorso alla tracheostomia.

So che molte persone, soprattutto tra quelle affette da SLA, non concordano circa la scelta di sottoporsi ad un tale intervento. Nel nostro caso esso è stato un vero e proprio salvavita, ha spazzato via la preoccupazione e l'angoscia che vedevo negli occhi di mio padre ogni volta che avvertiva

il senso di soffocamento da mancanza d'aria. A lui ha consentito la sopravvivenza, a me ha dato la possibilità di godermi ancora il mio papà.

Sebbene in ospedale fossi stata addestrata per una gestione domiciliare della tracheostomia, sin da subito mi resi conto della necessità della presenza di personale qualificato h24. Inoltre, avvertivo la responsabilità del rientro a casa come un peso soffocante, un sacrificio troppo duro per la mia giovane età. Così ho pensato di rivolgermi ad una struttura specializzata nel trattamento di una patologia ingravesciente come la SLA e ho deciso di trasferire mio padre in hospice.

Sono consapevole del fatto che non tutti, tra familiari ed amici, hanno approvato questa decisione. Ma, in qualità di unica caregiver, so anche che è stata la scelta migliore tra quelle prese durante questi anni. In questo modo ho garantito a mio padre un'assistenza continua, dignitosa e ho garantito a me stessa la possibilità di riprendere in mano la mia vita. Soprattutto i miei studi, a cui ho dovuto inevitabilmente rinunciare per prendermi



cura h24 di lui.

Se c'è una cosa che la SLA mi ha insegnato più di ogni altra è che per stare bene il malato è necessario che stia bene, in primis, il caregiver che lo assiste. Anche se sofferta, la scelta dell'hospice mi consente di visitare papà in qualità di figlia e non più di "badante".

Ad oggi mi sento più libera, ho più tempo da dedicargli con tutta la serenità possibile. Un tempo fatto di lunghe passeggiate nei giardini della struttura ad ascoltare la sua musica preferita. Un tempo fatto di lunghi momenti di silenzio perché spesso è nel silenzio che un padre e una figlia si dicono le cose più belle.

Grazie papà per aver compreso e condiviso con me questa scelta e per insegnarmi, anche nella sofferenza, la voglia di vivere. Il tuo coraggio e la tua resilienza sono i valori che insegnerò per sempre nella mia vita, a prescindere da come andrà a finire questo viaggio.

Finora è stato un viaggio bellissimo.

Per il momento vi saluto.

C'è papà che mi aspetta per un'altra passeggiata.



Il successo della prevenzione comporta la presa in carico dell'ansia?

Alberto Vito

Responsabile Psicologia Clinica Ospedale dei Colli

In medicina la prevenzione, ovvero l'insieme di tutte le misure utili a prevenire la comparsa, la diffusione e la progressione delle malattie, è parte assolutamente essenziale ed è scontato che sarebbe preferibile prevenire l'insorgenza delle malattie piuttosto che curarle. Particolarmente importante la prevenzione secondaria, ovvero l'insieme delle attività e interventi finalizzati a raggiungere una diagnosi precoce delle malattie, quando sono ancora in una fase asintomatica.

Esempi di tale strategia sono il pap-test e la mammografia nella donna o il controllo della prostata negli uomini adulti, principalmente allo scopo di prevenire varie forme di tumore. L'efficacia della prevenzione si rivela appunto quando si scopre precocemente una malattia e questo consente di ridurre le conseguenze sfavorevoli.

È noto come nella nostra Regione, ma nel Sud in genere, esiste un divario culturale che comporta una sottovalutazione dell'importanza della prevenzione e della necessità di adottare stili di vita adeguati. Basti pensare che In Campania abbiamo il non lusinghiero primato della più alta prevalenza di obesità infantile, con oltre il 40% dei bambini in eccesso ponderale. Per questo, le istituzioni e le aziende sanitarie organizzano periodici eventi pubblici, proprio allo scopo di informare sull'importanza della prevenzione e sulle modalità di accesso alle cure.

Come è noto, il Sistema Sanitario Nazionale è un vanto italiano, consentendo accesso a tutti, quale che sia la condizione economica e la regolarità del soggiorno, alle cure sanitarie primarie, mentre in molte nazioni non avviene altrettanto.

Tuttavia, proprio per motivi culturali, esistono difficoltà a far conoscere ad una fetta di popolazione i propri diritti.



Storicamente nel nostro paese le donne sono molto più attente degli uomini alla prevenzione, con una maggiore partecipazione agli screening, e spesso sono le donne a preoccuparsi della salute anche degli uomini. Ciò è dovuto a fattori culturali.

Ovviamente, anche fattori economici (più lo screening costa meno persone vi aderiscono) e organizzativi (più è distante il luogo dove svolgere prevenzione meno è facile parteciparvi) incidono

sul successo della prevenzione. Questi fattori sono noti ma, a mio avviso, tutti, inclusi i decisori politici, sottovalutano l'importanza di un elemento psicologico fondamentale: la prevenzione è ansiogena.



Le campagne di promozione della salute sono essenziali ma per aumentarne l'efficacia sarebbe fondamentale riconoscere che praticare una corretta prevenzione è fonte d'ansia e tale ansia dovrebbe essere riconosciuta e presa in carico, se davvero si vuole migliorare la prevenzione, favorendone una più ampia diffusione.

Faccio un esempio personale. Quando lavoravo in ospedale, ero sottoposto a periodici controlli medici. Ho il livello culturale per comprenderne l'importanza, erano esami per me gratuiti (alcuni screening lo sono per tutti), non devo recarmi in nessun luogo se non presso il mio consueto contesto lavorativo, eppure negli anni mi sono accorto che tendevo sempre a posticipare un po' questi controlli.

Nonostante ero molto avvantaggiato rispetto ad un comune cittadino, tendevo comunque a ritardare gli esami diagnostici. E, mi conosco, il motivo è semplice: fare un esame medico induce sempre una piccola quota d'ansia.

È banale: dal punto di vista medico, prima scopri di

essere malato meglio ti curi. Ma dal punto di vista psicologico vale l'opposto: più tempo credi di stare bene, meglio vivi. Lo scopo della prevenzione è scoprire quanto più precocemente le malattie, per renderle più curabili. È giustissimo, ma comporta una quota di stress aggiuntivo.

Fino a quando gli strateghi della comunicazione non prenderanno in considerazione questa ovvietà, riconoscendo che quanto è correttamente proposto è anche lievemente ansiogeno, non vi sarà mai piena adesione ai pur sacrosanti esami di prevenzione.



Vivere con la SLA: la dimensione psicologica

Ilaria Stellato

Psicologa - Clotilde Hospice

Ci sono luoghi che non hanno tempo né orologi. In Hospice il tempo si ferma, respira piano, come chi sa che non ha più fretta. Sono spazi sospesi, dove la vita si guarda allo specchio e per la prima volta si riconosce.

In questi luoghi la luce entra diversa: filtra lenta, accarezza i volti, si posa sui letti come una carezza che non chiede nulla.

È un tempo fatto di attese, di sospiri, di silenzi, di profonde riflessioni e di parole che non arrivano.

Qui si impara che la vita non è ciò che si possiede, ma ciò che si è disposti a lasciare andare.



Molte volte, quando la fine si avvicina, si parla di tutto tranne che di ciò che davvero ci brucia dentro. Ci si racconta ricordi, si sorride per scacciare il peso, si riempiono le ore di gesti piccoli e parole leggere. Ma la verità rimane ferma nell'aria, come un profumo che non si vuole nominare.

Eppure basterebbe poco: uno sguardo, un "ho paura", un "non ci vedremo più".

Quella frase che tutti sentono e nessuno osa dire. Perché è nel dirlo che accade la liberazione: la paura detta, la paura condivisa, smette di essere nemica. Si scioglie nel pianto, nella pelle che si tocca, nella carezza che dice tutto senza parlare.

Ci sono lacrime che cadono piano, bagnano il volto, le lenzuola, le mani intrecciate. Non c'è imbarazzo, solo vita che si ritira piano, come la marea che lascia il mare.

La morte non è violenta: è lenta, profonda, intima. È l'ultimo gesto d'amore che la vita fa a se stessa.

La morte spaventa perché non la conosciamo.

La teniamo ai margini, la nascondiamo dietro parole educate, dietro *vedremo, quando sarà*.

Non moriamo, cambiamo casa.

Sant'Agostino

Ma la morte non è una minaccia: è la prova tangibile che abbiamo vissuto.

In altre parti del mondo la si celebra, la si veste di musica e di fiori.

In Messico si danza per chi è partito, in Giappone si accendono lanterne per gli spiriti, in Tibet si accompagna l'anima leggendo il Bardo Thödol.

Altrove la morte è ritorno. È parte del respiro della vita, come l'alba e il tramonto.

Solo noi la chiudiamo fuori dalla porta, come se

potesse infettare la gioia. Ma è proprio lei, la morte, a darci il senso più pieno di ciò che viviamo.

‘La vita è una malattia terminale.’ - Questa frase, crudele e meravigliosa insieme, è consapevolezza. Sapere che tutto finisce ci obbliga a scegliere, a restare, ad amare davvero. A non rimandare un gesto, una carezza, una parola. Solo chi accoglie la morte dentro di sé può abitare pienamente la vita.



Solo chi ha guardato il limite senza voltarsi sa quanto ogni respiro sia sacro.

Ogni addio porta con sé una verità.
Quando qualcuno trova il coraggio di dirla — ho paura, non so cosa ci sia dopo, non voglio lasciarti — l’aria cambia.
Il dolore non sparisce, ma diventa tenero.
Si fa pace.
Il corpo si rilassa, il volto si addolcisce.
È come se la verità, pronunciata, riconciliasse tutto: la vita, la morte, e chi resta a metà tra le due.

Ci sono istanti che restano per sempre: il suono di un respiro che si ferma, il silenzio che arriva subito

dopo, la stanza che si svuota ma resta piena. Non serve credere per sentire che qualcosa resta. La presenza non muore: cambia forma. Il corpo diventa memoria, il silenzio diventa luce. La morte non è il contrario della vita, ma la sua profondità. Ci insegna che tutto è fragile, e proprio per questo prezioso.

Che ogni incontro è un’occasione irripetibile. Che niente si ripete mai, ma tutto lascia un segno. Morire è l’atto di presenza più radicale. È restare nel cuore di chi si ama anche quando non si ha più voce per dirlo. È scomparire per diventare parte di tutto.

La verità non consola, ma libera. E nel momento in cui la vita si spoglia, resta solo ciò che è vero: l’amore, la paura, la gratitudine. In quell’istante la vita si specchia nella morte e si riconosce: è la stessa cosa, solo da due lati diversi del respiro.



Embolia Polmonare: Algoritmi, Protocolli e Scelte Terapeutiche

Giulio Maresca

Medico Palliativista - Clotilde Hospice

L'embolia polmonare (EP) è una sindrome acuta e potenzialmente fatale che si verifica quando un embolo, nella maggior parte dei casi un coagulo di sangue, migra attraverso la circolazione venosa e raggiunge l'albero arterioso polmonare, occludendone parzialmente o completamente uno o più rami. Questo evento interrompe il flusso sanguigno verso il tessuto polmonare, compromettendo lo scambio gassoso e generando una cascata di alterazioni emodinamiche e respiratorie.

Meccanismo fisiopatologico

Il trombo origina tipicamente da una trombosi venosa profonda (TVP), localizzata negli arti inferiori o nella pelvi. Una volta staccatosi, il coagulo percorre la vena cava inferiore, attraversa il cuore destro e si incunea nell'arteria polmonare o nei suoi rami segmentari o subsegmentari. L'occlusione vascolare determina:

- Riduzione del letto vascolare polmonare -> aumento delle resistenze polmonari
- Sovraccarico acuto del ventricolo destro -> dilatazione, ipocinesia, ischemia
- Ridotta gittata cardiaca -> ipotensione, shock
- Mismatch ventilazione/perfusione -> ipossiemia, dispnea
- Infarto polmonare (in alcuni casi) -> dolore pleuritico, emottisi

Classificazione clinica

L'embolia polmonare non è un'entità uniforme: la sua presentazione varia in base all'estensione del trombo, alla riserva cardiopolmonare del paziente e alla rapidità dell'intervento terapeutico. Clinicamente, si distingue in:

1. Embolia Polmonare massiva

- Coinvolge le arterie polmonari principali



- Si associa a instabilità emodinamica: ipotensione persistente (PAS < 90 mmHg), shock, sincope
- Mortalità elevata se non trattata tempestivamente
- Richiede trombolisi sistemica o interventistica

2. Embolia Polmonare submassiva

- Coinvolgeramissegmentariosubsegmentari
- Paziente emodinamicamente stabile, ma con disfunzione del ventricolo destro (documentata da ecocardiogramma o biomarcatori come troponina e BNP)
- Può evolvere verso instabilità se non trattata

3. Embolia Polmonare non massiva

- Coinvolgimento limitato dell'albero vascolare polmonare
- Paziente stabile, sintomi più sfumati: dispnea, dolore toracico, tachicardia
- Prognosi favorevole con anticoagulazione precoce

4. Varianti meno comuni

- Embolia paradossa: passaggio del trombo nel circolo arterioso sistemico attraverso un forame ovale pervio
- Embolia settica: associata a endocarditi o infezioni sistemiche
- Embolia da liquido amniotico, grasso o aria: rare, ma gravissime

Questa condizione rappresenta una vera sfida diagnostica, poiché può simulare quadri clinici molto diversi: dalla sindrome coronarica acuta alla crisi asmatica, fino alla sincope isolata. Per questo, la conoscenza approfondita della fisiopatologia e delle forme cliniche è essenziale per impostare un percorso diagnostico-terapeutico tempestivo e appropriato.

Epidemiologia

L'embolia polmonare (EP) è una condizione clinica che, pur essendo spesso sottodiagnosticata, rappresenta una delle principali cause di morte cardiovascolare nel mondo occidentale. Dopo l'infarto miocardico e l'ictus cerebrale, l'EP si colloca al terzo posto per letalità tra le emergenze cardiovascolari, con un impatto significativo sia in termini di mortalità che di morbidità residua.

L'incidenza stimata è di circa 1 caso ogni 1000 persone all'anno, ma questo dato nasconde una forte variabilità legata all'età, allo stato clinico e al contesto assistenziale. Nei soggetti anziani, in particolare oltre gli 80 anni, l'incidenza può salire fino a 1 su 100, complice la maggiore prevalenza di comorbidità, immobilizzazione, neoplasie e interventi chirurgici. Non è raro che l'EP venga diagnosticata in pazienti ospedalizzati per altre patologie, spesso in modo tardivo, quando i sintomi sono già avanzati o mascherati da quadri clinici complessi.

Un altro dato rilevante riguarda la mortalità a 90 giorni dopo l'evento acuto, che può raggiungere il 20%, soprattutto nei pazienti con instabilità emodinamica, sovraccarico ventricolare destro, o malattie oncologiche in fase attiva. In questi casi, l'embolia polmonare non è solo un evento acuto, ma si inserisce in un contesto di fragilità clinica che ne amplifica gli effetti. Va sottolineato che la mortalità precoce (entro le prime 24-48 ore) è spesso legata alla forma massiva, mentre quella tardiva può derivare da complicanze come la recidiva tromboembolica, l'insufficienza cardiaca destra o la sindrome post-embolia.

