

I QUADERNI DEL CENTRO CORNAGLIA

Invecchiare in campagna e in collina

L'invecchiamento nelle aree rurali,
ambiente, vita, socialità, assistenza e cure,
l'esempio del territorio dell'Asl CN2
Alba-Bra-Langhe e Roero

Editor:
Dario Bracco - Gian Mario Ricciardi

LA STAGIONE DEI GRANDI ADULTI

*A tutti coloro che operano in
ambito socio sanitario ed
assistenziale nel territorio
dell'Asl CN2 Alba-Bra*

© Tutti i diritti riservati
Gennaio 2020

Le immagini contenute nel libro appartengono ai rispettivi autori
anche se ricavate da Internet o da altre fonti senza indicarle specificatamente.

NON IN VENDITA

*Il libro non è in vendita, ma è distribuito gratuitamente in occasione di convegni e
altri incontri ed è scaricabile gratuitamente dal sito www.centrocornaglia.org*

I QUADERNI DEL CENTRO CORNAGLIA

La stagione dei Grandi Adulti

INVECCHIARE IN CAMPAGNA E IN COLLINA

L'INVECCHIAMENTO NELLE AREE RURALI,
AMBIENTE, VITA, SOCIALITÀ, ASSISTENZA
E CURE L'ESEMPIO DEL TERRITORIO
DELL'ASL CN2 ALBA-BRA-LANGHE E ROERO

Contributi ed interviste ad esperti e leader del territorio

Editor

Dario Bracco - Gian Mario Ricciardi

Autori

Dario Bracco - Mons. Marco Brunetti - Silvia Bracco
Carlin Petrini - Gian Mario Ricciardi - Massimo Veglio

Interviste condotte da Gian Mario Ricciardi, Adriana Riccomagno e Andrea Cagliaris a:

Don Carmine Arice - Giovanni Asteggiano - Luciano Bertolusso
Ettore Bologna - don Domenico Bertorello - Marco Bertoluzzo
Roberto Cerrato - Felice Cerruti - Ernesto Cornaglia
Patrizia Corradini - Marco Didier - Gianni Firera
Giandomenco Genta - Elio Laudani - Guido Lazzarini
don Paolo Marengo - Franca Marinaro - don Mario Merotta
Baldassarre Molino - Cesare Nosiglia - Giacomo Oddero
don Valerio Pennasso - Marco Perosino - suor Nadia Pierani
Piero Prandi - Giovanni Quaglia - Luciano Scalise
Camillo Scimone - Paolo Spolaore - Mario Traina

QUADERNO N. 10

Questa pubblicazione è stata realizzata con il sostegno

della  Fondazione
CRT

Si ringrazia:

ASA - American Society on Aging

Asl CN2

Regione Piemonte - Assessorato alla Sanità

ISG - International Society of Gerontechnology

ICAA - International Council on Active Aging

Leading Age - Washington DC

La Comunicazione di Bra

Questo studio è stato realizzato in collaborazione con la



**Pastorale dell'anziano e della salute
della diocesi di Alba**



e con l'**AMCI**
(Associazione Medici Cattolici Italiani)
Alba-Bra

Presentazione

Dario Bracco Presidente del Ce.R.R.Co.

Un nuovo studio, esempi e testimonianze

*“L’età dell’uomo, vista dal di
dentro equivale ad una eterna giovinezza”*
(Hugo von Hofmannsthal)

Questo nuovo studio intende portare un esempio reale ed attuale a completamento di quelli sull’invecchiamento della popolazione condotti dal Ce.R.R.Co. Iniziati dalla descrizione della generazione dei *Baby Boomers*, sono proseguiti fino alle analisi dei rapporti intergenerazionali, la *governance* socio sanitaria del longevo e le modifiche degli standard di sopravvivenza, cura e stili di vita che hanno contraddistinto gli anziani “moderni”, più colti, emancipati, veri protagonisti sociali.

Il Ce.R.R.Co. aveva già affrontato l’argomento del “Grande Vecchio” nel 1996, termine coniato dal dottor Franco Cravero, insigne geriatra, primario dell’Ospedale di Alba, specializzato alla scuola del prof. Francesco Antonini. Cravero in quell’anno coordinò una ricerca condotta con il Politecnico di Torino, il Cresa, l’Asl 18 Alba Bra ed il Ce.R.R.Co. che curò la stampa e la diffusione degli atti: *L’Anziano disabile e la residenza sanitaria assistenziale a valenza geriatrica* (vedi foto a pag. 8).

Fu il primo “Quaderno” della collana “La stagione dei Grandi Adulti”.





Sul tema si tennero alcuni convegni che evidenziarono il cambiamento delle condizioni degli anziani e la necessità di prestare loro assistenza geriatrica qualificata, in strutture idonee sia alla residenzialità che alle cure; la *Comprehensive Care* divenuto poi, anni dopo, il tema di altri studio pubblicati dal Ce.R.R.Co. (“Dalla cura al prendersi cura” e sulle strutture “ponte” tra ospedale e domicilio).

Così di studio in studio la Collana è arrivata al n° 10 che presentiamo oggi.

Tutti i “Quaderni del Centro Cornaglia” sono sempre stati distribuiti gratuitamente in convegni, seminari ed altre occasioni d’incontro.

Sono presenti e scaricabili gratuitamente sul sito www.centrocornaglia.org

Il costante riferimento, nei lavori precedenti, al territorio Albese e Roerino ha suggerito di dedicare uno studio specifico sull’invecchiamento in campagna e collina, peculiarità orografica del territorio dell’Asl CN2. L’Italia è ricca di circa ventimila borghi, la maggior parte dei quali, abbastanza vicini a medie o grandi città. La vita in queste comunità è migliore di quella in città grazie a vari fattori, quali il clima e l’ambiente, la socialità, l’efficienza dei servizi ecc.

L’anziano moderno tende a scegliere per vari motivi questa realtà. Oggi molte di queste aree rurali hanno una loro centralità ambientale per chi ama la natura, non sono periferie di città, ma Comunità con tradizioni ben radicate nel territorio, testimoni di un tempo e di cultura che sono storia e che non devono perdersi.

Per evidenziare i principali aspetti sociologici della vita nelle aree rurali riferiamo di studi internazionali sui rapporti intergenerazionali già evidenti e di quelli prevedibili in un prossimo futuro. Anche alla lu-

ce di questi studi e realtà, invecchiare in campagna e collina appare salutare (ambiente più pulito, gradevole e controllato), conveniente (costi inferiori alle città) con maggior libertà e sicurezza di movimento e facilità di socializzazione.

Recenti studi condotti dalle università americane di New York, Chicago e Washington hanno consentito di dimostrare la maggior longevità degli abitanti a seconda del territorio dove abitano. Come strumento di identificazione è stato utilizzato il CAP, che individua esattamente città, sobborghi e paesi.

La New York University School of Medicine con questo metodo ha stabilito che gli abitanti di 56 tra le 500 maggiori città degli USA hanno aspettative di vita di vent'anni inferiori a quelli che abitano in ambienti più "puliti"¹.

Da sempre si parla dell'inquinamento che sta distruggendo il nostro pianeta. Il primo ad evidenziare il problema fu Svante Arrhenius, chimico svedese che indicò come causa dell'aumento della temperatura il maggior uso di combustibili fossili dovuto alla crescente produzione industriale. Era la fine dell'ottocento e Arrhenius credeva che ciò fosse positivo per i Paesi nordici perché avendo più calore potevano aumentare la produzione agricola. Le conseguenze si sono dimostrate tutt'altro che vantaggiose e l'"effetto serra" è divenuto il nemico del mondo. Naturalmente i provvedimenti sino ad ora adottati risentono degli interessi di quelle Nazioni che continuano estrazioni e utilizzo dei prodotti nocivi all'ambiente curandosi poco del benessere degli abitanti e della natura. Ma da quando il Papa Francesco ha scritto l'enciclica "*Laudato si*" il mondo ha reagito più consapevolmente e chi più, chi meno si è acculturato in materia. L'effetto dell'Enciclica ha superato persino quelli delle conferenze sull'ambiente di Kyoto e di Parigi! Il territorio dell'Asl CN2 Alba-Bra è un territorio molto qualificato, ritenuto ideale per gli anziani ed il loro invecchiamento attivo, sano e sereno. La ricchezza di questa parte dell'Italia è ancora ben distribuita, i rapporti sociali non sono sofisticati né alterati da elementi esterni; l'economia è tra le migliori d'Italia e d'Europa e la sensibilità delle istituzioni è molto buona e ben percepita.

¹ Jamie Ducharme and Elijah Wolfson - Time July 8, 2019.



Tutte queste caratteristiche consentono di definire la zona Langhe e Roero un modello di habitat dove vivere una lunga, sana e serena vecchiaia, modello cui si riferisce questo studio.

Presentazione

Gian Mario Ricciardi, giornalista ed editor

Tracce di un paesaggio

Sulla destra del Tanaro, le Langhe, sulla sinistra, il Roero. Due nomi, due angoli, strade che si somigliano, colline dolci insieme ma diverse, storie che si dividono, tartufi, nocciole, castagne e vino, tanto vino: terre uguali ma simili e, soprattutto, con lo stesso destino.

Non c'è un perché del nome: "Langa". Ci sono

soltanto le colline: morbide e belle che da Alba salgono verso il mare alzandosi ed abbassandosi, aprendosi in anfiteatri naturali, stringendosi in passaggi stretti. Nella parte bassa i colli più rotondi, quelli più segnati dal lavoro dell'uomo che li ha coperti di filari per barbera, dolcetto barbaresco, nebbiolo e barolo. C'è anche qui il lavoro e la storia. Non ci sono castelli, soltanto grappoli di case, frazioni cariche di quella storia che Cesare Pavese e Beppe Fenoglio con Giovanni Arpino hanno trasformato in letteratura. Case, dunque, con dentro tante storie di sudore e di fatica, di miseria e di gloria. Stanno lì a testimoniare una Langa che non c'è più, quella della "malora". Ora ci sono centinaia di aziende agricole che producono il vino e lo esportano in mezzo mondo, che lavorano per tutto ciò che significa enologia, che hanno inventato



un sistema, quello della Langa: un sistema che va dalla gastronomia con il suo svariato arcobaleno di sapori, alla piccola industria che la sostiene.

Ed ecco l'alta Langa, interamente in provincia di Cuneo, oltre c'è l'Appennino Ligure. Alta e Bassa Langa, dunque, cioè colline via via sempre più alte che variano dai 400 agli 800 metri con una media di 600. La "cima" più alta è Mombarcaro che raggiunge gli 896 metri.

Il Roero è una terra ritrovata. Il suo nome deriva da quello dei feudatari più forti che l'hanno posseduta. Si estende per 417 chilometri quadrati, comprende 24 comuni, 23 in provincia di Cuneo, 1 in provincia di Asti. Le colline sono più dolci di quelle della Langa, ma più improvvisi i pendii, più piccole e affascinanti le radure, più ricco di antiche testimonianze il paesaggio con i suoi boschi, i suoi piccoli ruscelli. Su tutto dominano le "rocche", piccole fenditure formatesi nel terreno nell'epoca glaciale, dei tagli profondi provocati, allora dal Tanaro che correva verso la sua pianura. Sulla loro formazione sono state fornite svariate spiegazioni, anche suggestive, ma non sempre scientifiche.



Le “rocche” sono, comunque, con l’ultimo grande bosco che i latini chiamavano “*Silva popularis*” o “*Nemus quod dicitur cellar*” il vero fascino unico ed inimitabile delle colline del Roero. Una terra che s’incontra, scendendo da Torino, subito dopo Carmagnola e che ci porta per mano da una parte verso Cisterna d’Asti, dall’altra verso Alba.

Langa e Roero, due “cartoline”, un bel regalo della storia. Un regalo che è ricco di castelli, di case nobiliari, di percorsi che hanno accolto nei secoli imperatori e principi, re e papi.

Anche nel Roero, ieri solo agricoltura povera, la vigna ha preso il sopravvento ricoprendo con le sue geometrie colli e valli. Vino e gastronomia, ma non solo. Il Roero è terra da sempre di passaggio, crocevia di strade diverse, ecco allora gli artigiani e i commercianti, pilastri dell’economia, ieri, forte componente anche ora nella formazione del nuovo volto del Roero.

Langa e Roero: tartufi e vino, storia e povertà, ieri e futuro che si saldano nel tentativo che sta riuscendo a mettere insieme la sinistra e la destra del Tanaro per costruire un’immagine che per la sua originalità è in grado di competere con qualsiasi altra terra d’Europa.

Uno sguardo tra geologia e paesaggio

La Langa come il Roero ha un paesaggio dove forte è stata ed è la presenza dell’uomo.



Colline di qua, colline di là. In Langa si trova prevalentemente terreno argilloso ricco di calcare, soprattutto nelle parti più elevate delle colline. Le aree più in basso sono invece fatte da un impasto di terreni marnosi alternati a strati di sabbie gialle e di arenarie. Il terreno langarolo è piuttosto friabile. Lo testimoniano i numerosi calanchi che si incontrano e che sembrano mettere a nudo lo scheletro fragile di una terra che, forse, proprio per queste sue caratteristiche è più adatta di altre alla coltivazione della vite.

I terreni del Roero si sono formati per sedimentazione. Qui, nelle varie epoche glaciali, si è forgiato il paesaggio straordinariamente unico. Qui scorrevano le acque, qui è passato il mare. Tanto è vero che le tracce che ha lasciato sono parecchie, come una vegetazione in parte marittima e varie testimonianze del passaggio dell'acqua, come le "rocche" o reperti pietrificati che nella loro forma richiamano i pesci.

Ad ovest del Roero c'è un altopiano ondulato, ad est le colline. Al centro, quasi lungo una ideale linea dorsale, i boschi.

Nei secoli Langa e Roero mai hanno tentato di camminare insieme. Sempre in aperta o sommessata contrapposizione sono, quasi inconsapevolmente riuscite a costruire insieme una terra che, sia pure diversa per formazione geologica, sia pure differente per il paesaggio, ora ha gli stessi obiettivi.

Viste dall'alto, Langa e Roero, sembrano due terre sorelle che il Tanaro divide. Due terre che hanno conosciuto il mare nelle epoche glaciali e, soprattutto nel '900, hanno conosciuto invece la grande sete d'acqua. Vivono le loro colture di pioggia e neve e temono, come tutti, le grandinate. Di qui la scelta di lavorare le vigne che adesso sono nello stesso tempo paesaggio ed economia, decorazione e ricchezza.

E soltanto così Langa e Roero sono diventati "le valli dei vini, come in Sicilia la valle dei templi".

E il loro paesaggio ne riflette l'economia. Certo, poi verranno storia, fantasia e castelli, ma prima di tutto ci sono i vini (dal Barolo alla Barbera, dall'Arneis alla Favorita) e le tante ricchezze di un lembo d'Europa fino a ieri povero, ora orgogliosamente forte dei suoi prodotti.

Introduzione

Massimo Veglio - Direttore Generale della Asl CN2

Laureato in Medicina e Chirurgia, Specialista in Medicina Interna ed in Endocrinologia, ha svolto attività clinica a Ivrea e in diverse Aziende nel torinese, fino al ruolo di Direttore di Struttura Complessa di Endocrinologia nel 2005: in questo settore ha curato in particolare servizi territoriali di diabetologia ed endocrinologia. Dal 2005 Direttore Sanitario di Azienda Ospedaliera (San Luigi di Orbassano), poi AUSL Valle d'Aosta di cui è stato anche Direttore Generale. Dopo l'esperienza come Direttore Sanitario della Asl Città di Torino è stato nominato Direttore Generale della Asl CN2.

Per molti anni attivo nel sociale in quanto animatore AGESCI, nel territorio di Torino. Coordinatore di Gruppo di Acquisto Solidale, membro di comitato territoriale di Banca Popolare Etica.

Uno sguardo d'insieme



Alla fine dello scorso millennio le comunità di Langhe e Roero raggiunsero la convinzione che fosse necessario realizzare la costruzione di un nuovo ospedale “unico”

che andasse a sostituire i due presidi esistenti all'interno degli agglomerati urbani di Alba e Bra. I presidi ospedalieri di Alba e Bra sono stati iniziati più di 300 anni fa, nel tempo ampliati ed adattati alle nuove esigenze, ma erano ormai obsoleti, non rispettosi delle norme più recenti in termini di sicurezza, e di dimensioni troppo piccole per essere considerati sia attrattivi che sostenibili.

Fu deciso quindi di costruire un presidio ospedaliero che raccogliesse le attività esistenti nei due ospedali, e fu scelta una sede che fosse “baricentrica” rispetto ad Alba e Bra, fuori dai centri urbani. Mentre le comunità di Langhe e Roero hanno largamente condiviso la necessità del nuovo presidio unico, la scelta della sede è stata condizionata dall'alluvione del 1994 ed ha trascinato discussioni sino ai più recenti anni.

Come purtroppo spesso accade per le opere pubbliche in Italia, soprattutto per quelle a complessità e costo elevati, i tempi di progettazione preliminare, definitiva ed esecutiva, dell'assegnazione con procedura ad evidenza pubblica della concessione dei lavori più gestione successiva del presidio (forma di partenariato pubblico privato prescelta per la realizzazione) e dell'iter di costruzione successiva si sono protratti sino ai giorni attuali: è verosimile che nella prima parte del 2020 si possa infine avere a disposizione un ospedale funzionale e funzionante e trasferire i servizi ospedalieri.

Senza soffermarsi qui sulle valutazioni ampiamente percorse nel passato remoto e recente, rimane il fatto che non sono molte in Italia le esperienze di "chiusura" di due ospedali minori in accordo con le comunità locali e la confluenza in un ospedale a servizio delle due comunità. Questa peculiarità sostanziale, si affianca alla caratteristica della localizzazione del nuovo presidio al di fuori degli agglomerati urbani, argomento che lascia aperte possibilità e interrogativi circa i servizi sul territorio ed in risposta ai bisogni di salute che non necessitano di servizi ospedalieri.

Parallelamente alla storia "pubblica" sopra descritta, la comunità di Langhe e Roero ha espresso un'altra esperienza peculiare e straordinaria, costituita da cittadini che hanno dato origine ad una Fondazione (Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra) che ha saputo raccogliere importanti risorse da impiegare per affiancare l'amministrazione pubblica nella realizzazione di un presidio moderno e dotato di comfort e tecnologie al di sopra dell'usuale.

L'insieme degli elementi sopra-descritti, e segnatamente

- l'ospedale unico delle comunità Langhe e Roero,
- di dimensioni pari alla somma dei due pre-esistenti,
- condiviso e non osteggiato dalle comunità stesse (perlomeno in percentuali crescenti nel tempo e sicuramente predominanti, non dimenticando una minoranza di ostili, peraltro più che fisiologica in occasioni di cambiamento così epocale),
- tecnologicamente e strutturalmente all'avanguardia anche grazie all'intervento economico da parte delle comunità, per tramite dell'azione della Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra,

- Fondazione che agisce in stretta sinergia e non (come spesso accade) in modo divergente o in contrasto con l'amministrazione pubblica;

ha portato molto vicini alla realizzazione di un presidio ospedaliero che dovrebbe costituire un sostanziale punto di riferimento (o "hub" come usa dire) per tutto il sistema dei servizi socio-sanitari della zona, potenzialmente anche disponibile per aree più vaste. È però da sottolineare che il presidio ospedaliero localizzato al di fuori degli agglomerati urbani, ove risiede la maggior parte della popolazione, permetterà di riservare all'ospedale un ruolo tipico dello stesso, e quindi di "specializzarlo" negli episodi di cura tipici delle fasi che necessitano di un apporto ospedaliero.