Dal punto di vista epidemiologico, è interessante osservare come l'EP sia più

frequente nei paesi industrializzati, dove l'età media della popolazione è più elevata e dove la prevalenza di fattori di rischio come obesità, sedentarietà, neoplasie e terapie ormonali è maggiore. Tuttavia, anche nei paesi a basso reddito, l'embolia polmonare è in crescita, spesso correlata a traumi, infezioni e condizioni ostetriche.

Infine, va ricordato che l'EP può colpire anche i giovani, soprattutto in presenza di fattori genetici predisponenti (come la mutazione del fattore V di Leiden o la carenza di proteina C/S), viaggi prolungati, uso di contraccettivi orali, o interventi chirurgici recenti. In questi casi, la diagnosi può essere ritardata proprio per la bassa sospettabilità clinica, con conseguenze potenzialmente gravi.



Cause e fattori di rischio

L'embolia polmonare non è un evento casuale: nella maggior parte dei casi è il risultato di un processo trombotico che si sviluppa in presenza di condizioni predisponenti ben definite. Comprendere le cause e i fattori di rischio è fondamentale non solo per la diagnosi precoce, ma anche per impostare strategie di prevenzione efficaci, soprattutto nei pazienti ospedalizzati o con comorbidità.

Cause principali

La causa più frequente di EP è la trombosi venosa profonda (TVP), ovvero la formazione di un coagulo di sangue nelle vene profonde, tipicamente degli arti inferiori o della pelvi. Questo trombo può staccarsi e migrare attraverso la vena cava inferiore fino al cuore destro, da cui viene espulso nell'arteria polmonare. È un meccanismo silenzioso, spesso asintomatico fino al momento dell'embolia.

Esistono però anche cause meno comuni, ma clinicamente rilevanti:

- **Embolia da liquido amniotico:** si verifica raramente durante il parto, quando il liquido amniotico entra nella circolazione materna. È una condizione gravissima, associata a coagulopatia e shock.
- **Embolia gassosa:** può insorgere in seguito a manovre invasive (cateterismi, interventi neurochirurgici) o traumi toracici. L'aria introdotta nel circolo venoso può raggiungere il polmone e causare occlusione vascolare.
- **Embolia da grasso:** tipica delle fratture delle ossa lunghe (femore, omero), dove il midollo osseo ricco di lipidi può entrare nel circolo venoso. Si manifesta con sintomi respiratori, neurologici e petecchie cutanee.

Fattori di rischio. Il terreno fertile per la trombosi.

I fattori di rischio per EP sono numerosi e spesso si sovrappongono. Alcuni sono transitori, altri permanenti, ma tutti contribuiscono a creare un ambiente favorevole alla formazione di trombi.

1. Immobilizzazione prolungata

Che si tratti di un lungo viaggio in aereo, di un ricovero ospedaliero o di una convalescenza post-operatoria, la stasi venosa è uno dei principali meccanismi patogenetici. L'assenza di contrazione muscolare riduce il ritorno venoso, favorendo l'aggregazione piastrinica.

2. Chirurgia recente

Gli interventi chirurgici, soprattutto ortopedici (anca, ginocchio) e oncologici, aumentano il rischio tromboembolico per diversi motivi: trauma tissutale, rilascio di fattori procoagulanti, immobilizzazione post-operatoria. Il rischio è massimo nei primi 30 giorni.

3. Neoplasie attive

Il cancro è una condizione protrombotica per eccellenza. Le cellule tumorali rilasciano citochine e fattori tissutali che attivano la cascata della coagulazione. Alcuni tumori, come quelli del pancreas, del polmone e del tratto gastrointestinale, sono particolarmente associati a Embolia Polmonare.

4. Terapia estrogenica

L'uso di contraccettivi orali combinati o di terapia ormonale sostitutiva in menopausa aumenta il rischio trombotico, soprattutto in presenza di altri fattori predisponenti come fumo, obesità o mutazioni genetiche.

5. Gravidanza e puerperio

Durante la gravidanza, il corpo femminile entra in uno stato di ipercoagulabilità fisiologica, utile per prevenire emorragie al parto ma rischiosa in termini tromboembolici. Il rischio è massimo nel terzo trimestre e nelle prime settimane dopo il parto.

6. Obesità, fumo, età avanzata

Questi fattori agiscono in modo sinergico: l'obesità favorisce la stasi venosa e l'infiammazione cronica; il fumo danneggia l'endotelio vascolare; l'età avanzata riduce la riserva cardiopolmonare e aumenta la fragilità vascolare.

7. Storia personale o familiare di EP/TVP

La presenza di episodi pregressi o di familiarità suggerisce una possibile predisposizione genetica, come la mutazione del fattore V di Leiden, la protrombina G20210A o la carenza di antitrombina III, proteina C o S. In questi casi, il rischio di recidiva



è elevato e può giustificare una profilassi a lungo termine.

Stratificazione del rischio in Pronto Soccorso – Approccio clinico e decisionale

Nel contesto dell'urgenza, la valutazione iniziale di un paziente con sospetta embolia polmonare (EP) deve essere rapida, strutturata e basata su criteri oggettivi. La sintomatologia dell'EP può essere estremamente variabile e spesso sovrapposta ad altre condizioni acute, come la sindrome coronarica, la crisi asmatica o la polmonite. Per questo motivo, l'uso di strumenti di stratificazione del rischio è fondamentale per orientare il percorso diagnostico e terapeutico.

Due delle scale più validate e utilizzate in Pronto Soccorso sono la Scala di Wells e la Scala di Geneva semplificata. Entrambe permettono di stimare la probabilità pre-test di EP, ovvero la probabilità che il paziente abbia realmente un'embolia polmonare prima di eseguire esami strumentali.

Scala di Wells

La Scala di Wells è uno strumento clinico che integra segni obiettivi e giudizio medico. È particolarmente

utile quando il medico ha una forte impressione clinica, ma deve supportarla con criteri codificati.

Criterio	Punti
Segni clinici di TVP	3
Diagnosi alternativa meno probabile	3
Tachicardia > 100bpm	1,5
Immobilizzazione o chirurgia recente	1,5
Precedente EP o TVP	1,5
Emottisi	1
Neoplasia attiva	1

Interpretazione:

- ≥6: alta probabilità
- 2-6: moderata
- <2: bassa

Questa scala ha il vantaggio di essere flessibile e adattabile al contesto clinico, ma richiede esperienza e capacità di sintesi. Il criterio “diagnosi alternativa meno probabile” è soggettivo, ma spesso decisivo: se il medico ritiene che l’EP sia la causa più plausibile dei sintomi, il punteggio aumenta significativamente.

Scala di Geneva semplificata – Approccio oggettivo e standardizzato

La Scala di Geneva semplificata, al contrario, si basa esclusivamente su criteri oggettivi, rendendola particolarmente utile in contesti dove il giudizio clinico è meno consolidato o dove si desidera una valutazione standardizzata.

Criterio	Punti
Età > 65 anni	1
Precedente EP/TVP	1
Chirurgia/frattura recente	1
Neoplasia attiva	1
Dolore unilaterale agli arti inferiori	1
Emottisi	1
Tachicardia	1

Interpretazione:

- 0-2: bassa probabilità
- 3-4: intermedia
- ≥5: alta probabilità

Questa scala è particolarmente utile nei pazienti anziani, oncologici o post-chirurgici, dove la presenza di più fattori oggettivi può rapidamente orientare verso un approfondimento diagnostico.

Implicazioni cliniche della stratificazione del rischio

La stratificazione del rischio non è fine a sé stessa: serve a decidere se procedere con esami di imaging (come l’angio-TAC torace) o se utilizzare il D-dimero come test di esclusione. Nei pazienti a bassa probabilità, un D-dimero negativo consente di escludere l’EP senza ulteriori indagini. Nei pazienti ad alta probabilità, invece, si procede direttamente con imaging, indipendentemente dal D-dimero. Queste scale sono anche fondamentali per evitare

sovradiagnosi e sovratrattamenti, riducendo l'uso inappropriato di radiazioni e mezzi di contrasto, soprattutto in pazienti fragili.

Sintomatologia

Uno degli aspetti più insidiosi dell'embolia polmonare è la sua capacità di presentarsi con sintomi aspecifici, talvolta sfumati, che possono mimare altre condizioni cardiache, respiratorie o neurologiche. Questo rende la diagnosi precoce una vera sfida, soprattutto nei contesti di Pronto Soccorso, dove il tempo è cruciale e il quadro clinico può essere confondente.

I sintomi più comuni includono:

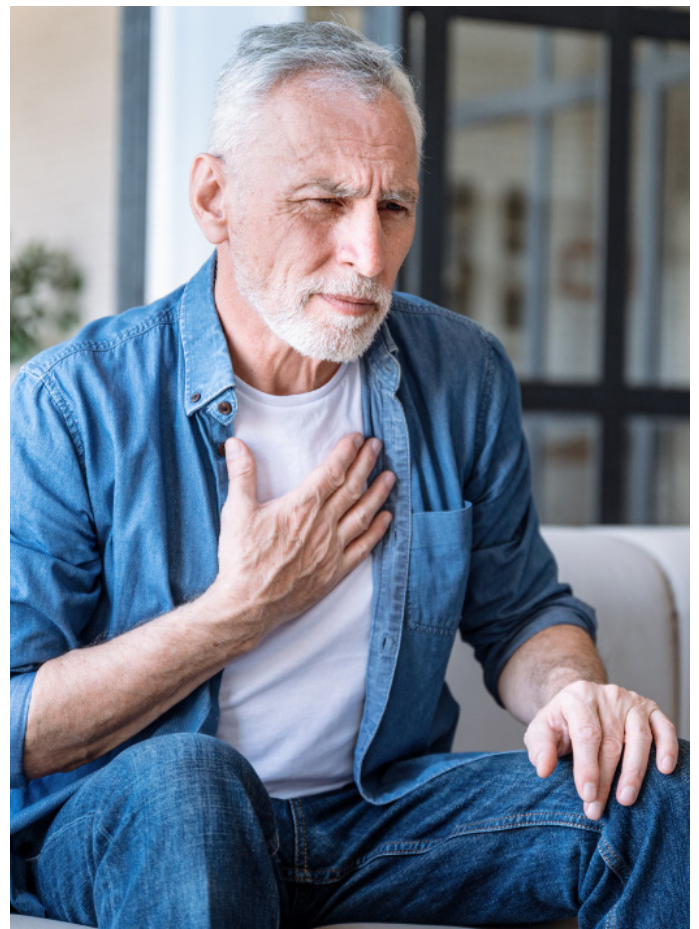
- **Dispnea improvvisa:** è il sintomo più frequente e spesso il primo ad apparire. Si tratta di una sensazione soggettiva di "fame d'aria" o difficoltà respiratoria, che insorge bruscamente e non è spiegata da patologie polmonari preesistenti. È causata dal mismatch ventilazione/perfusione e dalla riduzione dell'ossigenazione ematica.
- **Dolore toracico pleuritico:** si manifesta come una fitta acuta, localizzata, che peggiora con la respirazione profonda o la tosse. È dovuto all'irritazione della pleura viscerale da parte dell'infarto polmonare o dell'infiammazione vascolare.
- **Tachicardia:** l'aumento della frequenza cardiaca è una risposta compensatoria all'ipossia e alla ridotta gittata cardiaca. Può essere sinusale o, nei casi più gravi, evolvere in aritmie sopraventricolari.
- **Emottisi:** la presenza di sangue nell'espettorato, anche in piccole quantità, è un segno di infarto polmonare periferico. Si verifica quando il tessuto polmonare ischemico va incontro a necrosi ed emorragia.
- **Sincope o presincope:** la perdita transitoria di coscienza o la sensazione di "testa leggera" sono segni di compromissione emodinamica. Indicano una riduzione acuta della perfusione cerebrale, spesso correlata a sovraccarico del ventricolo

destro o ipotensione.

- **Ipotensione:** una pressione arteriosa sistolica <90 mmHg è un segno di EP massiva. Deriva dalla riduzione della gittata cardiaca e dal collasso del ventricolo destro, incapace di superare le elevate resistenze polmonari.

- **Ansia, senso di morte imminente:** non vanno sottovalutati. Molti pazienti riferiscono una sensazione intensa e inspiegabile di pericolo imminente. Questo stato di allarme può essere legato all'ipossia cerebrale e all'attivazione del sistema simpatico.

- **Segni di TVP:** la presenza di edema, dolore, calore e arrossamento a un arto inferiore, soprattutto se unilaterale, suggerisce la presenza di una trombosi venosa profonda. È il campanello d'allarme più importante per sospettare un EP in fase precoce.



Considerazioni cliniche

La variabilità della sintomatologia dipende da diversi fattori: l'estensione del trombo, la riserva cardiopolmonare del paziente, la rapidità di insorgenza e la presenza di comorbidità. In alcuni casi, l'EP può essere silente, scoperta incidentalmente durante esami per altri motivi. In altri, può esordire con arresto cardiaco o shock, rendendo la diagnosi una corsa contro il tempo.

Per questo, il medico deve mantenere un alto indice di sospetto clinico, soprattutto in presenza di fattori di rischio tromboembolico. La capacità di riconoscere i sintomi, anche quando non sono eclatanti, può fare la differenza tra una diagnosi tempestiva e un esito infausto.

Approccio diagnostico

La diagnosi di embolia polmonare è una vera e propria sfida clinica, soprattutto nelle fasi iniziali, quando i sintomi sono aspecifici e il quadro può mimare altre condizioni acute. Per questo motivo, l'approccio diagnostico deve essere sistematico, guidato dalla stratificazione del rischio e supportato da esami mirati. L'obiettivo è duplice: da un lato escludere l'EP nei pazienti a basso rischio, evitando esami inutili; dall'altro, confermare rapidamente la diagnosi nei pazienti ad alto rischio, per avviare il trattamento salvavita.

Esami iniziali – I primi indizi

Gli esami di primo livello non sono specifici per EP, ma possono fornire segnali utili per orientare il sospetto clinico:

- **Pulsossimetria:** è un esame semplice e immediato, che può rivelare una desaturazione dell'ossigeno ($\text{SpO}_2 < 90\%$) in assenza di patologie polmonari note. L'ipossiemia è spesso il primo segnale di mismatch ventilazione/perfusione.
- **Elettrocardiogramma (ECG):** sebbene non sia diagnostico per EP, può mostrare segni indiretti di sovraccarico del ventricolo destro. Il pattern classico è il S1Q3T3 (onda S in D1, onda Q in



D3, inversione della T in D3), ma il reperto più frequente è la tachicardia sinusale, espressione di stress cardiaco e ipossia.

- **Radiografia del torace (RX):** spesso normale, ma può mostrare segni indiretti come il segno di Hampton (opacità triangolare periferica da infarto polmonare) o il segno di Westermarck (riduzione della vascolarizzazione in un'area polmonare). Questi reperti, se presenti, rafforzano il sospetto.