Per converso, il territorio, ovvero quanto non è ospedale, verrà "liberato" dall'ingombrante e totalizzante presenza dell'ospedale e potrà, o meglio dovrà sviluppare le caratteristiche di servizio che gli sono proprie, a partire dal ruolo residuo degli ospedali San Lazzaro e Santo Spirito o delle strutture all'interno dei comuni di Alba e Bra che ne ri-leveranno le funzioni per quanto riguarda i servizi per i quali non è necessaria la presenza di strutture ospedaliere.

Mentre la sfida degli anni passati è stata quella di portare a termine la realizzazione dell'opera del nuovo ospedale unico, quella degli anni futuri sarà duplice

Da una parte l'Ospedale dovrà specializzarsi nel fornire servizi ospedalieri il più efficaci (risolvere i problemi), efficienti (a costo complessivo il più basso possibile, anche considerando il peso sulla famiglia) e "umanizzati" (qualità di vita intraospedaliera) possibile. Tale sfida è ancor più evidente se si tratta di persone anziane, o fragili in generale, che in ospedale vanno poco volentieri e possono anzi sviluppare complicanze o peggiorare altre condizioni non correlate a quelle che hanno determinato il ricovero.

Dall'altra il Territorio dovrà sviluppare tutti i servizi e le risposte ai bisogni di salute che non necessitano di un supporto ospedaliero (sia in termini di tecnologia che di accompagnamento di competenze) in modo da evitare il più possibile il ricorso al presidio ospedaliero. In questo settore la realizzazione di servizi ambulatoriali e residenziali per le persone anziane e/o fragili sarà determinante per garantire il fatto che persone con difficoltà di spostamenti trovino risposta alle proprie esi-

genze il più vicino possibile alla propria residenza. In sintesi, nel territorio di competenza della Asl Cuneo 2 si realizzerà negli anni prossimi una singolare situazione nella quale le persone anziane potranno non solo trovare un ambiente di vita ideale, migliore di quello caratteristico delle aree metropolitane. Avranno anche piccoli centri urbani nei quali si cercherà di realizzare un ambiente non isolato e con grandi possibilità di socializzazione, in cui sia possibile mantenere le competenze e le abilità cognitive, con servizi che siano in grado di prendere in carico le difficoltà (sanitarie e non) e di accompagnare nella prossimità alle risposte quando necessarie.

L'ospedale sarà inserito in questa rete territoriale e prossima di risposta quale punto di riferimento di eccellenza laddove non sia evitabile una risposta complessa e che necessita osservazione continua: in questa sede, l'attenzione alle persone anziane sarà di particolare priorità proprio per evitare che un territorio sia attrattivo per una sezione di vita e non per altri, in particolare per quello a maggiore rischio di richiesta.

È evidente che la singolarità delle condizioni di base, unite alla presenza di una comunità forte e presente, anche attraverso alla realizzazione di una Fondazione che parte dall'attenzione all'Ospedale ma non è avulsa o distante dai bisogni complessivi della popolazione, per i quali l'Ospedale è indispensabile in alcune fasi assistenziali.

Alla Asl Cuneo 2 resta la rilevante responsabilità di mettere in rete ed a fattor comune tutte le sedi e i livelli assistenziali, nella convinzione che nessuno di essi, da solo, sia sufficiente. In un'epoca nella quale è ormai evidente che non è sostenibile avere ogni servizio "sotto casa", l'importante che ogni servizio sia in grado di sviluppare al meglio le proprie potenzialità, con percorsi descritti di riferimento l'uno con l'altro e trasferimento il più facilitato possibile.

Mons. Marco Brunetti - Vescovo della Diocesi Alba

Sacerdote dal 1987, Ordinato Vescovo dal 2016, torinese, ha frequentato la Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale di Torino ed è diplomato in Pastorale Sanitaria, presso l'Istituto Internazionale di Teologia Sanitaria al "Camillianum" di Roma. Tra i vari incarichi svolti, dal 1996 è Direttore dell'Ufficio Pastorale della Salute; dal 2005: Direttore delle 3 Case del Clero Diocesane; dal 2006 Incaricato Regionale della Pastorale della Salute e dal 2010: Canonico del Capitolo Metropolitano della Cattedrale. Inoltre è Membro del Consiglio Presbiterale Diocesano e Regionale, Delegato Diocesano per i sacerdoti anziani, Membro della Consulta Nazionale per la Pastorale della Sanità della CEI, Membro della Fraternità Sacerdotale San Giuseppe Cafasso. Autore di molte pubblicazioni di Pastorale Sanitaria.

*“ Sono stato fanciullo e ora sono vecchio
e non ho mai visto il giusto abbandonato ”
(Sl. 37,25)*

Tra terra e cielo

Come una comunità cristiana può essere vicina all'anziano

“Invecchiare in campagna e in collina” è il titolo suggestivo di questo quaderno del centro Cornaglia.

In effetti girando per i tanti paesi della langa e del Roero continuamente mi imbatto in strutture per anziani e in tanti anziani che popolano questo nostro splendido territorio.



Questa presenza di anziani mette in evidenza alcune problematiche:

- a) a fronte di un allungamento della vita, non sempre cammina di pari passo la qualità della vita stessa;
- b) la solitudine: moltissimi di questi anziani sono vedove o vedovi e vivono soli in casa;
- c) la lista di attesa e i costi delle rette per quanti vengono ospitati nelle RSA, talvolta mettono in difficoltà l'anziano ed i suoi familiari che fanno fatica a ottemperare a coprire la retta;
- d) il rapporto con l'ambiente di origine (il proprio quartiere, o paese,...) che sovente viene spezzato: non c'è più contatto con le proprie radici (vicini di casa, parroco, panettiere, pettinatrice, amici/che,...).

Come risponde la comunità civile ai bisogni di questi anziani? Sostanzialmente in tre modi:

- *la "domiciliaretà"*, cioè servizi integrati socio-sanitari; *attraverso le strutture socio-sanitarie e residenziali* quali "case di riposo", "residenze per anziani", R.A. - R.A.F. - R.S.A.;
- *con l'impegno del volontariato*; si pensi che in Piemonte nel 2003 erano iscritte 527 organizzazioni di volontariato nel settore socio-assistenziale e 616 nel settore sanitario, indice questo di una grande sensibilità se pensate che nel settore della protezione civile erano 191 e nell'impegno civile 53 (dati forniti da Regione Piemonte, Direzione Politiche Sociali).

Tutto ciò sta ad indicare un impegno ed un impiego di molte risorse a favore degli anziani, a tutti i livelli, ma pare non basti e forse bisognerà fare ancora di più, integrando sempre di più le collaborazioni fra il sanitario ed il socio-assistenziale.

2 - *Quale risposta è chiamata a dare la Comunità Cristiana?*

Innanzitutto credo si abbia la necessità di definire a quali bisogni la comunità cristiana debba rispondere con priorità, rimanendo fedele alla propria identità che è prettamente di natura pastorale; fatta tale premessa è chiaro che l'anziano si aspetta un accompagnamento spirituale e religioso, in altre parole "dare un'anima" a tutti i servizi che vengono loro offerti.

La risposta, allora, ci viene dal "volontariato pastorale", così come

indicava il sussidio, scritto in occasione della Giornata Mondiale del Malato 1996, “Orientamenti per il volontariato pastorale nel mondo della salute” della Consulta Nazionale C.E.I. per la Pastorale della Sanità.

In che cosa consiste questo volontariato pastorale?

L’Orizzonte: il volontariato pastorale ha come orizzonte di riferimento per il suo agire l’esempio di Cristo, lo Spirito del Vangelo e la Comunione con la Chiesa. È dunque un volontariato che si qualifica con una dimensione teologica (riferimento a Dio) ed ecclesiale (riferimento alla Chiesa)

Obiettivo: il Volontariato ha come obiettivo quello di evangelizzare “il tempo della vecchiaia” attraverso la Parola, la Grazia dei Sacramenti e la testimonianza della Carità.

Quale presenza: il Volontario Pastorale è chiamato ad essere “sale della terra e luce del mondo” attraverso una presenza simbolica, umana, spirituale e comunitaria.

3 - Alcune indicazioni pastorali

In questi anni la Chiesa, anche attraverso il lavoro degli uffici di Pastorale della Salute ha cercato di dare alcune indicazioni, e qualche frutto già si intravede...

- Prendere coscienza dell’esistenza sul proprio territorio di anziani malati o in difficoltà, chiedersi quanti sono assistiti o se ci sono strutture residenziali o sanitarie che ospitano anziani
- Essere vicini agli anziani, attraverso due strumenti pastorali che sono

a) per gli anziani a casa, il costituire dei veri e propri gruppi di volontariato pastorale della salute, a livello parrocchiale o di Unità Pastorale, sotto la guida del parroco o del moderatore dell’U.P., con il compito di visitare casa per casa questi anziani esercitando un vero e proprio accompagnamento spirituale e di relazione d’aiuto.

Il progetto dell’infermiere di comunità in parrocchia fra Asl CN2 e la Diocesi di Alba varato ultimamente va proprio in questa direzione.

- a) per gli anziani ospiti nelle strutture residenziali.: la diocesi ha già molti operatori, che visitano gli anziani, soprattutto i ministri straordinari della comunione.

Non è comunque possibile che il Vescovo copra tutte le strutture esistenti con Assistenti Spirituali, occorre che la Parrocchia e le U.P. territoriali se ne facciano carico, costituendo delle équipes pastorali formate da diaconi – religiose – ministri straordinari della Comunione e volontari debitamente preparati per questo servizio.

L'ufficio per la Pastorale della Salute è a disposizione delle U.P. e delle parrocchie, come in questi ultimi anni ha fatto, per corsi di base diretti a questi volontari pastorali che operano accanto agli anziani ammalati, curando in modo particolare la formazione e rendendosi disponibile per fare da collegamento con le amministrazioni delle varie strutture residenziali.

Conclusioni

Concludo lasciandovi due icone bibliche che a mio avviso aiutano i volontari pastorali a stare accanto, ma io aggiungerei “a prendersi cura”, degli anziani:

Maria che visita Elisabetta (Lc. 1, 39-45)

La parabola del Buon Samaritano (Lc. 10, 25-37)

Monsignor Cesare Nosiglia - Arcivescovo metropolitano del Piemonte

È nato al confine tra Piemonte e Liguria, a Roma per anni è stato co-reggente della Diocesi per poi trasferirsi a Vicenza ed in fine a Torino e a Susa. È presidente della Conferenza Episcopale Piemontese, già vice presidente della CEI, grande esperto con responsabilità nazionali nella scuola e nella catechesi.

Il macrocosmo degli anziani

Eccellenza, Invecchiare negli anni Duemila sarà sempre di più un problema. Secondo lei che cosa si può fare per aiutare le famiglie a stare accanto a chi è più avanti negli anni?



Dobbiamo avere il coraggio di andare oltre la statistica, e anche oltre la sociologia. Invecchiare, e morire, è il nostro destino comune. Chi avanza nell'età vede bene le forze che lo abbandonano, considera molto più attentamente l'importanza della salute, e il peso del corpo. Ma questo ci spinge, ci aiuta a vedere che cosa è davvero importante e che cosa lo è meno. Nel mio «mestiere di vescovo» mi sento davvero felice quando ho l'occasione di incontrare – e capita spesso, più di quanto si creda – famiglie intere in cui i membri si prendono cura gli uni degli altri. La nostra idea di famiglia patriarcale è magari andata in frantumi, ma dovremmo guardare con maggiore attenzione e realismo al «tempo donato», a quell'economia senza denaro che regola la vita di milioni di

famiglie e tiene insieme adulti, giovani, anziani. In questo prendersi cura reciproco mi sembra di vedere una risposta concreta, che la gente si è inventata da sola, alle pur gravi carenze di un sistema sociale che, invece, non è più capace di valorizzare l'immenso patrimonio delle generazioni diverse che vivono insieme – nella famiglia come nel mondo del lavoro.

Accompagnare queste esperienze, incoraggiarle, inventarne di nuove: dal basso, dal territorio abbiamo ogni giorno notizia di comunità che si organizzano per rimanere vicini ai loro anziani, fin quando è possibile. È la stessa concretezza, lo stesso realismo che sta aiutando l'inserimento di centinaia di profughi, immigrati, rifugiati, nelle nostre comunità: nessun paese, nessuna città è in grado di accogliere in un colpo solo migliaia di persone. Ma un quartiere, una parrocchia possono «arricchirsi» inventando l'ospitalità per una famiglia nuova, mettendo insieme una casa, un posto di lavoro, un percorso scolastico. E qualcosa di simile accade nei paesi di montagna, dove ci si accorge – anche qui – che la prima risposta all'abbandono sono le persone.

Ancora: io vedo il tempo della pensione – che ancora non mi riguarda... – come una grande occasione di libertà e creatività. Non solo per togliersi degli «sfizi» ma per completare la costruzione della propria personalità, cementare le relazioni importanti della vita, veder fruttare l'esperienza che si è accumulata.

I problemi maggiori che stanno emergendo sono la scarsità di risorse e la solitudine: così gli anziani saranno l'ultima emergenza?

Rimane verissimo che la nostra società, con tutti i suoi progressi materiali, non è stata finora capace di attrezzarsi sul tema dell'invecchiamento generale della popolazione. Come le cicale della favola, sembra che le nostre generazioni si stiano godendo tutto quanto può venire al giorno per giorno, senza pensare troppo al domani. Ma il domani è qui, ci piomberà addosso comunque. E non saranno le assicurazioni sulla vita a... salvarci la vita! Le famiglie si aiutano con la cultura e con la politica. In questo l'Italia è decisamente arretrata, senza un «codice della famiglia» che raccolga, finalizzi, valorizzi gli investimenti che si fanno; e manca, ancor più, una strategia consapevole di fronte all'inverno demografico, in un'epoca in cui – come Papa Francesco non smette di ricordare – l'egoismo internazionale sta drenando le risorse

anche del ceto medio, in cui aumentano le disuguaglianze non solo fra Terzo Mondo e Occidente, ma all'interno degli stessi Paesi sviluppati.

È qui che, a mio parere, ci occorre un colpo d'ala. L'assistenza ai poveri, ai bisognosi c'è sempre stata. Ma quando «poveri», in più di un senso, siamo noi stessi, ci serve non assistenza ma una vera svolta di mentalità, un considerare davvero gli anziani come risorsa e non come peso. Vedo, anche qui, che dal territorio nascono iniziative concrete, anche se mi pare che fino ad ora non ci sia un disegno complessivo e consapevole, che bisogna invece far maturare anche tramite gli strumenti della politica. Circa la solitudine, vogliamo parlarci chiaro? È una «maledizione» che ormai tocca tutte le fasce d'età. Se agli anziani bisogna garantire sicurezza nelle emergenze, non possiamo trascurare una riflessione più profonda sui cambiamenti delle nostre vite, dove siamo circondati più da telefonini che da amici... La via che il Signore ci indica è chiara: sono le persone ad essere reali, non le maschere che portano, non i soldi (pur necessari) che abbiamo in tasca. Mi interrogo sempre con preoccupazione sull'incontro tra Gesù e il giovane ricco (Mc 10, 17-22). Che è una brava persona, rispetta la legge, conosce e pratica la religione, ma... Ma non riesce a fare quel salto nell'amore che è l'unica cosa che, allora come oggi, ci salva.

Bra ed Alba, insieme stanno lavorando per creare una rete di assistenza e di aiuto. È uno sforzo che sembra quasi un dono di San Giuseppe Benedetto Cottolengo, nato a Bra, vicecurato a Corneliano, grande pioniere dell'assistenza...

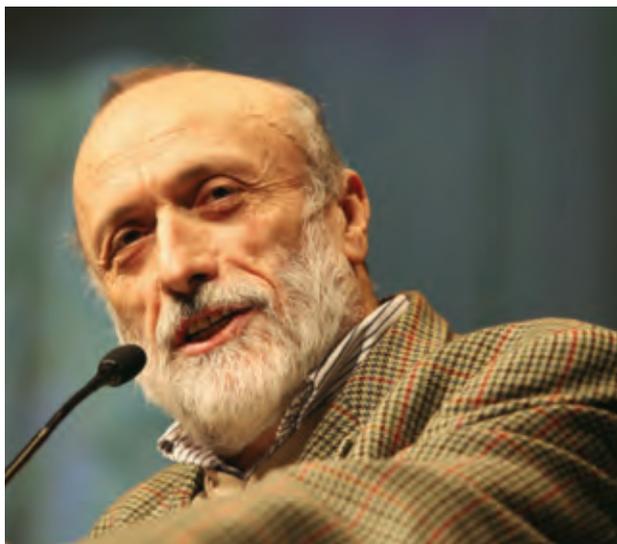
Sono lieto di questa scelta che fa onore a quanto si prodigano per attuarla nelle due città che operano insieme facendo squadra come si dice per dare risposte meglio attrezzate e più efficaci. San Benedetto Cottolengo uno dei Santi sociali che è nato proprio a Bra rappresenta ancora oggi un pioniere da seguire e da valorizzare non solo nella zona di Bra e Alba ma in tutto il Piemonte che si gloria di quanto ha fatto a favore dei poveri e malati, disabili e senza dimora... Mi auguro che il progetto vada in porto al più presto e segni un fattore esemplare e positivo da emulare anche in altri territori della Diocesi e della Regione.

Gian Mario Ricciardi

Carlin Petrini - Presidente di Slow Food

Braidese dopo scelte politiche e di militanza ha avuto la straordinaria intuizione di concepire il cibo come mezzo di rinascita sociale e di educazione ambientale inventando le grandi attenzioni per il gusto, i produttori, la terra. È oggi il leader di una comunità internazionale che ha avuto il pregio principale di accendere i riflettori sulle ricchezze del pianeta, gli sbagli nello sviluppo, la necessità di un ritorno all'essenzialità ed ai valori forti del vivere in sintonia con l'ambiente.

Laudato sii



Son già passati oltre quattro anni da quando, nel maggio del 2015 veniva pubblicata la *Laudato Si*, l'enciclica di Papa Francesco: un documento straordinario la

cui influenza rivoluzionaria è fortemente sentita ancora oggi. Francesco è riuscito ad arrivare ai cuori e alle menti di tutti, credenti e non credenti come me, poiché ha trattato un argomento universale che va al di là della religiosità e che molto ha che fare con il concreto e il terreno: tutto è connesso, la famiglia umana è una sola e siamo tutti figli della stessa madre terra che abbiamo il dovere, la responsabilità e la necessità di difendere.

La sua straordinarietà è stata proprio questa, la capacità di smuovere anche le coscienze di chi credeva che parlare di ambiente fosse cosa solo per pochi. La nuova mentalità che è nata e che tutt'oggi sta prendendo forma sull'onda di questa enciclica è del resto l'unica chiave di svolta che può permettere la sopravvivenza dell'uomo sulla terra. Non

a caso infatti vede protagonisti fattori che, nella società capitalistico-individualista in cui viviamo, sembrano andati perduti: il dialogo tra attori diversi, la cura dei beni comuni e la consapevolezza che alle nostre azioni corrispondono reazioni uguali e contrarie da parte del sistema mondo. Tutte caratteristiche di quella che il Papa chiama “ecologia integrale”, dove non c’è giustizia senza ecologia.