Esami specifici – Verso la diagnosi definitiva

Una volta stratificato il rischio (tramite Scala di Wells o Geneva), si procede con gli esami di secondo livello:

- **D-dimero:** è un frammento proteico prodotto dalla degradazione della fibrina. Un valore normale ($< 500 \text{ ng/mL}$) in un paziente a bassa probabilità clinica consente di escludere l'EP con elevata sicurezza. Tuttavia, il D-dimero è aspecifico e può essere elevato in molte condizioni (infezioni, neoplasie, gravidanza, età avanzata), per cui va interpretato nel contesto clinico.

- **Angio-TAC torace:** è il gold standard per la diagnosi di EP. Consente di visualizzare direttamente il trombo all'interno dell'arteria polmonare e di valutarne l'estensione. Inoltre, fornisce informazioni sul parenchima polmonare, sul cuore e sui vasi toracici. È l'esame di scelta nei pazienti a moderata o alta probabilità clinica.

- **Scintigrafia ventilazione/perfusione (V/Q):** è un'alternativa valida nei pazienti con insufficienza renale o allergia al mezzo di contrasto iodato. Si basa sul confronto tra la distribuzione dell'aria (ventilazione) e quella del sangue (perfusione) nei polmoni. Un mismatch significativo è suggestivo di EP. È utile nei pazienti giovani, in gravidanza (solo nei casi in cui la mancata diagnosi espone la madre ad un altissimo rischio di morte) o in pazienti con controindicazioni ad eseguire la TAC.

- **Ecocardiogramma transtoracico (TTE):** non è diagnostico per EP, ma è fondamentale nei casi di EP massiva o sospetta disfunzione del ventricolo destro. Può mostrare dilatazione del ventricolo destro, ipocinesia, deviazione del setto interventricolare e segni di ipertensione polmonare. In urgenza, può guidare la decisione di trombolisi anche in assenza di conferma TAC.

Sintesi clinica

L'approccio diagnostico all'EP deve essere guidato

dal rischio clinico: nei pazienti a basso rischio, il D-dimero è sufficiente per escludere la diagnosi; nei pazienti ad alto rischio, si procede direttamente con imaging. L'uso razionale degli esami consente di evitare sovradiagnosi, ridurre l'esposizione a radiazioni e mezzi di contrasto, e ottimizzare le risorse.

Terapia medica e interventistica

Il trattamento dell'embolia polmonare (EP) è fortemente condizionato dalla gravità del quadro clinico e dalla presenza o meno di instabilità emodinamica. La gestione terapeutica deve essere rapida, mirata e proporzionata al rischio, con l'obiettivo di ristabilire il flusso ematico polmonare, prevenire la recidiva tromboembolica e preservare la funzione cardiopolmonare.

Principi generali

La prima distinzione fondamentale è tra:

- EP non massiva: paziente stabile, senza segni di sovraccarico ventricolare destro
- EP submassiva: paziente stabile ma con evidenza di disfunzione del ventricolo destro o biomarcatori elevati
- EP massiva: paziente instabile, con ipotensione persistente, shock o arresto cardiaco

In base a questa classificazione, si definisce il percorso terapeutico, che può essere



farmacologico, interventistico o ibrido.

Protocollo terapeutico standard

Questi farmaci anticoagulanti agiscono inibendo la cascata della coagulazione, impedendo l'estensione del trombo e favorendo la sua lisi spontanea. La scelta dipende dal contesto clinico, dalla funzione renale, dalla comorbidità e dalla preferenza del paziente (orale vs parenterale).

Farmaco	Dose iniziale	Mantenimento	Note
Eparina sodica EV	80 UI/kg in bolo	18 UI/kg/h	Monitoraggio APTT ogni 6h
Enoxaparina SC	1 mg o 100 U/kg ogni 12h	1 mg o 100 U/kg ogni 12h	Ridurre dose in I.R.C.
Fondaparinux SC	5 mg (<50 kg), 7.5 mg (50–100 kg), 10 mg (>100 kg)	1 volta/die	Non richiede monitoraggio, utile in oncologici
Rivaroxaban PO	15 mg x2/die per 21 giorni	20 mg/die	Inizio immediato se EP non massiva, efficace e pratico
Apixaban PO	10 mg x2/die per 7 giorni	5 mg x2/die	Sicuro in anziani, basso rischio emorragico

Trombolisi sistemica – Quando il tempo è vita

La trombolisi è indicata nei casi di EP massiva, in cui il paziente presenta instabilità emodinamica e rischio imminente di morte. L'obiettivo è distruggere rapidamente il trombo, ripristinando il flusso polmonare.

• **Alteplase:** 100 mg EV in 2 ore è il protocollo standard

• **Alternativa:** 0.6 mg/kg in bolo (max 50 mg), utile in contesti preospedalieri o in urgenza

La trombolisi comporta un rischio emorragico significativo, per cui è controindicata in caso di:

- Chirurgia recente (<10 giorni)
- Ictus ischemico recente (<3 mesi)
- Emorragia attiva o diatesi emorragica
- Trauma cranico o spinale

In pazienti borderline, si può considerare la trombolisi da catetere, che consente di somministrare dosi ridotte direttamente nel sito embolico.

Terapie interventistiche – Quando la farmacologia non basta

Nei casi in cui la trombolisi è controindicata o inefficace, si può ricorrere a procedure interventistiche, spesso eseguite in ambiente di emodinamica o radiologia interventistica:

• **Trombectomia da catetere:** consiste nell'aspirazione meccanica del trombo tramite dispositivi endovascolari. È indicata in EP massiva o submassiva con controindicazione alla trombolisi.

• **Filtro cavale:** viene posizionato nella vena cava inferiore per impedire la migrazione di nuovi trombi verso il polmone. È indicato solo in caso di controindicazione assoluta all'anticoagulazione o recidiva nonostante terapia adeguata. Va rimosso appena possibile per evitare complicanze a lungo termine.

Considerazioni cliniche

La terapia dell'EP non è statica: va rivalutata continuamente in base alla risposta clinica, ai parametri vitali, agli esami di laboratorio e all'imaging. Nei pazienti oncologici, anziani o fragili, la scelta del farmaco deve bilanciare efficacia e sicurezza. Nei pazienti giovani o con EP idiopatica, si valuta la profilassi a lungo termine.

Prognosi

La prognosi dell'embolia polmonare (EP) è



strettamente legata alla tempestività della diagnosi, alla gravità del quadro clinico e alla presenza di comorbidità. In altre parole, il destino del paziente dipende da quanto rapidamente viene riconosciuta la condizione, da quanto è esteso il danno vascolare polmonare e da quanto il suo organismo è in grado di compensare lo squilibrio emodinamico e respiratorio.

EP massiva – Quando il tempo è vita

Nei casi di EP massiva, in cui l'embolo occlude i tronchi principali dell'arteria polmonare e provoca instabilità emodinamica, la mortalità può raggiungere il 50% se non si interviene tempestivamente. Il ventricolo destro, improvvisamente sovraccaricato, può collassare, generando un circolo vizioso di ipotensione, ipossia e acidosi metabolica. In questi pazienti, ogni minuto conta: la trombolisi sistemica o la trombectomia da catetere possono essere decisive, ma devono essere somministrate entro una finestra terapeutica molto stretta.

EP submassiva – Il rischio silenzioso

L'EP submassiva rappresenta una zona grigia: il paziente è emodinamicamente stabile, ma

presenta segni di disfunzione del ventricolo destro, evidenziabili all'ecocardiogramma o tramite biomarcatori (troponina, BNP). In questi casi, la prognosi è più favorevole rispetto all'EP massiva, ma non priva di rischi. Se non monitorata e trattata con attenzione, può evolvere verso l'instabilità, soprattutto in presenza di comorbidità cardiache o respiratorie. Il rischio principale è lo sviluppo di insufficienza ventricolare destra, che può compromettere la perfusione sistemica e la funzione renale.

EP non massiva – Buona risposta alla terapia

Nei casi di EP non massiva, in cui l'embolia interessa rami segmentari o subsegmentari e il paziente è clinicamente stabile, la prognosi è generalmente favorevole, a condizione che venga instaurata una terapia anticoagulante adeguata. Questi pazienti possono essere gestiti anche in regime ambulatoriale, se ben selezionati, e hanno un basso rischio di complicanze immediate. Tuttavia, è fondamentale garantire l'aderenza alla terapia e il follow-up, per prevenire recidive e monitorare eventuali sequele.

Rischio di recidiva – Il nemico nascosto

Un aspetto spesso sottovalutato è il rischio di recidiva tromboembolica, che è massimo nei primi 6 mesi dopo l'evento acuto. Questo rischio è particolarmente elevato nei pazienti con fattori di rischio persistenti (neoplasie, trombofilie, immobilizzazione) o con EP idiopatica. Per questo motivo, la durata della terapia anticoagulante deve essere personalizzata, e in alcuni casi può essere estesa oltre i 6-12 mesi, o addirittura a tempo indeterminato.

Considerazioni finali

La prognosi dell'EP non è mai statica: evolve con il paziente, con la sua risposta alla terapia, con la gestione delle comorbidità e con la qualità del follow-up. Un paziente con EP può tornare a una

vita normale, ma deve essere accompagnato con attenzione nei mesi successivi, per evitare recidive e per intercettare precocemente eventuali complicanze croniche, come l'ipertensione polmonare tromboembolica.

Gestione in cure palliative – Quando l'obiettivo è il sollievo, non la guarigione

L'embolia polmonare (EP), pur essendo una condizione potenzialmente reversibile, può presentarsi in pazienti oncologici o con patologie terminali in cui l'obiettivo dell'intervento non è più la guarigione, ma il controllo dei sintomi e il mantenimento della qualità della vita. In questi contesti, la gestione dell'EP deve essere proporzionata, non invasiva e centrata sulla persona, tenendo conto della prognosi globale, delle preferenze del paziente e del carico sintomatologico.

Obiettivi terapeutici

- Alleviare la dispnea, spesso intensa e angosciante
- Controllare il dolore toracico e l'ansia correlata
- Ridurre la sofferenza respiratoria con interventi farmacologici e ambientali
- Evitare trattamenti invasivi o sproporzionati rispetto al beneficio atteso

- Accompagnare il paziente e la famiglia nel percorso di fine vita, con rispetto e dignità

Interventi sintomatici

1. Ossigenoterapia

L'ossigeno può essere somministrato per alleviare la dispnea, anche in assenza di ipossiemia documentata. L'effetto è spesso più psicologico che fisiologico, ma può migliorare il comfort respiratorio.

- **Protocollo:** O₂ a basso flusso (1–3 L/min) tramite occhiali nasali o maschera semplice
- Monitoraggio non invasivo, evitando saturimetri se fonte di ansia
- Sospendere se non efficace o se genera disagio

2. Oppioidi per dispnea e dolore

Gli oppioidi sono il cardine del trattamento sintomatico della dispnea in cure palliative. Agiscono modulando la percezione centrale del respiro, riducendo l'ansia e migliorando la tolleranza allo sforzo.

• Morfina SC o EV:

- Dose iniziale: 2.5–5 mg SC ogni 4 ore
- Dose di salvataggio: 2.5 mg SC ogni 1–2 ore al bisogno
- Titolazione graduale in base alla risposta e



agli effetti collaterali

- **Alternativa:** Ossicodone SC o EV (1–2 mg ogni 4h), utile in pazienti con insufficienza renale
Effetti collaterali da monitorare: sedazione, stipsi, nausea (trattabile con metoclopramide o ondansetron)

3. Sedazione palliativa

Nei casi di dispnea refrattaria, quando il sintomo non risponde agli oppioidi e genera sofferenza intollerabile, si può ricorrere alla sedazione palliativa, sempre nel rispetto delle normative etiche e cliniche.

- Midazolam SC o EV:
 - Dose iniziale: 0.5–1 mg ogni ora, titolabile fino a 5 mg/h
 - Infusione continua: 10–30 mg/24h in pompa elastomerica
 - Monitoraggio clinico: livello di sedazione, comfort, interazione con caregiver

La sedazione non ha lo scopo di accelerare la morte, ma di alleviare la sofferenza refrattaria, in accordo con il paziente e la famiglia.

Evitare trattamenti sproporzionati

In fase terminale, è fondamentale evitare interventi invasivi che non migliorano la qualità della vita:

- No trombolisi sistemica
- No angio-TAC se non cambia la gestione
- No ricovero in terapia intensiva se non coerente con gli obiettivi di cura
- Valutare con attenzione l'uso di anticoagulanti: in alcuni casi, possono essere sospesi se il rischio emorragico supera il beneficio

Considerazioni etiche e comunicative

La gestione dell'EP in cure palliative richiede comunicazione empatica, condivisione delle decisioni e supporto psicologico. Il medico deve saper ascoltare, spiegare e accompagnare, evitando tecnicismi e rispettando i valori del paziente.

Conclusioni – Una patologia tempo-dipendente che richiede visione integrata

L'embolia polmonare rappresenta una delle più complesse e insidiose emergenze cardiovascolari, capace di manifestarsi con quadri clinici estremamente variabili, da una dispnea sfumata fino al collasso emodinamico. La sua gestione non può prescindere da un approccio sistemico, che integri il sospetto clinico, la stratificazione del rischio, l'uso razionale degli strumenti diagnostici e l'attivazione tempestiva dei protocolli terapeutici.

La tempestività della diagnosi è il primo determinante prognostico: riconoscere i segni precoci, anche quando sono atipici, può salvare la vita. Le scale di probabilità come Wells e Geneva non sono semplici strumenti, ma veri e propri alleati nella pratica clinica quotidiana, capaci di orientare il percorso decisionale con rigore e rapidità.

Dal punto di vista terapeutico, l'EP impone una personalizzazione dell'intervento: anticoagulazione, trombolisi, trombectomia o semplice monitoraggio devono essere scelti in base alla gravità, alla comorbidità e alla fragilità del paziente. L'introduzione dei DOAC (anticoagulanti orali diretti) ha semplificato la gestione ambulatoriale, ma non ha sostituito la necessità di un ragionamento clinico profondo.

Nei pazienti terminali o oncologici, l'embolia polmonare assume un significato diverso: non più come urgenza da risolvere, ma come sintomo da accompagnare. In questi casi, la cura diventa sollievo, e il medico deve saper modulare il proprio intervento con empatia, proporzionalità e rispetto. In definitiva, l'embolia polmonare ci ricorda che la medicina è fatta di tempo, di scelte e di ascolto. È una patologia che sfida il clinico a essere rapido ma riflessivo, tecnico ma umano. Solo con una visione integrata, che unisca competenza, sensibilità e aggiornamento continuo, possiamo affrontarla con efficacia e dignità.



Referenze

1. International Clinical Practice Guideline Recommendations for Acute Pulmonary Embolism: Harmony, Dissonance, and Silence. Zuin M, Bikdeli B, Ballard-Hernandez J, Barco S, Battinelli EM, Giannakoulas G, Jimenez D, Klok FA, Krishnathasan D, Lang IM, Moores L, Sylvester KW, Weitz JJ, Piazza G. *J Am Coll Cardiol*. 2024 Oct 15; 84 (16):1561-1577
2. Acute right ventricular failure: pathophysiology, aetiology, assessment, and management. Giannakoulas G, Farmakis IT, Hobohm L, Verbrugge FH, Tedford RJ, Sanz J. *Eur Heart J*. 2025 Jul 7; 46 (26): 2520-2535
3. Novel Risk Stratification and Hemodynamic Profiling in Acute Pulmonary Embolism: A Proposed Classification Inspired by Society for Cardiovascular Angiography and Intervention Shock Staging. Arora S, Vallabhajosyula S, Aggarwal V, Basir MB, Kelly B, Atreya AR. *Card Electrophysiol Clin*. 2025 Sep;17(3):439-459
4. Epidemiology of pulmonary embolism diagnosis and management among United States emergency departments over an eight-year period. Gottlieb M, Moyer E, Bernard K. *Am J Emerg Med*. 2024 Nov; 85: 158-162
5. Risk Factors for Mortality in Patients with Pulmonary Embolism-A Meta-Analysis. You W, Fan XY, Chen Y, Wang XL, Song J, Nie CC, Dong Q. *J Intensive Care Med*. 2025 May 5: 8850666251326539
6. The Legend score synthesizes Wells, PERC, Geneva, D-dimer and predicts acute pulmonary embolism prior to imaging tests. Zhao Y, Cheng Y, Wang H, Du H, Sun J, Xu M, Luo Y, Liu S, Guo X, Xiong W. *Pulmonology*. 2025 Dec 31; 31 (1): 2416828
7. Emergency department diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Wrenn JO, Kabrhel C. *Br J Haematol*. 2024 Nov; 205 (5): 1714-1716.
8. Emergency department diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Wrenn JO, Kabrhel C. *Br J Haematol*. 2024 Nov; 205 (5): 1714-1716

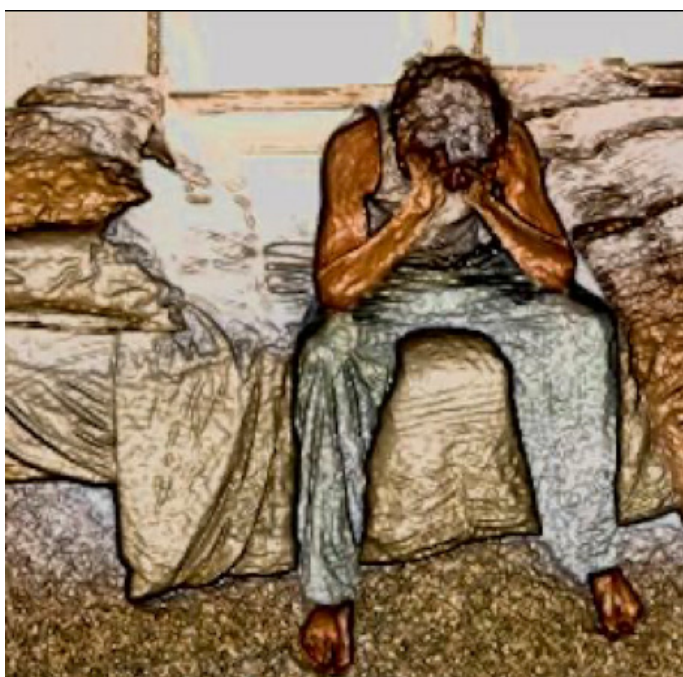
Non riesco a dormire!

Ilaria Stellato

Psicologa - Clotilde Hospice

Quando si parla di cure palliative, le conversazioni ruotano sovente attorno alla gestione del dolore, al controllo dei sintomi fisici, al sostegno psicologico e alla salvaguardia della dignità nel morire. Tuttavia, esiste un bisogno fondamentale, spesso trascurato, che attraversa tutte queste dimensioni: il bisogno di dormire, di potersi veramente riposare.

Per chi si trova nella fase terminale di una malattia, il sonno non rappresenta soltanto un processo fisiologico; è molto di più: è un momento di sollievo, un porto silenzioso dove corpo e mente cercano tregua dalla sofferenza. È una forma di sospensione, un attimo in cui la malattia si allenta e la consapevolezza si dissolve. Paradossalmente, proprio quando il riposo è più prezioso e necessario, il sonno si frammenta, si nega, si allontana. E con esso, anche il senso di equilibrio interiore.



I problemi legati al sonno sono estremamente comuni nei pazienti in fase avanzata. Alcuni faticano ad addormentarsi, altri si svegliano frequentemente, oppure dormono durante il giorno e restano vigili di notte. C'è anche chi, pur dormendo, si sveglia stanco, confuso, con la sensazione di non essersi mai davvero riposato.

Le cause principali includono:

- **Dolore persistente**, che impedisce di trovare una posizione confortevole, o rende insopportabile anche solo il contatto con il materasso;
- **Effetti collaterali dei farmaci**, come i corticosteroidi che alterano i ritmi circadiani o gli oppiacei che modificano la struttura del sonno;
- **Sintomi fisici debilitanti**, come la dispnea (difficoltà respiratoria), la nausea, il prurito, che rendono impossibile il rilassamento;
- **Ambienti non favorevoli**, spesso caratterizzati da luci forti, rumori continui, o interruzioni frequenti per prassi medico-infermieristiche, che spezzano ogni tentativo di assopimento;
- **Sofferenza psicologica**, spesso più impattante di quella fisica, che si manifesta con particolare intensità nelle ore notturne, quando il silenzio fa da amplificatore al tumulto interiore.

Tra tutte queste cause, la mente che non riesce a *spegnersi* è forse la più difficile da affrontare, perché non si risolve con una medicina o con un cuscino più confortevole. È lì che il lavoro psicologico si fa più sottile, più profondo

L'insonnia in un contesto di fine vita non è solo una

condizione clinica; è spesso il sintomo visibile di un disagio interiore profondo, fatto di domande, rimpianti, paure, pensieri che si rincorrono senza sosta. Il corpo desidera il riposo, ma la mente non trova pace.

Molti pazienti vivono un'ansia paralizzante legata all'incertezza. La loro mente è attraversata da interrogativi che, spesso, non riescono nemmeno a esprimere. Quanto tempo mi resta? Cosa succederà dopo? Morirò da solo?, domande che si ripetono come un mantra, rendendo il sonno non solo difficile, ma addirittura temuto.

Per alcuni, addormentarsi è percepito come un atto pericoloso, quasi definitivo, perché temono di non svegliarsi più. Così restano svegli, stremati ma vigili, come se potessero trattenere la vita un po' più a lungo restando coscienti.

Spesso, di notte, si risvegliano anche i conti in sospeso con il passato. Relazioni interrotte, parole mai dette, conflitti irrisolti. La notte diventa il luogo dove il tempo perde forma e il passato irrompe nel presente. La mente ripercorre, quasi ossessivamente, ciò che non è stato chiuso, ciò che avrebbe potuto essere diverso. Il sonno non arriva perché l'anima non è ancora pronta a lasciarsi andare.

In altri casi, la notte è semplicemente troppo silenziosa. Anche quando un paziente è circondato da affetto durante il giorno, la notte può diventare un momento di estrema solitudine. I rumori si placano, le visite terminano, le stanze si svuotano. E in quel vuoto, le paure più profonde trovano spazio per emergere, spesso senza nome, senza voce. La mente veglia, come a difendersi da qualcosa che non si può vedere, ma che si sente profondamente. La testimonianza di Maria ci ricorda una verità tanto semplice quanto profonda: il sonno non si impone, si accompagna.

E spesso è proprio la presenza silenziosa e amorevole a fare la differenza, più di ogni farmaco o intervento tecnico. Stare accanto a qualcuno che ha paura, senza giudicare, senza forzare, è una forma di cura tra le più profonde.

Chi si prende cura, che sia un familiare, un volontario o un professionista, non offre solo assistenza pratica. Il caregiver diventa custode del riposo altrui, compagno silenzioso della notte. È chi sposta un cuscino, regola una flebo, spegne una luce, ma soprattutto chi sa restare. Chi sa non fuggire davanti al dolore, al pianto, alla fragilità.



Tuttavia, anche il caregiver ha bisogno di cura. Le notti insonni si accumulano. L'intensità emotiva può travolgere. La stanchezza non è solo fisica: è anche mentale, relazionale, spirituale. È essenziale che anche chi veglia abbia momenti di decompressione, luoghi di ascolto, possibilità di esprimere ciò che vive. Perché anche chi accompagna ha bisogno di essere accompagnato.

Con l'avvicinarsi della fine, è naturale che il paziente dorma sempre di più. Il corpo si ritira lentamente dalla vita, e il bisogno di interazioni, di cibo, di parole, diminuisce. Alcuni familiari interpretano questa sonnolenza come un segnale di abbandono, di resa. Ma in realtà, è parte integrante del processo del morire.

Il sonno diventa allora un linguaggio del corpo che

si congeda. Dormire non è più solo un bisogno: è un modo per lasciarsi andare, per prepararsi a varcare una soglia. È come se il corpo chiedesse silenzio, protezione, sospensione. Come se dicesse: 'Non ho più bisogno di fare, ora posso solo essere.'

La voce silenziosa dell'amore

Quando mia madre è entrata in hospice, pensavo che avrebbe finalmente trovato un po' di pace. Era esausta, consumata dalla malattia. Ma di notte non dormiva. Teneva gli occhi aperti, parlava da sola, piangeva. Una sera mi disse: 'Ho sonno, ma ho paura di chiudere gli occhi. E se non mi svegliassi più?'

Non sapevo cosa dire. Così sono rimasta. Le ho preso la mano e le ho sussurrato: 'Se vuoi dormire, dormi. Io sono qui. Ti sveglierò se serve.'

E per la prima volta da giorni, ha chiuso gli occhi. Ha dormito.

Nei giorni seguenti, ho capito che il suo sonno dipendeva dalla sensazione di sicurezza. Quando si sentiva protetta, dormiva. Quando era agitata, restava sveglia.

Ho imparato a esserci, in silenzio. A volte mi sembrava di non fare niente, ma in realtà stavo facendo tutto.

Maria, caregiver della mamma, Giovanna

Nel contesto delle cure di fine vita, dormire bene è un diritto umano fondamentale, ma troppo spesso trascurato. In molti casi, il sonno è visto semplicemente come un bisogno fisiologico da gestire, mentre in realtà rappresenta un aspetto essenziale dell'esperienza umana, soprattutto nelle

fasi terminali. Riconoscere l'importanza del riposo non significa solo affrontare un sintomo fisico, ma riconoscere e affermare il valore profondo della persona, anche quando il corpo si fa più fragile e la mente più vulnerabile. Il sonno diventa così un terreno in cui dignità e umanità si intrecciano.

Quando un paziente è accompagnato nel suo sonno finale, attraverso una presenza silenziosa e consapevole, non stiamo solo aiutando a gestire la sofferenza, ma stiamo affermando che la sua vita, anche se giunta al termine, è ancora degna di essere rispettata, riconosciuta e curata. Questo gesto di accompagnamento, che sembra a volte semplice e silenzioso, in realtà è una delle forme più alte di cura e di compassione che possiamo offrire a chi sta per lasciarci. Il sonno finale non è un momento da temere, ma un passaggio naturale, e affrontarlo con rispetto, amore e consapevolezza è forse il gesto più dignitoso che possiamo fare per un'altra persona.

Anche quando il sonno diventa profondo e continuo, e il corpo si ritira dalla vita, ciò non significa che il paziente stia scomparendo. Al contrario, è una transizione delicata, un processo che merita la nostra attenzione, il nostro silenzio rispettoso, la nostra accoglienza. Dormire è un atto di fiducia, una fiducia che non è solo nel corpo, ma anche nelle persone che lo accompagnano. È una richiesta silenziosa di essere visti, ascoltati e, in qualche modo, protetti, fino all'ultimo respiro.

In questi momenti, l'atto del dormire, per quanto apparentemente semplice, assume un significato profondo: è una forma di preparazione al distacco, un momento in cui la persona si prepara a lasciare il mondo, ma lo fa in un contesto di tranquillità e sicurezza, che le permette di abbandonarsi senza paura. Ogni respiro che si fa più lento, ogni

movimento che si fa più rarefatto, è parte di un processo naturale che deve essere rispettato e accolto. E noi, come familiari, caregiver o professionisti, non possiamo fare altro che stare al fianco della persona, offrendo la nostra presenza come una carezza invisibile, un abbraccio silenzioso che le dice: Non sei sola.

Nel ciclo finale della vita, la presenza del caregiver diventa fondamentale. È colui o colei che veglia e che, senza bisogno di parole, offre sicurezza, amore e accompagnamento discreto. Anche se ci sembra che non stiamo facendo nulla, in realtà, stiamo facendo tutto: stiamo dimostrando che, anche nei momenti di sofferenza e di transizione, la persona amata ha ancora un posto nel mondo, e che il suo passaggio avviene con dignità.

E spesso, proprio in questa presenza, si realizza l'ultimo gesto di cura, che non ha bisogno di altro che del nostro essere lì, senza fretta, senza ansia, senza forzare nulla.

In conclusione, accompagnare qualcuno nel suo sonno finale – senza paura, con presenza, con rispetto – è uno dei gesti più umani e profondi che possiamo offrire. Questo atto non è solo una cura per il corpo, ma una cura per l'anima, un gesto che dice, in silenzio: *'Anche adesso, tu sei importante. Anche adesso, meriti pace.'*



Bibliografia:

1. Caraceni A., Shkodra M. (2019). Sleep Disorders in Patients with Cancer: A Systematic Review. *Supportive Care in Cancer*, 27(11), 4049–4059.
2. Breitbart W., Alici Y. (2008). Agitation and Delirium at the End of Life. *JAMA*, 300(24), 2898–2910.
3. Morita T., et al. (2004). Sedation for Symptom Relief in the Terminally Ill. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(5), 445–450.
4. Chochinov H.M., et al. (2005). Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *JCO*, 23(24), 5520–5525.
5. National Consensus Project for Quality Palliative Care (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, 4th ed.



Hospice: quando il sorriso diventa terapia

I clown di corsia, utilizzando il loro senso dell'umorismo e la loro creatività, riescono a creare un ambiente rilassante e gioioso; assicurando svago e allegria e incoraggiando il sorriso, migliorano l'umore dei pazienti e promuovono il loro benessere emotivo. L'intervento di questi speciali terapeuti incoraggia la comunicazione e la socializzazione, specialmente nelle situazioni in cui queste possono risultare difficili.