Questo i giovani di oggi lo sanno molto bene, e non a caso infatti sono loro che hanno dato inizio ad un nuovo movimento globale, ad una mobilitazione straordinaria che ha visto protagonisti migliaia di giovani volenterosi, preoccupati per il futuro del pianeta ed impegnati a difenderlo. Questi sono i giovani simbolo del cambiamento di cui abbiamo bisogno: mai come oggi, in un mondo globalizzato, le questioni dell’alimentazione, dell’ambiente e della giustizia sociale sono così legate alla vita di ognuno di noi. Capire il nesso che c’è tra ecosistemi, cambiamento climatico e società civile è fondamentale per le nuove generazioni che dovranno invertire questa rotta e remare verso tutt’altre sponde. Sono loro la nostra speranza per il futuro.

Per questo credo fermamente che il messaggio della *Laudato Si*, nel 2015 poco capito, stia piano piano venendo metabolizzato e capito da fette di popolazioni sempre più ampie: in un mondo che vede capi di stato scettici nei confronti del cambiamento climatico, intenti a far scomparire colture e culture indigene in Amazzonia o ancora impegnati nel diffondere l’intolleranza nei confronti del diverso, la moltitudine ha bisogno di personaggi come Bergoglio per ricordarsi che un’alternativa non solo è possibile, ma è più che mai necessario perseguirla.

INDICE

Presentazione

Un nuovo studio, esempi e testimonianze, Dario Bracco..... 7

Tracce di un paesaggio, Gian Mario Ricciardi..... 11

Prefazioni

Un sguardo d'insieme, Massimo Veglio..... 15

Tra terra e cielo, Mons. Marco Brunetti..... 19

Contributi

Il macrocosmo degli anziani: Mons. Cesare Nosiglia
(Gian Mario Ricciardi)..... 23

Laudato sii: Carlin Petrini..... 27

PARTE PRIMA Nuovi rapporti tra le generazioni

Dai baby boomers alla generazione Z: Dario Bracco..... 35

La scala delle generazioni: Guido Lazzarini, (*Andrea Cagliaris*)..... 43

Il valore della relazione: don Carmine Arice
(Gian Mario Ricciardi - Dario Bracco)..... 47

PARTE SECONDA Il territorio della Asl2, l'ambiente e la sua organizzazione

Il Roero Baldassarre Molino..... 55

Il parco forestale Gian Mario Ricciardi..... 59

PARTE TERZA L'organizzazione socio-sanitaria e assistenziale dell'Asl2

L'organizzazione delle strutture:

Mario Traina - (*Adriana Riccomagno*)..... 67

Un'Asl con l'argento vivo:

Laura Marinaro - (*Adriana Riccomagno*)..... 71

Se la sanità è sempre più a domicilio:

Patrizia Corradini-Elio Laudani - (*Adriana Riccomagno*)..... 75

Per battere la solitudine:

Marco Bertoluzzo - (*Adriana Riccomagno*)..... 81

Il ruolo del medico di M G:

Luciano Bertolusso - (*Gian Mario Ricciardi*)..... 85

Come cambia il volontariato:

Marco Didier - (*Adriana Riccomagno*)..... 93

PARTE QUARTA La sanità pubblica e privata	
Sanità pubblica e privata: Camillo Scimone - (<i>Gian Mario Ricciardi</i>).....	101
L'alleanza: Piero Prandi - (<i>Gian Mario Ricciardi</i>).....	105
Una stagione da vivere:	
Giovanni Asteggiano - (<i>Gian Mario Ricciardi - Dario Bracco</i>).....	111
 PARTE QUINTA LE NUOVE STRUTTURE	
Le nuove strutture: Silvia Bracco.....	117
La sfida: Paolo Spolaore - (<i>Adriana Riccomagno</i>).....	123
Una fondazione per crescere:	
don Valerio Pennasso - (<i>Gian Mario Ricciardi - Dario Bracco</i>).....	127
Cottolengo, la persona al centro:	
suor Nadia Pierani - (<i>Adriana Riccomagno</i>).....	133
 PARTE SESTA SOCIALITÀ, SPIRITUALITÀ, QUALITÀ DI VITA	
La forza della spiritualità:	
don Domenico Bertorello - (<i>Adriana Riccomagno</i>).....	141
Una sfida per tutti: don Paolo Marengo - (<i>Adriana Riccomagno</i>).....	143
 PARTE SETTIMA GLI ESPERTI	
L'ultima istantanea: Gianni Firera - (<i>Andrea Cagliaris</i>).....	149
La Fondazione di tutti: Luciano Scalise	
(<i>Gian Mario Ricciardi - Dario Bracco</i>).....	151
Il potere del paesaggio: Roberto Cerrato - (<i>Gian Mario Ricciardi</i>).....	157
Un mix vincente: Marco Perosino - (<i>Gian Mario Ricciardi</i>).....	159
 PARTE OTTAVA LEADER E GRANDI FONDAZIONI	
di Gian Mario Ricciardi	
Giacomo Oddero	165
Giovanni Quaglia	169
Felice Cerruti	173
 Fondazione Cassa Risparmio di Cuneo - Giandomenico Genta	175
Fondazione Michele e Giovanni Ferrero - Ettore Bologna	179
Fondazione Banca d'Alba - Tino Cornaglia	183
Caritas Diocesana - don Mario Merotta - responsabile	185

Le interviste sono state condotte da:



Gian Mario Ricciardi

Gian Mario Ricciardi, 67anni, giornalista, prima a *La voce del popolo*, poi ad *“Avvenire”*, quindi alla *“Gazzetta del popolo”*, per oltre dieci anni a *Stampa Sera* e *La Stampa*, in Rai capocronista per oltre vent’anni, quindi caporedattore centrale della Rai in Piemonte. Ha seguito per tg1, tg2, tg3 i più grandi fatti di cronaca da Torino. Si è occupato anche di informazione religiosa con una rubrica *“Percorsi di fede”*, unica nella Rai tgr in Italia da sempre, e servizi per *“A sua immagine”* su Raiuno; per *Ambiente Italia* (Rai3) ha inventato *“Il filo verde”*. Recentemente ha seguito l’unificazione dei due settimanali dell’arcidiocesi di Torino *La voce del popolo* e

Il nostro tempo in La voce e il tempo di cui è editorialista. Collabora con servizi tv su *“storie”* di integrazione e *“buone notizie”* con tg2000. Per *Avvenire* ha curato con Marina Corradi il viaggio nei *“luoghi dello spirito”*, scrive su un folto gruppo di altri giornali cattolici e su *Progetto*, il giornale dell’Arsenale della pace. Ha scritto diversi libri: *Il paese della Bela Rosin*, *Viaggio con la Bela Rosin*, *Rosa la bella del re*, *Santi sociali in Piemonte*, *Impronte*, *Santi e Laici*, *Novecento*, *È possibile*, *Storie dell’arsenale della pace*, *Le colline raccontano*, *Ernesto Olivero*, *Dillo alla luna*. È stato per oltre 30 anni presidente del *“parco forestale del Roero”*, vicesindaco *“tecnico”* di Sommariva Perno, dove vive, per oltre 20 anni e presidente della società la *“Sommariva Nova spa”* che ha costruito la residenza *“Annunziata”* della parrocchia per anziani auto e non autosufficienti.



Adriana Riccomagno

Adriana Riccomagno è una giornalista albese esperta di temi culturali, sanitari e tecnologia. Attualmente collaboratrice de *La Stampa*. Laureata in Giurisprudenza, è allieva del Master di Giornalismo Giorgio Bocca all’Università degli Studi di Torino. È anche blogger, nonché docente in numerose agenzie formative sui temi del social media marketing, web marketing e strategie di comunicazione online. È presidente dell’associazione *Milleunanota* che da dieci anni organizza una stagione di eventi ad Alba e nel territorio di Langhe, Monferrato e Roero.



Andrea Cagliaris

Andrea Cagliaris, laureato in Sociologia. Segretario di redazione e vicecaporedattore nella redazione Rai del Piemonte. Ha lavorato nelle sedi Rai di Aosta, Milano, Venezia, Genova, Bologna e Ancona. Consigliere dell’Ucsi, Unione cattolica stampa italiana. Tutor con contratto a tempo determinato presso il master di Giornalismo Giorgio Bocca dell’Università di Torino per il biennio 2012/2014. Segretario dell’Ordine dei giornalisti del Piemonte.

Le fil rouge

La società sta cambiando e gli anziani risentono più di tutti degli aspetti negativi di questi cambiamenti. Le generazioni più giovani dovranno in qualche modo sostenere quella oggi sopravvissuta dei “baby boomers”. Senza avere, loro, sufficienti disponibilità finanziarie e relazionali.

PARTE PRIMA

NUOVI RAPPORTI
TRA LE GENERAZIONI

Possiamo considerare i Boomers come generazione di riferimento non foss'altro che per la concomitanza con la rinascita post-bellica, vera ripartenza sociale specialmente per l'Italia e l'Europa.

Molti studi hanno definito le generazioni successive a quella dei Boomers per fasce d'età con nomi che sono o diventeranno presto "virali".



1944 - 1964. Baby Boomer

1965 - 1979. X Generation / Generation Me

1980 - 1994. Millennial / Y Generation / i Generation

1995 - 2015. Generation Z...

Nuove generazioni o fasce di età che prendono nomi diversi pur riferendosi alle stesse persone o gruppi, quasi a creare sotto gruppi per diverse peculiarità o tendenze ed arrivano sino ai 2004 - 2007 - (Tweens/Hichiks, i nati tra il 2004 e il 2007).

Iniziamo con un esempio estremo; i ragazzi, attualmente quindicenni, definiti "*hikikomori*", termine coniato negli anni ottanta dallo psichiatra giapponese Saito Tamaki per definire una sindrome non asseverabile ad altre psicopatologie. È l'isolamento in cui si rifugiano gli adolescenti che sta diventando una vera piaga sociale per quantità e diffusione.