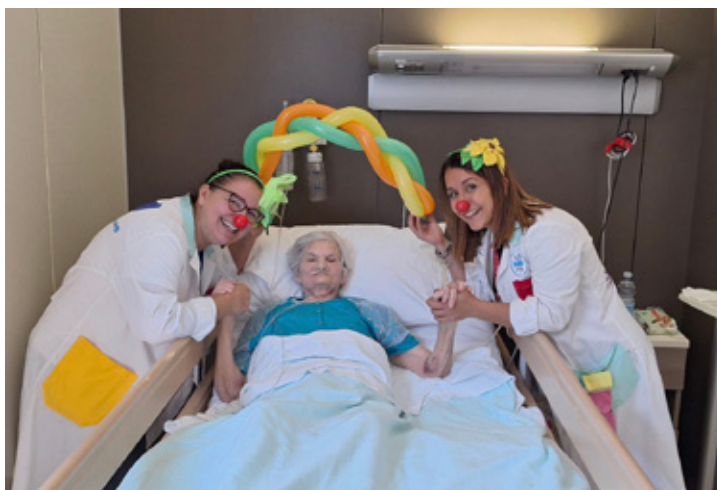
Sorridere promuove la produzione di beta-endorfine e di ormoni che migliorano l'umore, riducendo l'ansia; ridere e divertirsi riducono l'isolamento e migliorano le relazioni sociali; ci si distrae, inoltre, dai problemi fisici o dalle preoccupazioni.

La *Fondazione Clotilde*, con un regolare Atto di Convenzione, si avvale della collaborazione dell'Associazione 'Teniamoci per Mano Aps' che assicura, con periodicità e regolarità, la presenza dei suoi Volontari Clown nei reparti di degenza.



Occhiali giganti, un pasticcio sulla faccia, un enorme naso rosso e un divertente camice colorato, la Teniamoci per Mano Aps è una squadra di clown che porta magia e allegria nei reparti ospedalieri, nelle residenze sanitarie e ovunque ci sia bisogno del loro intervento. Risate, risate e ancora risate: questo è l'unico farmaco che prescrivono, perché la clown terapia, o terapia del sorriso è una medicina potente per i pazienti ed i loro familiari che li aiuta a non aver paura e ad affrontare la propria battaglia con maggiore serenità.

La Mission non prevede solo il gioco, l'intrattenimento, i palloncini; come è nella finalità della Medicina Palliativa, i Clown sono formati per supportare l'intera famiglia e aiutarla a non sentirsi sola in un momento di grande difficoltà.



Palliative care nella demenza: strumenti, decisioni e organizzazione dell'assistenza.

Dalla valutazione osservazionale al comfort misurabile: evidenze e implicazioni cliniche.

Francesco Paolo De Lucia

Medico Palliativista - Clotilde Hospice

La demenza è una malattia neurodegenerativa progressiva con esito infausto. Nelle fasi avanzate il paziente presenta dipendenza totale, ridotta comunicazione, disfagia, infezioni ricorrenti e un carico sintomatologico elevato. Nonostante ciò, la cura abituale non è sempre orientata al comfort: sono documentati interventi non proporzionati nelle fasi terminali, sottoutilizzo dell'analgesia e uso abbondante di antibiotici, con incremento dell'intensità prescrittiva man mano che ci si avvicina alla morte. Questo segnala una distanza fra bisogni reali e pratiche correnti.

Le revisioni sistematiche più solide distinguono due famiglie di interventi: modelli di "organizzazione ed erogazione" delle cure e interventi di pianificazione condivisa (Advance Care Planning, ACP). I primi puntano su valutazione e trattamento sistematici dei sintomi, continuità assistenziale, educazione di équipe e familiari; gli interventi di ACP lavorano su conversazioni, documentazione di preferenze e coerenza fra obiettivi e decisioni cliniche.

La sintesi dei risultati mostra segnali coerenti: miglioramento del comfort in prossimità della morte (misurato con CAD-EOLD), maggiore presenza di piani palliativi, più discussioni sugli obiettivi e migliore concordanza cure-obiettivi; la certezza delle prove è spesso bassa per limiti metodologici, ma l'orientamento è univoco e clinicamente plausibile.

Perché integrare presto l'approccio palliativo nella

demenza? Primo, perché la prognosi è incerta e il declino procede per "passi" con complicanze improvvise: anticipare le decisioni evita transizioni gravose e trattamenti inefficaci. Secondo, perché l'autoriporto dei sintomi diventa impossibile: servono strumenti osservazionali e un metodo di misura ripetuto per ancorare titolazioni e scelte.

Terzo, perché gli esiti rilevanti sono centrati sulla persona e sulla famiglia: comfort, qualità percepita del morire, documentazione delle preferenze, riduzione di interventi non palliativi (es. nutrizione enterale, ricoveri non coerenti, terapie parenterali). Le meta-analisi sull'ACP mostrano un aumento della documentazione delle direttive e delle discussioni sui goal, con maggiore concordanza fra cure erogate e obiettivi condivisi. In altre parole: anche quando l'effetto su indicatori "duri" è eterogeneo, i processi di cura migliorano e vanno nella direzione giusta.

Ne deriva un razionale operativo: identificare precocemente i bisogni palliativi, misurare sistematicamente i sintomi con scale idonee alla non-comunicatività, allineare ogni intervento al beneficio atteso nel breve periodo, sostenere la famiglia, e rendere tracciabili preferenze e obiettivi. È questo cambio di metodo—più che l'aggiunta di una terapia—che sposta la qualità dell'assistenza nelle fasi avanzate di demenza.

Traiettorie della malattia e segnali di svolta

La traiettoria della demenza è lunga e variabile:

l'aspettativa di vita dopo la diagnosi dipende dall'età e dalle comorbidità; negli stadi avanzati i tassi di mortalità a sei mesi sono alti e paragonabili a molte neoplasie metastatiche. Nonostante ciò, il personale tende a sovrastimare la sopravvivenza. Questo scostamento percettivo spiega l'arrivo tardivo del paradigma palliativo e l'inappropriatezza di alcune decisioni nei mesi finali.

Riconoscere i "segnali di svolta" aiuta a ridefinire gli obiettivi con tempestività. Due cluster sono particolarmente predittivi: problemi alimentari/disfagia e infezioni febbrili (soprattutto respiratorie), associati a maggiore probabilità di morte nei successivi sei mesi. Si aggiungono calo ponderale, BMI basso, aumento della fragilità, dispnea, e comparsa di complicanze come polmonite o sepsi. Nelle ultime settimane diventano frequenti dolore, ansia, agitazione, resistenza alle cure; nella settimana finale la disfagia e il dolore emergono come sintomi dominanti. Dal punto di vista pratico, questi pattern indicano che l'orizzonte decisionale è di settimane-mesi, non di anni, e che il criterio di proporzionalità deve prevalere.

Perché questi segni contano così tanto? Perché cambiano il bilancio rischio/beneficio degli interventi. La disfagia aumenta il rischio di aspirazione e ricoveri, ma la nutrizione enterale non migliora sopravvivenza né comfort e può aumentare il burden; l'attenzione si sposta quindi su "comfort feeding" assistito, texture modificate, postura e igiene orale per ridurre eventi avversi e preservare relazione e dignità.

Le infezioni respiratorie possono prolungare la sopravvivenza se trattate con antibiotici, ma spesso a costo di minore comfort per vie venose, trasferimenti e effetti collaterali; nelle urinarie, il vantaggio di sopravvivenza non è dimostrato. Se l'obiettivo condiviso è il comfort, il trattamento esclusivamente sintomatico diventa clinicamente appropriato.



Gli strumenti prognostici aiutano a uniformare linguaggio e monitoraggio. Il FAST descrive la progressione funzionale ma il sottostadio 7c da solo non predice con accuratezza la morte; la MSSE è associata a mortalità a sei mesi, mentre ADEPT offre affidabilità moderata in contesti residenziali. La lezione è metodologica: nessuno strumento sostituisce la rivalutazione seriale integrata con trend clinici, complicanze e preferenze già documentate. L'errore più comune è usare la scala come "sentenza" invece che come supporto a decisioni proporzionate.

In pratica, quando compaiono questi segnali, il team dovrebbe attivare un percorso strutturato: rivalutazione multidimensionale, misurazione dei sintomi con scale osservazionali, colloqui con i familiari per riallineare obiettivi e limiti terapeutici, pianificazione di interventi mirati al comfort e alla continuità assistenziale, evitando transizioni non necessarie e procedure non utili. Questa è la soglia in cui l'approccio palliativo non è "opzionale", ma clinicamente dovuto.

Valutazione dei sintomi nella non-comunicatività

Nella demenza avanzata l'autoripporto è spesso impossibile; senza una misurazione strutturata il dolore, la dispnea e l'ansia restano sottostimati e trattati in modo tardivo. La letteratura raccomanda quindi scale osservative, ripetute nel tempo, che

trasformano segni comportamentali in indicatori clinici utilizzabili per decidere e per titolare le terapie. La PAINAD valuta cinque domini: respiro, vocalizzazioni, mimica, linguaggio del corpo, consolabilità e consente di inferire la presenza e l'intensità del dolore quando la comunicazione verbale è compromessa; l'uso è diffuso e disponibile in più lingue, ma richiede familiarità con il paziente e training dell'équipe per distinguere dolore da altri fattori che generano agitazione.

Per la dispnea la Respiratory Distress Observation Scale (RDOS) è stata sviluppata proprio per chi non può riferire la sintomatologia; integra frequenza respiratoria, pattern del respiro, mimica e irrequietezza, offrendo un supporto pratico alla titolazione di interventi sintomatici quando le terapie eziologiche sono sproporzionate o già ottimizzate. L'uso della RDOS si associa a una maggiore consapevolezza clinica della "breathlessness" terminale e rende più tracciabile l'effetto di oppioidi e misure non farmacologiche.

La qualità del fine vita andrebbe documentata con strumenti specifici per la demenza. Le scale EOLD misurano la gestione dei sintomi (SM-EOLD) e il comfort nel morire (CAD-EOLD) nelle ultime 48-72 ore, spesso integrando anche la percezione dei familiari; la QUALID stima la qualità di vita nelle fasi tardive. Questi esiti "centrati sulla persona" sono frequenti nei trial organizzativi e nei programmi



di pianificazione condivisa, perché spostano l'attenzione dal solo utilizzo di risorse al comfort misurabile. Va però ricordato che la certezza complessiva delle prove è eterogenea e che la validità/affidabilità di diversi strumenti—specie per il dolore—non è uniforme; nessuna singola scala, da sola, può sostituire la rivalutazione clinica seriale.

Questo approccio “misurare per decidere” ha una ricaduta diretta: aumenta la tracciabilità delle scelte, riduce l'undertreatment e aiuta a collegare i comportamenti osservati a cause modificabili (dolore, ritenzione, stipsi, infezioni), prima di ricorrere a sedativi o antipsicotici. È anche una questione di metodo organizzativo: le revisioni mostrano che i modelli che strutturano valutazione e continuità assistenziale migliorano processi di cura e, in alcuni contesti, il comfort percepito a fine vita.

Dolore: fisiopatologia, clinica, sottodiagnosi e trattamento

Il dolore nella demenza avanzata è frequente e persistente; deriva da cause comuni dell'anziano (artrosi, stipsi, lesioni, infezioni), ma la compromissione cognitiva rende difficile riconoscerlo e riferirlo. Ne conseguono sottodiagnosi e sottotrattamento: gli anziani con demenza ricevono analgesici meno spesso e più tardi, e l'incremento terapeutico arriva spesso solo

nelle ultimissime fasi. La valutazione sistematica con PAINAD e con l'osservazione longitudinale riduce questo gap, soprattutto se l'équipe conosce bene la baseline della persona e integra i dati con l'andamento funzionale.

Sul piano clinico il dolore non trattato alimenta i BPSD (aggressività, agitazione, disturbi del sonno) e si associa a depressione; per questo la sua correzione ha effetti che vanno oltre l'analgesia. Studi randomizzati indicano che programmi strutturati di trattamento del dolore riducono sintomi dell'umore e alcune componenti comportamentali, sostenendo l'idea che l'agitazione, in molti casi, sia la “lingua” del dolore. Nella pratica, prima di aumentare antipsicotici o sedativi, è opportuno ottimizzare l'analgesia e rimuovere fattori nocicettivi evidenti.

Il perché della proporzionalità è duplice. Da un lato, gli oppioidi a basso dosaggio—titolati su scala e funzionalità—possono migliorare il comfort con un profilo beneficio/rischio favorevole, soprattutto se si usano vie semplici, si previene la stipsi e si monitora la sedazione. Dall'altro, quando il dolore è misto o amplificato da fenomeni neuropsicologici, l'aggiunta indiscriminata di psicofarmaci è spesso meno efficace e più gravosa; le revisioni richiamano prudenza sugli antipsicotici nel contesto palliativo, suggerendo di privilegiare approcci non farmacologici personalizzati e solo successivamente farmaci mirati e a dosi basse per sintomi specifici.

La Cochrane ricorda un punto metodologico importante: mancano trial con dolore come outcome primario nella demenza avanzata e l'evidenza sulla performance delle scale è disomogenea; ciò non smentisce l'utilità clinica della misurazione, ma impone una lettura critica dei punteggi dentro una rivalutazione seriale centrata sulla persona. Il messaggio per il clinico deve essere assolutamente chiaro: il dolore nella demenza





non “scompare” perché non viene raccontato dal paziente, ma quando lo si misura in modo affidabile si curano meglio anche i comportamenti che più pesano sulla qualità della vita.

Infine, il collegamento con la dispnea terminale è pratico: la stessa logica di trattamento proporzionato vale per la “chronic breathlessness”, in cui la misurazione osservazionale guida la titolazione di morfina e di interventi non farmacologici semplici (posizionamento, aria fresca sul volto, umidificazione della mucosa orale), con benefici concreti sul comfort quando le terapie causali non sono più appropriate. Anche qui la scala non decide da sola, ma rende le scelte trasparenti e ripetibili.

Dispnea e secrezioni: clinica, misurazione e terapia proporzionata

Nella demenza avanzata la dispnea emerge spesso in concomitanza con polmonite o riacutizzazioni respiratorie ed è sottostimata perché l'autoriporto è limitato. Gli studi in RSA documentano un aumento netto del respiro affannoso nella settimana finale, con impatto diretto sul comfort. In questo contesto la misurazione osservazionale è decisiva: la Respiratory Distress Observation Scale (RDOS) consente di riconoscere e quantificare il distress respiratorio quando il paziente non può descriverlo, guidando la titolazione di interventi sintomatici e rendendo tracciabili le decisioni.

La letteratura raccomanda di integrare sempre misure non farmacologiche—posizione a busto eretto o in forward lean, appoggio degli arti superiori, aria fresca sul volto, umidificazione e igiene del cavo orale—per ridurre la percezione di fame d'aria. Quando i trattamenti eziologici sono già ottimizzati o sproporzionati, gli oppioidi a basso dosaggio rappresentano l'opzione con evidenza più solida per la “chronic breathlessness” nelle malattie avanzate; in hospice si osserva maggior ricorso a morfina, anticolinergici per ipersecrezioni, e ossigeno in presenza di ipossiemia rispetto alle RSA. L'obiettivo rimane il sollievo misurabile del sintomo, minimizzando procedure che non cambiano la prognosi ma aumentano il burden.

Un chiarimento sul “perché”: la dispnea nella demenza avanzata non è solo esito di polmonite; concorrono debolezza dei muscoli respiratori, immobilità, secrezioni e ansia reattiva. Agire su posizionamento, igiene del cavo orale e viscosità delle secrezioni può ridurre trigger meccanici di distress, mentre l'oppioide riduce la dispnea modulando la risposta centrale allo stimolo. L'uso di RDOS trasforma un sintomo altrimenti “invisibile” in un parametro clinico che legittima scelte proporzionate e riproducibili.

Nutrizione e idratazione: disfagia, PEG e “comfort feeding”

Con l'avanzare della malattia, la disfagia diventa la regola: ristagno del bolo, perdita di riflessi

protettivi, scialorrea e peggioramento dell'igiene orale aumentano rischio di aspirazione e infezioni. In questa fase si osservano spesso richieste di nutrizione artificiale; tuttavia, le evidenze mostrano che la PEG nella demenza avanzata non migliora sopravvivenza, non riduce polmoniti ab ingestis, non favorisce la guarigione delle lesioni da pressione né la qualità di vita, e può aumentare ricoveri e complicanze procedurali. Le società scientifiche geriatriche scoraggiano il posizionamento routinario dei sondini in questo setting.

La strategia raccomandata è il comfort feeding assistito: alimenti graditi e a consistenza adattata, postura seduta, tempi lenti, igiene orale scrupolosa e ambiente favorevole. Questo approccio non è "rinuncia", ma proporzione clinica: riduce eventi avversi, preserva relazione e dignità e si allinea al fine prevalente di comfort. La comunicazione con i familiari è cruciale per anticipare aspettative e condividere che, in demenza avanzata, la perdita del desiderio di nutrirsi è parte della fisiopatologia del morire, non un deficit di cura.

Perché la PEG non funziona in questo contesto? Perché non corregge il meccanismo centrale della disfagia neurodegenerativa né la vulnerabilità globale del paziente; al contrario, aggiunge procedure, rischi di aspirazione anche da reflusso, contenzioni per preservare il device, e transizioni ospedaliere. Il comfort feeding, viceversa, agisce su stimoli sensoriali, postura e relazione, cioè sui determinanti realistici del comfort in questa fase.

Infezioni ricorrenti e antibiotici: sopravvivenza vs comfort

Polmoniti e infezioni urinarie ricorrono nella demenza avanzata e spesso rappresentano eventi terminali. La narrativa clinica diffusa è "trattare sempre", ma i dati sono più sfumati: negli

episodi respiratori l'antibiotico può prolungare la sopravvivenza, al costo però di un comfort inferiore per accessi venosi, trasferimenti e effetti avversi; nelle infezioni urinarie tale vantaggio non è dimostrato. Di conseguenza, quando l'obiettivo condiviso è il comfort, la scelta di un trattamento esclusivamente sintomatico è clinicamente appropriata ed eticamente fondata, purché supportata da misurazione del distress, pianificazione documentata e disponibilità di cure domiciliari/hospice che garantiscano sollievo.

Questo non significa negare antibiotici "per principio", ma usarli quando il beneficio atteso supera il costo in burden sulla breve traiettoria finale. In termini organizzativi, i programmi palliativi che formalizzano piani di cura e trigger decisionali riducono interventi non proporzionati e transizioni gravose.

Il "perché" è fisiopatologico e pratico: in una riserva funzionale minima, l'aggressione iatrogena di accessi, ricoveri e polifarmacia può superare il beneficio clinico; parallelamente, il trattamento sintomatico intensivo (analgesia, antitussivi, controllo della dispnea e della febbre, idratazione proporzionata) risponde meglio al bisogno immediato del paziente, che è respirare e riposare con meno sofferenza.

Disturbi neuropsichiatrici: prima le cause, poi i farmaci

Agitazione, aggressività, ansia, apatia e delirio intercurrente sono frequenti nella fase avanzata. La letteratura collega sistematicamente i BPSD a **bisogni non soddisfatti**, con un ruolo centrale del **dolore non trattato**: intervenire sul dolore riduce non solo l'intensità algica ma anche i sintomi dell'umore e parte dei comportamenti disturbanti; trial randomizzati mostrano miglioramenti dei domini affettivi con programmi strutturati di analgesia. Questo spiega perché, sul piano

pratico, l'aumento "riflesso" di antipsicotici o sedativi sia spesso una scorciatoia subottimale. La sequenza corretta è valutare e correggere fattori nocicettivi e precipitanti (dolore, ritenzione, stipsi, infezioni, ipossia, sovrastimolazione), intervenire sull'ambiente con strategie non farmacologiche personalizzate—contatto rassicurante, stimoli sensoriali congruenti, routine prevedibile, musica, massaggi—e solo poi, se necessario e in modo mirato, ricorrere a psicofarmaci a **dosi basse** per target sintomatologici specifici. Le evidenze sull'efficacia e sicurezza degli antipsicotici in cure palliative restano controverse; l'uso dovrebbe essere cauto e temporaneo.

Perché iniziare dal non farmacologico? Perché molti comportamenti sono "linguaggio" di discomfort somatico o relazionale; modulando stimoli, routine e comunicazione si agisce sulla causa, non solo sull'espressione. Inoltre, nella demenza avanzata il rapporto rischio/beneficio dei neurolettici peggiora per fragilità, interazioni e vulnerabilità cardiovascolare; questo rende ancora più essenziale misurare il dolore, rimuovere trigger, e riservare i farmaci ai casi refrattari. In

parallelo, la formazione del team nel riconoscere delirio e nel distinguere delirium vs progressione della demenza evita errori gestionali, sedazioni non necessarie e perdita di qualità di vita.

Advance Care Planning: tempistiche, contenuti, misurazione degli esiti

La pianificazione condivisa delle cure è il passaggio che rende trasparenti valori, preferenze e limiti terapeutici quando la capacità decisionale è ancora conservata, e fornisce un quadro operativo quando non lo sarà più. Nella demenza avanzata l'ACP riguarda scelte su rianimazione, ricoveri e trasferimenti, uso degli antibiotici in infezioni ricorrenti, nutrizione artificiale, obiettivi di comfort e luoghi preferiti di cura.

La revisione Cochrane sui programmi di ACP, rispetto alla cura usuale, documenta un aumento della **discussione** sui goal di cura, della **documentazione delle direttive anticipate** e una tendenza a una maggiore **concordanza** tra cure erogate e obiettivi dichiarati; l'impatto su esiti clinici "duri" è più incerto per eterogeneità e imprecisione, ma il segnale sui **processi** è coerente



e replicato. Questo implica che la qualità dell'ACP vada misurata con indicatori dedicati e non solo con outcome di utilizzo di risorse. Sul piano operativo conviene anticipare l'ACP ai "segnali di svolta" clinici, quando la persona è ancora in grado di esprimersi, nominare un fiduciario e chiarire aspettative su nutrizione e infezioni.

La fase di avvio è parte integrante della buona pratica: informazione chiara sul decorso, verbalizzazione delle priorità della persona e della famiglia, registrazione formale su cartella e condivisione con i setting coinvolti. Le metriche raccomandate dai trial includono la presenza di un piano palliativo attivo, la **concordanza obiettivi-interventi** e il ricorso a strumenti di comfort e sintomi nelle 48–72 ore finali (es. CAD-EOLD e SM-EOLD), che funzionano da "specchio" dell'appropriatezza delle decisioni nel tempo.

Setting e modelli organizzativi: continuità, transizioni e comfort

La maggior parte delle persone con demenza avanzata vive e muore in strutture residenziali o in ospedale dopo transizioni spesso gravose. Le revisioni sottolineano che le transizioni nelle ultime settimane riducono la qualità di vita e sono di beneficio clinico discutibile, soprattutto quando l'obiettivo è il comfort. Per questo i modelli organizzativi centrati su **continuità** di luogo e caregiver, **case management** dedicato e **formazione** dello staff mostrano miglioramenti misurabili nei processi (più piani palliativi, più discussioni strutturate) e, in alcune sintesi, un possibile incremento del **comfort nel morire** valutato con CAD-EOLD, pur con certezza GRADE bassa e forte eterogeneità.

L'interpretazione corretta è pragmatica: non ogni riorganizzazione produce esiti clinici maggiori, ma alcune componenti—trigger clinici per attivare il percorso palliativo, conferenze di cura periodiche, integrazione tra équipe di struttura e palliativisti,

strumenti osservazionali per i sintomi—sono associate a decisioni più coerenti e a minori interventi non proporzionati.

Nel confronto fra setting, hospice e assistenza domiciliare palliativa risultano sottoutilizzati nei lavori, ma la letteratura suggerisce che l'accesso a competenze palliative riduce il ricorso a trasferimenti e procedure invasive e aumenta la centralità del comfort come obiettivo misurato. È quindi cruciale costruire percorsi che collegano **RSA-domicilio-ospedale-hospice** con criteri condivisi di eleggibilità palliativa e con documentazione univoca dell'ACP, per evitare "rottture" di continuità e decisioni ridondanti al momento delle complicità.

Familiari e caregiver: burden, decisioni per procura e sostegno

Il sistema famiglia è parte della cura. I caregiver sperimentano distress psicologico, ansia e depressione; spesso si sentono poco informati su ciò che accadrà nel fine vita e avviano loro le conversazioni più difficili. Il carico aumenta nelle fasi di transizione, nel passaggio a strutture residenziali e quando devono decidere "al posto di" chi non ha più capacità.

La letteratura documenta che soltanto una minoranza di familiari si sente davvero preparata alla fase finale, con rischio di lutto complicato. Strumenti standardizzati come **Zarit Burden Interview** e **Caregiver Reaction Assessment** supportano lo screening del burden, ma hanno limiti di adattabilità alla demenza avanzata in RSA.

Questo conferma che il sostegno deve essere strutturato: informazione anticipata su disfagia e infezioni, educazione alle misure di comfort, presenza di un referente stabile per i colloqui, coinvolgimento del caregiver nella valutazione osservazionale dei sintomi e nel monitoraggio dell'aderenza agli obiettivi dell'ACP.

Le raccomandazioni delle revisioni convergono su due concetti: integrare precocemente l'approccio palliativo per **ridurre interventi gravosi** e promuovere **comfort** e coinvolgere i familiari come partner informati, perché l'ACP efficace diminuisce i trattamenti non proporzionati e migliora la percezione di qualità della cura. Anche qui il beneficio emerge più sui **processi** (chiarezza, coerenza, continuità) che su endpoint rigidi, ma sono proprio questi processi a determinare l'esperienza di cura percepita.

Indicatori di qualità e auditing clinico: “misurare per migliorare”

La qualità dell'assistenza palliativa nella demenza si dimostra misurandola. I dataset dei trial e delle revisioni offrono una griglia di indicatori utilizzabili sia per auditing interni sia per confronti tra setting. Gli **indicatori di processo** includono: presenza e aggiornamento di un **piano palliativo** in cartella; occorrenza di **discussioni ACP** e **documentazione delle direttive**; esistenza di **obiettivi di cura** esplicitati e la loro **concordanza** con gli interventi effettuati.

Gli indicatori di esito privilegiano il comfort nelle 48-72 ore finali misurato con **CAD-EOLD**, la qualità della gestione dei sintomi con **SM-EOLD**, e la **qualità di vita** in fase tardiva con **QUALID**; possono essere integrati da misure di **qualità di vita proxy** e da report dei familiari. L'uso sistematico di **PAINAD** e **RDOS** come “vital signs” sintomatologici consente di collegare le variazioni dei punteggi alle decisioni terapeutiche, rendendo auditabili titolazioni di analgesici e di oppioidi per dispnea.

La Cochrane ricorda tre caveat utili per chi misura: primo, nelle sintesi sull'organizzazione delle cure il miglioramento del comfort appare **possibile ma incerto** per eterogeneità e rischi di bias; per questo è essenziale affiancare agli esiti finali indicatori di **implementazione** (ad esempio, percentuale di

reparti che effettuano case conference mensili, o che applicano trigger clinici per attivare il percorso palliativo).

Secondo, i trial su ACP mostrano miglioramenti consistenti di **documentazione** e **discussioni**, con trend favorevole sulla **concordanza**, ma non sempre effetti su altri esiti; gli audit devono quindi monitorare stabilmente questi processi. Terzo, mancano trial che usino il dolore come outcome primario e la **validità/affidabilità** degli strumenti per il dolore non è uniforme: la lettura dei punteggi va sempre integrata nel giudizio clinico seriale.

In termini pratici, un cruscotto essenziale per un reparto o una RSA comprende: percentuale di pazienti con ACP attivo, tasso di concordanza cure-obiettivi, variazione media di CAD-EOLD nelle ultime 72 ore, uso appropriato di PAINAD/RDOS, frequenza di ricoveri non coerenti con il goal e revisione periodica dei casi con scostamenti.

Bibliografia:

Walsh SC, Murphy E, Devane D, Sampson EL, Connolly S, Carney P, O'Shea E. Palliative care interventions in advanced dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021.

Eisenmann Y, Golla H, Schmidt H, Voltz R, Perrar KM. Palliative Care in Advanced Dementia. Frontiers in Psychiatry. 2020;11:699. doi:10.3389/fpsyt.2020.00699.

Malhi R, McElveen J, O'Donnell L. Palliative Care of the Patient with Dementia. Delaware Journal of Public Health. 2021.



Fate germogliare la pace

Domenico Battaglia

Cardinale e Arcivescovo di Napoli

E voi che sprofondate nelle poltrone rosse dei parlamenti, abbandonate dossier e grafici: attraversate, anche solo per un'ora, i corridoi spenti di un ospedale bombardato; odorate il gasolio dell'ultimo generatore; ascoltate il bip solitario di un respiratore sospeso tra vita e silenzio, e poi sussurate, se ci riuscite, la locuzione *'obiettivi strategici'*.

Il Vangelo, per chi crede e per chi non crede, è uno specchio impietoso: riflette ciò che è umano, denuncia ciò che è disumano.

Se un progetto schiaccia l'innocente, è disumano.

Se una legge non protegge il debole, è disumana.

Se un profitto cresce sul dolore di chi non ha voce, è disumano.



Cardinale e Arcivescovo di Napoli

E se non volete farlo per Dio, fatelo almeno per quel poco di umano che ancora ci tiene in piedi.

Quando i cieli si riempiono di missili, guardate i bambini che contano i buchi nel soffitto invece delle stelle. Guardate il soldato ventenne spedito a morire per uno slogan. Guardate i chirurghi che operano al buio in un ospedale sventrato. Il Vangelo non accetta i vostri comunicati tecnici. Scrosta ogni vernice di patria o interesse e ci lascia davanti all'unica realtà: carne ferita, vite spezzate.

Non chiamate danni collaterali le madri che scavano tra le macerie.

Non chiamate interferenze strategiche i ragazzi cui avete rubato il futuro.

Non chiamate operazioni speciali i crateri lasciati dai droni.

Togliete pure il nome di Dio se vi spaventa; chiamatelo coscienza, onestà, vergogna. Ma ascoltatelo: la guerra è l'unico affare in cui investiamo la nostra umanità per ricavarne cenere. Ogni proiettile è già previsto nei fogli di calcolo di chi guadagna sulle macerie. L'umano muore due volte: quando esplode la bomba e quando il suo valore viene tradotto in utile.