In questo studio dedicato agli anziani considereremo anche l'importanza sociale che tutte le "categorie" di giovani e di adulti potranno assumere nei rapporti intergenerazionali e le ricadute sociali ed ambientali che ne deriveranno perché certamente gli anziani ne saranno coinvolti e con seri problemi.

Come punto di riferimento e di osservazione ci si può riferire alla generazione dei Millennial, i nati tra il 1980 ed il 1994. Molti Boomer sono divenuti “grandi vecchi”, bisognosi di assistenza e cure. I Millennial quando avranno 50-60 anni, riusciranno ad essere buoni “caregivers”? O si chiuderanno in un isolamento, – anche se non classificabile “*hikikomori*” –, desiderosi di sparire dopo aver esagerato nell’apparire, in overdose di social e di chat, di poter cliccare invece di ricercare e studiare. Figli della generazione Instagram avida di stimoli e di novità, molto poco fedeli a regole e consuetudini, alla ricerca di rapidi cambiamenti lontani dal passato?

Saranno loro gli “adultescenti”, – adulti che non vogliono invecchiare –, ricchi di atteggiamenti derivanti dai “social”¹. Sapranno, vorranno o potranno prestare attenzione ai loro vecchi? Ammaniti motiva questo cambiamento generazionale a quello delle età corrispondenti allo sviluppo dei giovanissimi.

L’adolescenza era compresa tra i 12 e i 20 anni, poi a 21 il giovane era un giovane adulto che si stabilizzava nella vita e nel lavoro, tant’è che a 25-26 anni era già sposato con un figlio. Ora circa il 70% dei giovani sotto i 34 anni vive ancora in famiglia. Forse perché ci si laurea a 27-28 anni. L’università è diventata per molti un comodo parcheggio per ritardare le responsabilità legate alla famiglia ed al lavoro che s’incontrano uscendo dalla famiglia d’origine con i suoi parenti più anziani.

Possiamo tuttavia auspicare in un ritrovamento della voglia di vivere, di desiderare, quindi di sperare, magari rinfrescando la Fede che ha sostenuto le generazioni precedenti e che parla di prossimità, di amore e di solidarietà.

Solo dando valore e consistenza alle “prossimità” si possono avvicinare le periferie sociali sia geografiche che etniche ed economiche come quelle della povertà.

L’ambiente può avere un ruolo importante in questo recupero sociale perché avvicina le persone, le fa star meglio fisicamente e socialmente. Chi vive in campagna o in collina è meno sollecitato da certi problemi sociali, pur essendo emancipato come gli altri.

¹ Massimo Ammaniti, psicanalista, “Adolescenti senza tempo” - Raffaello Cortina Editore.

Nelle aree rurali è più facile trovare un lavoro o più lavori: c'è quasi sempre un pezzo di giardino o di orto da curare e ciò può occupare il tempo libero ed avvicinare alla natura, limitando il ricorso alla “movida cittadina” o ad altri svaghi pericolosi.

I legami tra parenti sembrano più forti per via della vicinanza, delle tradizioni e della cultura locale².

Un segnale di rinnovamento c'è già stato e sta aumentando in modo globale. Sono gli adolescenti *fans* della sedicenne svedese Greta Thunberg scesi nelle piazze del mondo per chiedere di salvare l'ambiente. La Thunberg sta guidando questa massa di ragazzini in contrasto ai coetanei isolati *hikikomori* e ad altri simili.

È un segno del contrasto esistente tra i giovani e giovanissimi e la dimostrazione dell'importanza che oggi hanno gli *influencer*. Non importa la loro età, l'etnia o la provenienza, nemmeno la loro cultura e l'esperienza, importa ciò che desiderano e come lo espongono. Sono trascinati dalla forza dei *leaders*, sono persone interessate a vivere nel mondo che amano e desiderano, non in quello reale dove “abitano”.

La reazione suscitata all'ennesimo *sit-in* di protesta a favore del clima, è stata sorprendente e va oltre il clima stesso. Prima al Parlamento inglese, poi quella del Capitol USA e dell'ONU: senatori e deputati bipartisan hanno voluto incontrare Greta ed i suoi compagni di protesta, e chiedere scusa promettendo nuove iniziative. Non era mai successo prima. Lo strascico sui social sta consolidando il risultato tant'è che si parla di “populismo verde” perché giovanile ed anticonsumista. Osteggiano lo sfruttamento *for profit* del pianeta. Populismo perché subdolo e trasversale da destra a sinistra, dai Cristiani ad altre religioni. Enfatizzano con i sovranisti le ideologie dell'accoglienza, l'*advocacy* economica e per l'ecologia. Con un richiamo (nostalgico?) al patriottismo, all'empatia, alla religione e, naturalmente all'ambiente.

Si legge che Greta è affetta dalla Sindrome di Asperger, dalla quale si possono derivare certi atteggiamenti, ma la realtà conferma la popolarità raggiunta dalla giovanissima svedese che ha costituito un vero movimento per il risanamento del clima.

² Direttore clinica Sofukai Sasaki Hospital - Chiba “Beautiful Fighting Girl” University Minnesota Press 2011 - “Adolescence without hand” - University Minnesota Press 201.

I ragazzi di 16 -17 anni non erano ancora censiti come generazione. Forse grazie a Greta Thunberg, oggi si parla di loro come “generazione Z” che ha anche un’altra voce, quella della cantante Billie Eilish, californiana, le cui canzoni sono in cima alle *hit* in sessanta nazioni. Non ha cercato il successo con atteggiamenti sexy o frivolezze; ai problemi di questa età ha opposto un forte rifiuto a droghe, alcol o altri espedienti.

È stata subito coniata la definizione di “*teen sobriety*”. C’è chi la chiama talentuosa aliena con voce carismatica, ma, forse, è solo un ritorno alla semplicità, grande ricchezza degli adolescenti oggi avvantaggiati dai social, non per esibirsi, ma per comunicare. Anche con le canzoni, per tutti, senza sfoggiare vanità o sogni *dark*. Solo musica, forse quella del futuro.

Due forze che s’incontrano; le nuove generazioni con tanta voglia di un futuro vivibile e sicuro ed il mondo degli ambientalisti al quale appartiene la maggior parte degli anziani.

È una delle considerazioni che si possono trarre dalle ricerche condotte dalla dottoressa Jean M. Twenge sulle generazioni americane successive ai *Boomers* che consideriamo utili per descrivere i cambiamenti avvenuti, in corso o possibili, per le generazioni future e come tali cambiamenti influenzeranno i rapporti con gli anziani ed i luoghi dove essi vivranno.

I *Boomers* sono stati per le generazioni successive esempio e supporto, specie finanziario. Ora sono vecchi con i problemi della vecchiaia: polipatologie, cronicità, disabilità, ma anche solitudine, depressione ecc. E saranno per lo più longevi, vivranno mediamente fino al 2030/2040.

I *Boomers* incontreranno man mano le generazioni successive, tutte diverse nelle loro abitudini, comportamenti e relazioni.

La Twenge ha condotto dei *social survey* su oltre 500.000 adulti considerando i cambiamenti culturali avvenuti, dai nomi di battesimo al modo di scrivere e di scegliere spettacoli. Ha potuto anche esaminare migliaia di questionari attitudinali del *PhD Program of Michigan University Faculty of Psychology* utili per valutare personalità e abitudini.

Le nuove tecnologie hanno influenzato moltissimo i gusti di queste persone, il loro modo di vivere e di relazionarsi. Per questi motivi la Twenge ha considerato nei suoi studi un *panel* comportamentale rappresentativo per ogni generazione. La Generation Me, oggi trentacin-

quenne si è subito distinta per l'autostima, "mai il dovere prima di se stessi": l'amore per se stessi è il più grande amore, ben descritto in libri quali "*We are all special*" e progetti quali "*All about me*", "*Just be your-self*".

Le applicazioni di queste tendenze sono rappresentate dalla diffusione dei tatuaggi, piercing, l'uso sfrenato dei telefonini per collegarsi, chattare, fotografarsi e mettere/mettersi in rete. I *followers* diventano parte del business, generano quattrini, ma anche delusioni e tragedie.

Uno studioso ha sancito che il gap tra "ciò che hanno e ciò che vogliono" non è mai stato così grande!

È la cultura del "provvisorio", l'incapacità di decidere, l'abilità solo di rimandare, senza mai concludere. Quali ripercussioni nei rapporti tra anziani moderni e nuove generazioni?

Studi, ricerche e pubblicazioni dimostrano l'aumento del cinismo di generazione in generazione. La facilità di accedere a fonti d'informazione – Google Book offre 5 milioni di titoli di libri – ha contribuito al cambiamento culturale: i giovani non aumentano la loro cultura, ma assorbono quello che li circonda, parenti, insegnanti, media ecc. Il gap generazionale nel 2010 ha raggiunto il 79%, maggiore di quello del 1969³.

Questi studi indicano una maggiore influenza della data di nascita sulla personalità e sul comportamento, di quella della famiglia che li ha cresciuti. Un proverbio arabo dice: "l'uomo assomiglia al suo tempo più che a suo padre".

Considerando un'aspettativa di vita fino al 2030 l'anziano *Boomers* molto longevo dovrà dunque rapportarsi con queste generazioni: *Generation Me e Millenials* e forse altre, anche la "Z"; le incontrerà secondo la tipologia della sua famiglia, l'età, lo stato della sua salute e l'evolversi delle generazioni successive, considerando che l'anno di nascita rimane il migliore indicatore della cultura assorbita. Dagli studi di Jean M. Twenge si rileva che le tre generazioni *Gen Me, Gen X e Millenials* hanno molto in comune, più di ciò che si pensava. Il maggior cambiamento è avvenuto tra i *Boomers e la Gen. X*; la *Gen. Me* ha seguito questi cambiamenti, in ogni caso la generazione più anziana ha sempre

³ Pew research Shanno Greenwood, Andrew Perrin and Maeve Duggan, "Social Media up date 2016".

considerato quelle successive come “*self centered*”, più individualiste. Questa tendenza è simile ovunque, a prescindere da etnia, classe sociale e sesso. Sia per segmenti che per l'intera generazione considerata. Probabilmente le ultime generazioni non avranno più memoria delle precedenti: vero vuoto generazionale, soluzione di continuità storica i cui effetti sono ancora imprevedibili, ma sicuramente di grande portata sociale, dunque storica.

Queste situazioni e tendenze sono meno accentuate e certamente poco percepite tra le nostre campagne e colline che diventano una difesa sociale ed uno scrigno dove conservare usi e tradizioni, sentimenti, cultura e principi come quello del rispetto della vita, dono non cedibile nemmeno di fronte a tendenze e sentenze che consentono di decidere quando essa può finire. L'ambiente più vicino alla natura potrà aiutarci.

Guido Lazzarini

Guido Lazzarini è professore di Sociologia della salute presso la Scuola di Medicina dell'Università di Torino. Tante le sue pubblicazioni legate ai percorsi di inclusione ed esclusione nel mondo del lavoro, su salute, famiglia, anziani e politiche sociali, su marginalità e terzo settore, su rapporti e reti, intra ed inter generazionali, nelle loro dimensioni solidaristiche e competitive.

La scala delle generazioni

L'era dei “boomers” sta passando velocemente. Da generazione attiva e fortunata si stanno trasformando in un'emergenza sociale. Chi li assisterà?

I *baby boomers* sono una generazione che tuttora può usufruire delle risorse accumulate

dalla generazione precedente e dalle proprie strategie di 'accumulazione' e, in linea di massima, hanno goduto di una discreta opportunità di occupazione. Questo fa di loro una generazione “fortunata”.

Piuttosto va considerato il fatto che hanno ridotto il numero dei figli, rispetto alle generazioni precedenti, quindi molti si trovano con un solo figlio cui hanno fornito tutto quanto era loro possibile, ma che, ora, è nella condizione di prestare sostegno/assistenza ai genitori anziani e, per l'allungamento della vita, spesso anche ai nonni.

Se questo è un problema piuttosto grave (specie quando si sono sposati due figli unici che, quindi, hanno quattro nonni e qualche bisnonno di cui avere cura) alcuni possono comunque usufruire dei beni immobi-



li ereditati dai genitori, per cui non sono del tutto privi di risorse. Inoltre, normalmente, gli anziani della famiglia hanno un pensione.

Il problema diventerà più cogente per la sanità e l'assistenza quando arriveranno alla condizione di anziani gli attuali *millenials*. Molti di essi hanno lavori precari o non ne hanno, sia per la ormai decennale crisi economica, sia per le difficoltà oggettive legate al mutamento dell'organizzazione del lavoro. La loro prospettiva di un reddito quando saranno anziani è pressoché nulla, pertanto lo Stato dovrà affrontare spese enormi e a oggi non sappiamo neppure che forma avrà il futuro welfare state, né se ne esisterà uno.

L'allungamento della vita media interroga la sanità e il sociale in termini di maggiori risposte. Le piccole comunità sono pronte alla sfida?

Da una nostra ricerca svolta nel territorio del chivassese risulta che gli anziani che vivono in un paese, sia come residenti da sempre sia come nuovi arrivati, valutano la propria qualità della vita è piuttosto, alta nel senso che non si sentono soli né separati dal resto della popolazione.

Alcuni affermavano che, “in certe ore del giorno – mattina e pomeriggio – siamo al centro dell'attenzione dei negozianti e dei baristi che dedicano tempo per chiacchierare, perché siamo gli unici ad essere in paese...”.

Spesso esistono centri di aggregazione, ma non solo per anziani, nel senso che sono aperti a tutti e partecipano anche persone di mezza età e qualche giovane.

L'unico problema manifestato riguarda la salute: si è preoccupati, in caso di problemi seri, per la lontananza da presidi sanitari, non sempre raggiungibili rapidamente. Per cui si è manifestata l'esigenza di essere dotati di voucher da utilizzare per recarsi al pronto soccorso dell'ospedale più vicino o per usufruire dei servizi di auto pubbliche. Alcune persone hanno evidenziato di aver rinunciato alle analisi periodiche tutte le volte che non hanno trovato un parente, o un vicino di casa, che li potesse accompagnare, perché il costo dei taxi era troppo oneroso. I piccoli comuni raramente si fanno carico direttamente di questi problemi, quando va bene sono le associazioni di volontariato a intervenire.

Questo problema della lontananza dai centri è molto sentito anche

dalle “assistenti familiari” se prive di un mezzo proprio per spostarsi.

La prevenzione e le cure mediche se, da un lato, hanno allungato la vita di molte persone, dall’altro non sono ancora in grado di vincere forme degenerative come la demenza senile o altre forme neurologiche. Per chi ne soffre anche la solidarietà di vicinato è poco significativa, a volte è comunque prezioso offrire un attimo di ‘respiro’ a chi se ne prende cura.

In comuni montani, lo abbiamo verificato durante una ricerca condotta nel territorio di Usseaux, si attivano informalmente reti di sostegno tra gli anziani stessi i quali – ad esempio – d’inverno si trasferiscono a casa di coetanei che vivono in zone più centrali e vicine alle strade sgombre dalla neve. In queste zone il telesoccorso diventa una necessità.

I giovani spesso vedono gli anziani come un «boomerang» economico. I centri di aggregazione dove fare incontrare persone di generazioni diverse possono aiutare a una “riappacificazione”?

Pensare a centri di aggregazione come luoghi di incontro “per una rappacificazione tra le generazioni” mi sembra difficile, se non addirittura utopistico. Forse si potrebbe immaginare una presenza di anziani con un ruolo di tutoraggio nell’avviamento al lavoro, vista la distanza tra la formazione scolastica e il mondo reale del lavoro, come pure come personale di supporto nell’alternanza scuola-lavoro.

Un settore dove concretamente l’incontro giovani-anziani porta ad un’accoglienza reciproca è il mondo del volontariato, dove tutti sono accumulati dal desiderio di essere di aiuto al prossimo o di dedicarsi al bene comune in senso lato, nelle varie forme che il volontariato esprime.

L’etica della responsabilità all’interno delle famiglia è ancora viva? La cura dell’anziano è ancora un valore nonostante la crisi economica?

La crisi ha generato un fenomeno quasi sorprendente: le famiglie che hanno potuto hanno ripreso in casa gli anziani, che erano affidati a strutture, sia per evitare le rette (normalmente piuttosto alte) sia per usufruire della loro pensione in particolare se, in casa, c’è qualcuno che non lavora. Se, da un lato questa soluzione può sembrare positiva e rispondere ad un senso di responsabilità verso l’anziano, non è detto

che, di fatto, lo sia. Da una nostra ricerca è emerso che l'anziano conserva una visione positiva della propria qualità di vita, nella misura in cui resta a casa propria, anche se solo: soltanto così – infatti – può conservare autonomia decisionale e avere propri ritmi, magari con l'aiuto di una assistente familiare. All'ultimo posto nella graduatoria di gradimento c'è la convivenza con un figlio/figlia.

La distanza culturale tra la generazione dei nonni, dei figli e dei nipoti, in questi ultimi decenni, si è particolarmente accentuata, pertanto la convivenza diventa difficile per l'anziano (che spesso è l'anello debole della catena perché è venuto meno il ruolo che gli anziani avevano nella famiglia patriarcale), ma anche per gli altri.

Andrea Cagliaris

Don Carmine Arice

Don Carmine Arice, superiore generale della Piccola Casa della Divina Provvidenza ci apre le finestre sulle nuove frontiere dello stare con gli altri quando hanno dei problemi. E sono finestre su tutto il mondo.

Il valore delle relazioni

C'è un legame forte tra l'anno vissuto a Corneliano d'Alba, in un ambiente ideale e la missione di San Giuseppe Cottolengo? Invecchiare immersi nella natura favorisce la vita o il recupero di parte della vita?



“Invecchiare in un ambiente sano fa bene, ma dovremmo passare dal privilegio di qualcuno ad un bene per tutti. Questo mi fa pensare all’attenzione con la quale il Santo Padre, Papa Francesco sta avendo non solo per il sinodo dell’Amazzonia ma all’ambiente in generale: pensiamo all’enciclica Laudato sì. Il suo è un appello perché tutti sulla terra abbiano la possibilità di usufruire di un valore importante come la natura. L’essere cresciuto in un ambiente così sano e così naturale ha sicuramente influenzato San Giuseppe Benedetto Cottolengo nel suo carattere, nei suoi valori, nella sua vita. C’è da augurarsi veramente che l’ambiente sia rispettato da tutti e sia a beneficio di tutti. Questo mi porta ad un altro tema: la cura che ha avuto sempre la Piccola Casa di

avere attorno alle sue strutture giardini ben curati, una esperienza di natura bella perché il bello fa bene a tutti anche alle persone fragili o con disabilità”.

Disabilità, malati cronici, malati terminali: cosa manca nei nostri territori per permettere di vivere con maggiore serenità?

C'è ancora tanta strada da fare. La domanda è grande, i bisogni aumentano, ma le risposte e le risorse messe a disposizione sono ancora insufficienti. Penso in particolare alle persone anziane affette da malattie croniche e invalidanti e penso al loro bisogno di avere non solo dei “servizi” alberghieri e assistenziali ma di essere raggiunte da vere relazioni di cura integrale. La serenità – soprattutto nelle persone ferite – senza relazioni interpersonali che aiutano a trovare un senso nella vita è un'utopia!

Cosa manca per vivere con serenità e con più salute?