Finché una bomba varrà più di un abbraccio, saremo smarriti. Finché le armi detteranno l'agenda, la pace sembrerà follia. Perciò, spegnete i cannoni. Fate tacere i titoli di borsa che crescono sul dolore. Restituite al silenzio l'alba di un giorno che non macchi di sangue le strade.

Tutto il resto – confini, strategie, bandiere gonfiate dalla propaganda – è nebbia destinata a svanire. Rimarrà solo una domanda: Ho salvato o ho ucciso l'umanità che mi era stata affidata?.



Che la risposta non sia un'altra sirena nella notte. Convertite i piani di battaglia in piani di semina, i discorsi di potenza in discorsi di cura. Sedete accanto alle madri che frugano tra le macerie per salvare un peluche: scoprirete che la strategia suprema è impedire a un bambino di perdere l'infanzia.

Portate l'odore delle pietre bruciate nei vostri palazzi: impregni i tappeti, ricordi a ogni passo che nessuno si salva da solo e che l'unica rotta sicura è riportare ogni uomo a casa integro nel corpo e nel cuore.

A noi, popolo che legge, spetta il dovere di non arrenderci. La pace germoglia in salotto – un divano che si allunga; in cucina – una pentola che raddoppia; in strada – una mano che si tende. Gesti umili, ostinati: tu vali sussurrato a chi il mondo scarta.

Il seme di senape è minimo, ma diventa albero. Così il Vangelo: duro come pietra, tenero come il primo vagito.

Chiede scelta netta: costruttori di vita o complici del male. Terze vie non esistono.



San Leucio, dove l'utopia divenne realtà.

La prima Città Ideale della storia.

Paolo Cesaro

Quella della Seteria di San Leucio è una delle vicende più gloriose dell'intera storia del Sud Italia. Ferdinando di Borbone, che la storia ricorda come Sovrano Illuminato, realizzò una colonia operaia ispirata ai principi del socialismo, dando vita a qualcosa di rivoluzionario; qui si sperimentò il primo esempio di repubblica socialista della storia, e si diede attuazione all'utopia idealistico – razionalista propria dell'Illuminismo, che aveva come riferimento la 'Città del Sole' di Tommaso Campanella ed il pensiero di Tommaso Moro.

San Leucio è più di un sito borbonico, è una rivoluzionaria istituzione socio-economica.

Nel '700, la Francia aveva la Reggia di Versailles come residenza estiva dei Re di Francia; l'Austria aveva Schönbrunn, sede estiva della casa imperiale d'Asburgo. Per adeguarsi all'urbanistica di Vienna e di Parigi e, allo stesso tempo, realizzare un centro amministrativo in un luogo sicuro, lontano dalle eruzioni del Vesuvio e dagli attacchi dei corsari, Carlo di Borbone volle, per il Regno delle Due Sicilie, la Reggia di Caserta.

I lavori di costruzione furono ultimati negli anni Sessanta del '700, quando Re Carlo aveva già lasciato Napoli per assurgere al trono di Spagna. Il successore, Re Ferdinando IV, con la Regina Maria Carolina d'Austria, sorella di Maria Antonietta di Francia, presero l'abitudine di soggiornare sempre più spesso a Caserta, i cui dintorni erano ideali per la pratica della caccia, attività che il giovane Re adorava.



Ben presto, però, tale residenza si rivelò poco valida per il bisogno di riflessione e meditazione del Sovrano. Lo stesso Re, nel volume *'Origine della popolazione di San Leucio'*, stampato nel 1789, scrisse: *'Nella magnifica abitazione di Caserta, cominciata dal mio augusto padre, io non trovavo il silenzio e la solitudine atta alla meditazione ed al riposo dello spirito, ma un'altra città in mezzo alle campagne, con le stesse idee di lusso e di magnificenza della capitale; così, cercando un luogo più appartato che fosse quasi romitorio, trovai adatto il colle di San Leucio'*.



Dal colle di San Leucio si godeva una vista stupenda; c'era l'antica Chiesetta e una piccola casina di caccia. Il Re e la Regina, nel 1773, scelsero questa oasi come loro luogo di ritiro. Sul Belvedere Ferdinando fece realizzare una residenza di caccia, più tardi denominata Vaccheria, destinata al

riposo durante le battute, e vi insediò alcune famiglie affinché vi provvedessero.

Nel 1778 un evento tragico travolse l'intera Corte e segnò in modo indelebile la vita dei Sovrani. Proprio nella residenza di San Leucio, all'età di soli tre anni, morì di vaiolo il loro primogenito, Principe ereditario, Carlo Tito.

Ferdinando e Carolina non vollero abitare più a San Leucio.

Il Re decise allora di utilizzare in maniera differente la struttura che aveva realizzato, trasformandola allo scopo di offrire vantaggi ai sudditi. Come scrisse Harold Acton ne *'I Borbone a Napoli'*: *'... avendo scelto San Leucio per meditare e riposare, il Re desiderava dare ai suoi abitanti che, grazie all'aria pura e ad una esistenza tranquilla erano stati molto prolifici, una scuola per l'educazione dei bambini ed una fabbrica di seta, perché si guadagnassero la vita, in modo da poter essere utili allo Stato, alle loro famiglie ed a loro stessi.'*



Vicino alla Vaccheria sorgeva l'antico Casino Baronale degli Acquaviva. L'idea di Ferdinando fu geniale: diede l'incarico all'architetto Francesco Collecini, allievo del Vanvitelli, di assemblare il Belvedere Reale ed il Casino Baronale, ampliare l'intero complesso e trasformare il tutto in una



fabbrica, una regia-filanda, per poi costruire tutto intorno un grande sito di filande tessili, una vera e propria città-industria, da popolare di operai, dando anche leggi, regolamenti di lavoro e norme di vita.

L'antico Casino Baronale divenne il corpo centrale avanzato di un grande edificio a pianta rettangolare con cortile interno, dove furono sistemate le abitazioni dell'amministratore dell'azienda e del parroco, le abitazioni per le maestranze e per i direttori delle macchine, la scuola normale, le officine per filare e torcere la seta, le stanze per la filatura e la tintura della seta.

Al piano superiore si trovava l'abitazione reale, direttamente in contatto, tramite un corridoio, con la stanza dei telai. Vi erano poi anche le stanze adibite a sala da ballo e sala da pranzo; particolare era il bagno della Regina, pensato con le caratteristiche di un antico ambiente termale con una grande vasca *calidarium* di forma ovale in pietra di Mondragone, incassata nel pavimento, e rifornita di acqua calda da una stufa posta nel vano sottostante e le cui pareti furono affrescate da Philip Hackert.

Nell'edificio così ripristinato ed ampliato, il macchinista fiorentino Paolo Scotti curò l'installazione della manifattura, le cui macchine

erano animate da un rotone piantato in un sotterraneo del fabbricato e spinto da un ramo dell'acqua del Condotto Carolino. Tra il 1783 ed il 1787 nel Casino Reale furono sistemati, sotto la guida di esperti stranieri, la Filanda, i Filatoi e i Telai; nel decennio successivo si impiantò la Coccolliera, per la custodia dei bozzoli dei bachi da seta allevati nel Nolano e nel Sannio, e si iniziò la costruzione di una grande Filanda ad oriente del Casino reale, completata, poi, nel decennio francese (1805-1814). All'interno del primo cortile, per iniziativa di Antonio Sancio, amministratore della Real Colonia, fu collocata la statua di Re Ferdinando ancora in vita, con un'iscrizione di Monsignor Vincenzo Lupoli, Vescovo di Telesse.

Nel 1789 esistevano circa 70 telai per calze e 30 per stoffe; ben presto il numero dei telai aumentò; quelli per le calze ammontarono presto a 100 e quelli per le stoffe a 80.

Appena ultimati i lavori del Belvedere, nel 1786 iniziò la costruzione dei quartieri per gli operai, opera affidata sempre a Francesco Collecini; case a schiera, ai lati della porta monumentale, per ospitare 37 unità familiari, 20 nel quartiere San Carlo e 17 nel quartiere San Ferdinando. Lungo i casamenti furono realizzati passaggi pubblici per consentire l'accesso ai giardini ed alla zona denominata Bagno Cavallo, in cui, ancora oggi, si possono vedere i lavatoi e gli abbeveratoi per i



cavalli.

Graziose note decorative sono le fontane, opera del Solari, che furono addossate ai cantoni presso via Vaccheria e via Giardini Reali, ciascuna formata da un bacino in forma di terrina e da una conchiglia in cui vi è una testa muliebre che versa acqua dalla bocca; nelle nicchie sovrastanti spiccano le statue di San Carlo e San Ferdinando. Salendo da via Planelli troviamo il grande Portale di Ingresso; questa porta, con lo stemma dei Borbone, fu eseguita, per i leoni, da Angelo Brunelli, mentre per le armi e le cornucopie da Nicola Morosini.

Prima di raggiungere il portale si erge il quartiere Trattoria, un progetto che non fu mai completato; l'idea era di realizzare uno spazio rettangolare per uso della Real Cavalleria onde potervi riporre cavalli e carrozze. Una parte fu utilizzata per le bettole; altre parti ospitarono le stalle ed anche un macello. Nel 1797 fu impiantata una fabbrica di maccheroni accanto al forno, alla macelleria e all'albergo del Giglio.

La Colonia di San Leucio era nata nel 1776, con la sistemazione delle prime 17 famiglie ma la comunità crebbe in breve tempo, dando vita ad un nucleo di 214 abitanti.

Il Re decise di partire da loro per incrementare la popolazione e, allorché la popolazione crebbe, fondò una colonia denominata **Ferdinandopoli**, una struttura urbanistica organica dotata di autonomia economica.

I pilastri operativi della Costituzione di San Leucio-Ferdinandopoli furono ispirati ai principi di uguaglianza, solidarietà, assistenza, previdenza sociale e diritti umani:

- l'educazione era considerata l'origine della pubblica tranquillità;
- la buona fede era la prima delle virtù sociali;
- il merito era la sola distinzione tra gli individui.

Era vietato il lusso. Gli abitanti dovevano ispirarsi all'assoluta eguaglianza, senza distinzioni di condizioni e di grado; l'abbigliamento era spartano, pratico e uguale per tutti.

San Leucio divenne, in breve, lo scenario di un'incredibile rivoluzione sociale e economica, uno dei pilastri del benessere del Regno.

In un suo libro, Ferdinando IV espose la preoccupazione per l'educazione dei figli degli operai, per il mantenimento delle famiglie e per la tranquillità del lavoro di tutti, al fine che ogni uomo e ogni donna vivesse del proprio lavoro con dignità, senza cadere nell'ozio, padre di ogni vizio.

A tale scopo, Ferdinando dettò le regole per la vita e per il lavoro comunitario, che resero famoso nel mondo il sito di San Leucio come uno dei primi tentativi di socialismo agrario di stampo illuminista ed anche un po' utopista, anche se lo spirito che mosse Ferdinando era un sano paternalismo regale. Scrisse il Re: '... Questa norma e queste leggi da osservarsi dagli abitanti di San Leucio, che da ora innanzi debbono considerarsi come una sola famiglia, sono quelle che io qui propongo e distendo, più in forma di istruzione di un Padre ai suoi figli che come comandi di un legislatore ai suoi sudditi'.

Il Re stilò personalmente lo Statuto, basato sul principio dell'eguaglianza dei cittadini e sui fondamenti tipici di una società cattolico-patriarcale, che anticipava gli stessi concetti della Comune di Parigi del 1870.

Il **Codice Leuciano**, codice politico e sociale, era ispirato alla fede dell'arte e della tecnica manifatturiera. Le disposizioni erano molte e riguardavano anche aspetti della vita privata, ma devono considerarsi una dichiarazione fondamentale di principi immutabili, anche se suscettibili di ulteriori cambiamenti pratici:

- **Uguaglianza:** nessuno doveva distinguersi dagli altri se non per esemplarità di costume ed eccellenza di mestiere. Tutti dovevano vestire in maniera simile, senza alcun segno di distinzione; gli unici mezzi per acquistare merito erano l'abilità nel lavoro e la virtù nel commercio. La pulizia era imposta come condizione necessaria alla salute.



- **L'appellativo Don,** ritenuto servile, era riservato ai preti, e soltanto in segno di rispetto.

- **Residenza:** 'Lo scopo di questa società è che tutti rimangano nel luogo': severe erano le leggi per chi voleva sposarsi fuori, che comunque doveva abbandonare per sempre la colonia; per gli uomini che sposavano donne esterne ma intenzionate a venire a vivere a San Leucio, la regola era che queste dovevano prima imparare il mestiere.

- **Matrimoni:** età non inferiore a 20 anni per gli uomini e 16 anni per le donne; 'nella scelta non dovevano operare i genitori ma essere una libera volontà dei giovani'. Ogni matrimonio doveva essere preceduto da un fidanzamento con scambio di fiori, in occasione della Pentecoste, nella Chiesa della Colonia. La dote era proibita; ad essa provvedeva il Sovrano, regalando ad ogni coppia una casetta e due telai.

- **L'istruzione** era obbligatoria per tutti, *'per diventar*

uomo dabbene e ottimo cittadino'.

- I **funerali** dovevano essere semplici; il lutto era bandito, eccetto i bracciali neri per gli uomini e le scarpe nere per le donne, per due mesi al massimo.

- **Ereditarietà:** i testamenti furono aboliti; l'unica successione era quella fra padre e figli, con parti uguali tra di loro, e usufrutto alla vedova. In mancanza di eredi i beni del defunto andavano al Monte degli Orfani.

- **Lavoro:** la giornata lavorativa era di 11 ore; negli stessi anni, in Inghilterra, gli operai, che non vivevano nelle amenità di San Leucio, non avevano alcuna garanzia e le giornate lavorative giungevano a 16 ore, anche per i fanciulli, e non vi era parità di salario fra uomini e donne.

- **Retribuzione:** era data in base alla perizia del singolo fino al massimo che *'si gode dai migliori artisti nazionali e forestieri'*.

- **Il Governo** della Colonia era affidato a 5 individui scelti fra i più savi, giusti e prudenti, eletti democraticamente da parte dei capifamiglia.

- **Provvedimenti sociali:** furono istituite la Casa degli infermi e la Cassa della Carità, sovvenzionata con una tassa sul reddito di ciascuno e da libere offerte, che provvedeva ai bisogni degli sventurati fino alle esequie funerarie e ai suffragi religiosi. Attenta era la lotta agli evasori, additati prima al pubblico disprezzo, e, se recidivi, privati di ogni forma di assistenza.

- **Giustizia:** vi era un esercizio interno con sanzioni che consistevano in ammende per i reati minori ed arrivavano all'espulsione nei casi gravi e per i reati contro la morale; in caso di reati penali comuni era prevista la consegna alla giustizia statale.

Per rendere autonoma la colonia fu necessario incrementare anche le **attività agricole**.

Fin dal 1773, sulla collina di San Leucio, il Re aveva programmato attività agricole che furono potenziate in una fase successiva. Famosa la *Vigna del Ventaglio*: sfruttando il terreno declive, fu realizzato un impianto a semicerchio, diviso in 10 raggi, con una forma somigliante ad un ventaglio.

Ogni raggio conteneva mille viti di diverse specie: il Lipari rosso, il Delfino bianco, il Procopio, il Piedimonte rosso, il Piedimonte bianco, il Lipari bianco, il Siracusa bianco, il Terranova rosso, il Corigliano rosso, il Siracusa rosso.

Nella *Vigna della Torretta* venivano coltivati la Lagrima Rossa, l'Aliatico rosso e l'Aglianica, mentre nella *Vigna del Pomarello* si coltivavano uve bianche vernotiche. Altri vigneti erano quello dell'Arcone e dello Zibibbo. Sul *Monte detto Sommacco*, per iniziativa del barone Innocenzo Zappini, fu introdotta la pianta del sommacco, utile alla concia delle pelli, e quella del pistacchio.

A San Leucio erano presenti tante altre coltivazioni che rendevano l'area quasi autosufficiente: olivi, agrumi, gelsi, riso, cotone, granturco, nonché spazi per l'allevamento di bovini ed ovini ed anche una fabbrica di maccheroni. Le estese aree boschive con querce, aceri, carpini bianchi e neri, erano ricche di selvaggina e facevano da cornice alle aree coltivate con castagni, corbezzoli, olivi ed alberi da frutto.

Nel territorio di San Leucio, dunque, convivevano, senza contrasti, le esigenze venatorie con quelle agricole; non era un luogo di ozio ma un'azienda agricola e manifatturiera moderna.

Nel 1794 fu affidata al Collecini la costruzione dell'**Ospedale** con una sezione, fuori dal recinto, per le malattie infettive.

Nel 1797 ebbe inizio la costruzione del **Casino Reale** di San Silvestro. Circondato da vigneti e giardini, il Casino comprendeva ambienti destinati alla cantina ed alla vinificazione, stalle, pollai ed ambienti destinati alla produzione di latticini. La struttura ha subito nel corso del tempo diverse trasformazioni ed oggi ospita il Centro di Educazione Ambientale, un piccolo museo WWF ed il Centro Recupero *Animali Selvatici*.

Nel 1801 iniziò la costruzione della **Chiesa** della Vaccheria, inaugurata nel 1805 con la



rappresentazione della Nina del Paisiello.

Continuarono, nei primi dell'800, gli ampliamenti della fabbrica del Belvedere e fu realizzato un elegante **Parco delle Delizie**, luogo di riposo e meditazione dei sovrani.

A partire dal '22, nella Filanda, fino ad allora attivata a braccia, si cominciò ad utilizzare l'acqua come forza motrice; il successivo progetto di trasformazione dall'energia idraulica a quella meccanica fu opera di Giovanni Patturelli. Nello stesso periodo fu introdotto il *Telaio Jacquard*, grazie al cavalier Sancio e al francese Chabaud che istruì il vecchio leuciano Ferdinando Ruocco.

La fabbrica, in brevissimo tempo, s'ingrandì e produsse una gamma ricchissima di stoffe per

abbigliamento ed arredamento di grande pregio, ma non ebbe mai uno sviluppo di tipo capitalistico, in quanto il lucro non era il suo fine. Era un'industria di Stato, al servizio della collettività, e quindi molto diversa da quelle dei nostri tempi.

Con l'Unità d'Italia, San Leucio vide la fine del suo modello socio-economico autonomo: l'utopia di una città ideale, basata sul *Codice Leuciano*, fu superata e lo statuto che garantiva l'uguaglianza tra operai divenne carta straccia.

Nel 1860 i beni dei Borboni divennero demaniali; il sito di San Leucio fu abbandonato a se stesso e si operò affinché ne fosse cancellata la memoria. Anche *‘i 780 gigli d'argento dorato, prodotti nella filanda di San Leucio, che facevano parte della fastosa decorazione della sala del Trono di Palazzo Reale a Napoli, furono rimossi dai funzionari di casa Savoia e bruciati il 14 settembre 1861; le 20 libbre d'argento ricavate furono poi vendute per un pugno di ducati’*.

Il setificio, che aveva rappresentato l'eccellenza produttiva del Regno delle Due Sicilie, venne ceduto ai privati; nel 1865 fu dato in gestione, per 24 anni, al signor Dumontet, che, nel settembre dello stesso anno, lo cedette a sua volta ai signori Tadiglieri, Pascal ed altri.

Nel 1866 i leuciani inviarono una petizione al Parlamento Nazionale chiedendo il riconoscimento di Comune Autonomo e rivendicando la proprietà dei fondi della Cassa di Carità e della Fabbrica.

Nel maggio del 1866 la Colonia fu riconosciuta, con decreto reale, come comune, ereditando le proprietà borboniche. Da allora l'opificio di San Leucio conobbe diverse gestioni fino al 1910, quando l'ultima società assegnataria fallì.

Rimasta inattiva fino al 1920, la fabbrica fu riaperta dalla famiglia De Negri, che aveva stipulato un contratto di affitto valido fino al 1936 ma che si protrasse in realtà fino agli anni '70, quando i De Negri trasferirono la loro attività in un opificio nuovo.

Nonostante la fine del progetto originario, la tradizione della lavorazione della seta a San Lucio è sopravvissuta.

Dagli anni '80 del '900 si è avviato un processo di recupero del borgo e del suo complesso industriale, culminato con il riconoscimento a **Patrimonio dell'Umanità Unesco**, e oggi è un Sito che combina storia e attività produttive: ospita il Museo della Seta, che illustra i processi di lavorazione della seta con macchinari d'epoca ed include un percorso di archeologia industriale, dove si possono ammirare strumenti e telai funzionanti risalenti al Settecento e Ottocento, e le manifatture seriche che continuano a produrre tessuti pregiati, di alta qualità, abbigliamento e oggettistica per clienti come Buckingham Palace, la Casa Bianca e il Quirinale.



Tra ordito e trama: i ricordi di un artigiano della seta

Intervista di Ilaria Stellato

Il borgo di San Leucio custodisce una delle più antiche e prestigiose tradizioni artigianali d'Italia: quella della seta. Introdotta nel '700 per volontà di Ferdinando IV di Borbone, la manifattura serica leuciana è diventata un simbolo di eccellenza, arte e dignità del lavoro.

Mentre il settore affronta nuove sfide, la voce dei Maestri Tessitori del passato conserva il valore della memoria e trasmette l'amore per un mestiere che unisce tecnica e poesia.

Incontriamo Mario Giaquinto, tessitore serico in pensione, che ha dedicato la sua vita a quest'arte, ed ascoltare dalla sua voce la sua storia, tra ricordi, difficoltà e speranze per il futuro.

Ilaria: *Signor Mario, lei ha dedicato tutta la sua vita alla seta di San Leucio. Come è nata questa scelta?*

Mario: È nata quasi per caso, ma poi è diventata una vera passione. Da ragazzo, sentivo spesso parlare della 'seta di San Leucio', un nome che richiamava qualcosa di magico, di nobile. Appena finita la scuola, cominciai a lavorare in uno dei setifici locali; mi affascinava vedere come da un filo sottile potesse nascere un tessuto che sembrava vivo.

Ilaria: *Cosa significava, per lei, essere un tessitore serico a San Leucio?*

Mario: Era un vanto. Non si trattava solo di un mestiere, ma di portare avanti una tradizione che risale a più di due secoli fa. Ogni disegno, ogni telaio,

ogni filo racconta una storia di bellezza; quando lavoravo davanti al telaio, sentivo di far parte di qualcosa di grande, di una comunità che aveva nel cuore l'arte e la dignità del lavoro manuale.

Ilaria: *Quali sono state le difficoltà più grandi che ha incontrato nel corso della sua carriera?*

Mario: Le difficoltà sono arrivate con il tempo, soprattutto dagli anni Ottanta in poi. Il mercato è cambiato, le grandi industrie hanno cominciato a preferire tessuti sintetici e produzioni di massa, realizzate in tempi contenuti. Al contrario, la seta richiede tempo e precisione; non si può fare in fretta. Molte aziende del territorio hanno chiuso, altre si sono ridimensionate. È stato doloroso accettare che la nostra arte venisse considerata "non più conveniente".



Ilaria: *Nonostante questo, lei parla ancora con grande passione del suo mestiere. Cosa la teneva legato al telaio?*

Mario: La bellezza del gesto. Il suono ritmico del telaio è una musica che ti entra dentro. Ogni tessuto era diverso: bastava cambiare il disegno, la tensione del filo, il colore, e nasceva qualcosa di unico. Era un lavoro duro, sì, ma anche poetico. E poi c'era la consapevolezza di custodire un sapere antico, una tradizione.

Ilaria: *E oggi, secondo lei, quale futuro ha la seta di San Leucio?*

Mario: Io credo che un futuro ci sia, ma deve passare attraverso la qualità e la valorizzazione della nostra storia. Oggi si parla tanto di artigianato, di 'made in Italy'. La seta leuciana rappresenta già tutto questo; bisogna solo crederci, investire nei giovani, formarli, insegnare loro che dietro ogni filo c'è cultura e identità. Se sapremo unire tradizione e innovazione, la seta di San Leucio potrà tornare a splendere come un tempo.

Ilaria: *Se potesse parlare a un giovane che vuole intraprendere questo mestiere, cosa gli direbbe?*

Mario: Gli direi di non scoraggiarsi; è un lavoro che richiede pazienza, precisione e amore per il bello. Non arricchisce subito, ma regala una ricchezza più profonda: quella di saper creare qualcosa con le proprie mani, di dare forma a un sogno di luce e di colore.

Ilaria: *Grazie, signor Mario, per aver condiviso con noi la sua storia.*

Mario Giaquinto: Grazie a lei. Finché ci sarà qualcuno disposto ad ascoltarla, la seta di San Leucio resisterà nel tempo.



Le tue donazioni cambiano vite

Mettiamo il cuore nella **cura** che offriamo

Ogni contributo, anche piccolo, ci permetterà di **regalare momenti speciali** ai nostri ospiti, garantire trasporti gratuiti in ambulanza e **continuare a valorizzare ogni vita**, ogni giorno.



SOSTIENICI E DIVENTA

anche tu un Custode di
Fondazione Clotilde

IBAN: IT11 KO30 6909 6061 0000 0170 225





Hai un familiare in Fondazione Clotilde?

Non dimenticare di scaricare l'app FuturaCare, disponibile per IOS e Android.

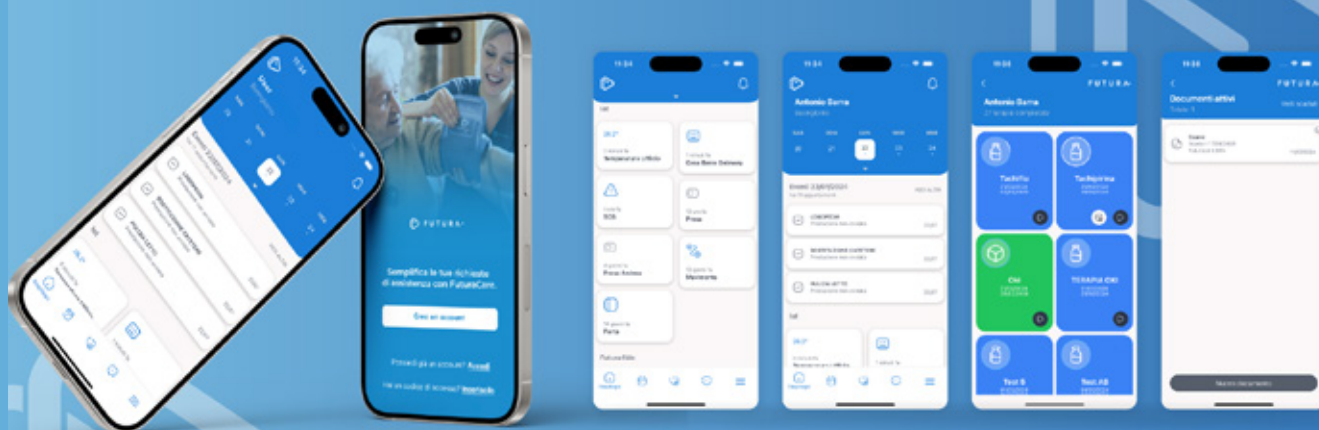
Con l'app FuturaCare puoi comunicare con il personale medico di Fondazione, monitorare lo stato di salute dei tuoi cari e ricevere aggiornamenti direttamente dalla struttura.



per Android



per IOS



That's Amore

di: Jack Brooks e Harry Warren

Esecutori: Dean Martin e Lou Monte

(IN NAPOLI, WHERE LOVE IS KING,
WHEN BOY MEETS GIRL
HERE'S WHAT THEY SAY.)

WHEN THE MOON HITS YOUR EYE
LIKE A BIG-A PIZZA PIE
THAT'S AMORE!

WHEN THE WORLD SEEMS TO
SHINE
LIKE YOU'VE HAD TOO MUCH WINE
THAT'S AMORE!

BELLS'LL RING
TING-A-LING-A-LING, TING-A-LING-
A-LING
AND YOU'LL SING "VITA BELLA"

HEARTS'LL PLAY
TIPPI-TIPPI-TAY, TIPPI-TIPPI-TAY
LIKE A GAY TARANTELLA

WHEN THE STARS MAKE YOU
DROOL
JUST-A LIKE PASTA FAZOO!
THAT'S AMORE!

WHEN YOU DANCE DOWN THE
STREET
WITH A CLOUD AT YOUR FEET,
YOU'RE IN LOVE!

WHEN YOU WALK IN A DREAM
BUT YOU KNOW YOU'RE NOT
DREAMIN'.

SCUSAMI, BUT YOU SEE
BACK IN OLD NAPOLI, THAT'S
AMORE!

(A NAPOLI, DOVE REGNA L'AMORE,
QUANDO UN RAGAZZO INCONTRA UNA
RAGAZZA, ECCO COSA DICONO)

QUANDO LA LUNA TI COLPISCE GLI
OCCHI
COME UNA GROSSA PIZZA
QUESTO È AMORE!

QUANDO IL MONDO SEMBRA BRILLARE
COME SE AVESSI BEVUTO TROPPO VINO,
QUESTO È AMORE!

I CAMPANELLI SUONERANNO
TING-A-LING-A-LING, TING-A-LING-A-
LING
E TU CANTERAI "VITA BELLA"

IL CUORE BATTERÀ
TIPPI-TIPPI-TAY, TIPPI-TIPPI-TAY
COME UN'ALLEGRA TARANTELLA

QUANDO LE STELLE TI FANNO VENIR
FAME PROPRIO COME LA PASTA E
FAGIOLI
QUESTO È AMORE!

QUANDO BALLI LUNGO LA VIA
CON UNA NUVOLELLA AI TUOI PIEDI,
SEI INNAMORATO!

QUANDO CAMMINI IN UN SOGNO
MA SAI CHE NON STAI SOGNANDO.

SCUSAMI MA CAPISCI,
IA NAPOLI, QUESTO È AMORE!