Certamente più infermieri e operatori socio assistenziali sia nelle strutture che a domicilio. La CEI ha avviato l'esperienza dell'«infermiere di parrocchia» e Alba è una delle tre diocesi italiane a sperimentare questo percorso. Purtroppo i tagli ai fondi per la disabilità continuano e preoccupano; se pensiamo poi alla fase terminale della vita o al dolore cronico, c'è un grande bisogno di cure palliative e di hospice ora assolutamente insufficienti anche nella nostra regione. Torno a dire però: anche se avessimo la possibilità di dare tutte le cure possibili ma mancassimo di offrire buone relazioni non daremmo agli ammalati ciò di cui hanno bisogno come il pane e più del pane. Ricordo sempre che la solitudine ammazza prima della morte. Certo, avere anche degli ambienti belli che accolgono i malati, gli anziani è cosa buona, ma la persona va curata in tutta la sua interezza.

Allora che cosa manca ai nostri territori?

Manca una mobilitazione sia per gli anziani e malati che stanno a casa sia per quelli che sono nelle strutture. Questo manca ancora molto e mi pare che anche le parrocchie, sia dal punto di vista pastorale che caritativo debbano aumentare i loro sforzi per raggiungere “i numerosi soli”; a tal proposito potrebbe essere utile organizzare una mappatura precisa del territorio per conoscere situazioni e bisogni e poter agire di

conseguenza. Non si può continuare a trovare anziani morti in casa dopo giorni! Ovvio, questo rischia di succedere di più in città che in paesi piccoli, ma capita purtroppo. Bisognerebbe individuare delle «sentinelle di zona» che segnalino i bisogni, e soprattutto è necessario poter contare su persone che costruiscano con loro relazioni di cura. Bisogna, per esempio, riuscire a far percepire agli anziani che la loro vita ha avuto ed ha ancora un grande valore, che sono importanti, che non stanno aspettando la morte e che non sono un peso ma stanno vivendo una stagione della vita sempre preziosa.

La vita e il fine vita: cosa non c'è nella legislazione per dare invece spazio all'anima ed al cuore oltre che alla fede?

Manca ancora parecchio! Potrebbe essere utile ritornare alla scuola di colei che ha inventato le cure palliative e gli *hospice*, la Cecile Sanders, la quale ci ha insegnato a considerare «il dolore totale della persona malata». È un dolore certamente fisico ma anche spirituale e psicologico, ed è un dolore anche relazionale. Allora a me pare che un certo cammino per il controllo del dolore fisico sia stato fatto; c'è ancora molto da fare per rispondere al dolore totale (*total pain*). In questo senso la legge sulle cure palliative del 2010 ha dato ottime indicazioni ma ancora troppo disattese nella loro applicazione quantitativa e qualitativa. Ma quello che secondo me rischia di essere sempre a rischio in ogni legislazione che tratti la questione del fine-vita è proprio la mancanza di quel riconoscimento incondizionato della dignità della persona a favore di una visione funzionalista dell'esistenza e di un'errata interpretazione del concetto di qualità di vita. E questo può essere molto pericoloso. Ci sono poi questioni legate più direttamente ai trattamenti sanitari come il considerare idratazione e alimentazione, quando non siano inutili o gravosi per il paziente, come trattamenti sanitari e quindi giustificare la loro sospensione arbitraria. Tutto questo mi porta a sottolineare l'importanza dell'obiezione di coscienza da parte di medici qualora vi fosse la richiesta, soprattutto da tutori e fiduciari, di sospendere un trattamento terapeutico proporzionato.

La relazione che cura è stata anche il filo conduttore di giornate del malato. È possibile aggiungere alla relazione un ambiente che cura?

“Quando parliamo di ambiente ok al verde e tutto il resto ma ciò che conta è il mosaico terapeutico e relazione di cui l’anziano o il malato può disporre. Competenze sì tutto le figure che ruotano attorno all’anziano devono coordinarsi come i tasselli di un mosaico. Tra loro uniti con al centro la persona. Cammino arduo e lungo ma quando questo clima non è stato curato o non c’è stato questo e sempre andato a discapito del malato.

Da un lato curare l’ambiente, ma anche quello relazionale degli operatori. E’ come una famiglia se i genitori non vanno d’accordo i ragazzi ne soffrono, in qualche modo questi anziani che sono con noi sono nostri figli e nella misura in cui c’è un’alleanza forte terapeutica e relazionale questo va a totale loro beneficio.. Ci sono studi che dicono e dimostrano come l’ambiente sereno può favorire i tempi di guarigione. Mettiamo tutto questo al servizio dei malati. Ne beneficeremo tutti”.

Invecchiare vuol dire sorridere alla vita fino all’ultimo respiro: è un sogno possibile?

È un sogno auspicabile. Noi al Cottolengo abbiamo centenari che vivono in una stanza e benedicono la vita. Quindi invecchiare in campagna può essere qualcosa che aiuta a sorridere alla vita fino a che c’è qualcuno attorno che ti aiuta a sperimentarne la bellezza. Fin dal primo giorno della nostra esistenza noi, almeno in parte, diventiamo anche quello che gli altri ci fanno essere. Se un genitore disprezza un bambino e gli ripete ogni giorno che non è capace a far nulla, quel bambino sarà sicuramente un bambino infelice con una disistima verso se stesso impressionante. E questo vale anche per gli anziani.

Il sorriso dei malati nelle nostre case è un dono di Dio, come possiamo farlo crescere ed aumentarlo?

Penso non ci sia soddisfazione maggiore per un operatore sanitario che vedere il sorriso del malato. Ora il sorriso non si improvvisa. La parola chiave, lo ripeto ancora una volta, è relazione. Questo sorriso è un dono di Dio “mediato” dalla relazione di qualcuno che ti fa sentire che la tua vita è preziosa e non un peso. Quanto è prezioso far sentir loro l’importanza della loro presenza nella comunità civile. Gli anziani, come dice sovente Papa Francesco, sono la saggezza e la memoria di un popolo. E allora non possiamo non dire loro che ciò che hanno fatto

nella loro vita per noi è importante. E se poi sono persone credenti, non possiamo non far sentire loro quanto è preziosa la loro unione alla sofferenza di Cristo per la salvezza del mondo. E allora è bello vedere anziani o malati che pregano e dicono che, con il Signore, vogliono fare del bene al mondo. Il sorriso, come la gioia è “un risultato indiretto”: più noi avremo relazioni significative con i nostri anziani e malati più il loro sorriso crescerà.

Si vive e si muore ma con dignità e quando è possibile con serenità: in questa società del successo e della bellezza ad ogni costo sta venendo meno l'attenzione all'anima e al cuore oltre che alla fede?

Sì, stiamo vivendo quella che il papa chiama crisi antropologica dove la persona non è più al centro. Ora si impone un'antropologia funzionalista per la quale la dignità della vita è data dalla capacità funzionale. C'è tanto da recuperare. E poi pensare che le famiglie se non sono supportate si prendano cura dei malati è un'utopia. Dobbiamo lavorare su tutti i fronti. Tutti insieme pubblico, privato e comunità cristiana.

Gian Mario Ricciardi e Dario Bracco

Le fil rouge

Il territorio di competenza della ASL CN2 è costituito da aree rurali e da colline la cui posizione geografica concede condizioni climatiche particolarmente salubri per le persone fragili come gli anziani, i bambini ed i malati. La densità della popolazione non è eccessiva e le infrastrutture sono abbastanza adeguate alle necessità di chi vive e lavora in questa parte della provincia di Cuneo. Molte persone, specialmente gli anziani, hanno deciso di trasferirsi in Langa e Roero per vivere meglio questa stagione della loro vita.

PARTE SECONDA

IL TERRITORIO DELL'ASL CN2,
L'AMBIENTE E LA SUA ORGANIZZAZIONE

Baldassarre Molino

Baldassarre Molino è nato a Vezza d'Alba dove è tornato nel 1991 dopo aver concluso il periodo lavorativo a Torino. Dal 1977 si dedica all'area del Roero e dell'Albese, con una nutrita serie di pubblicazioni che gli hanno ottenuto importanti apprezzamenti.

Per il Roero sono da segnalare i volumi su Vezza, Baldissero, Cisterna d'Asti, Monticello, Montà, Santo Stefano, Piobesi, Castagnito, Canale, Corneliano e Pollenzo. Per la Langa ha collaborato ai volumi di Rodello, Barolo, Serralunga, Castiglione Falletto. È il più grande storico di Langa e Roero.

Il Roero



Un deciso cambiamento di corso del fiume Tanaro in tempi geologici recenti – circa 150.000 anni fa – ha fatto in modo che alla sua sinistra si potesse meglio modella-

re questo contraltare delle Langhe che da un secolo e mezzo è conosciuto come Roero, dal nome del potente casato astigiano che vi ebbe in passato il dominio feudale di varie terre sotto la plurisecolare supremazia del vescovo d'Asti. Un territorio che la “fascia delle rocche” rende bifronte per l'appartenenza a due bacini imbriferi e perciò con caratteristiche nettamente diverse. A levante l'area collinare, antropizzata da tempi remoti, ricca di borghi, castelli e chiese, costituita da un dedalo di vallette scavate nei superiori depositi marini pliocenici (“astiani”) e nei sottostanti strati argillosi (“piacenziani”); a ponente, oltre le “rocche”, si trovano i suoli quaternari, coperti ancora in parte dalla storica «*sylva popularis*» (o «*nemus Cellar*»), dove gli insediamenti erano in passato limitati al suo margine occidentale dominante la pianura.

L'unificazione politica di queste due aree è un fatto storico di undici secoli addietro, documentato: con un diploma emanato nel 901, l'imperatore Lodovico di Provenza dona il «*nemus Cellar*» (comprendente anche la «*sylva popularis*») alle vicine pievi della Chiesa d'Asti, le quali si spartiscono l'area acquisita. Il fenomeno dei "borghi di sommità", che interessò l'area collinare dopo il Mille e che si esprime tuttora quasi sempre con un dominante castello, lungo la scenografica e selvaggia "fascia delle rocche" fu così condizionato dalla scelta di collocarsi a controllo dei pochi passaggi attraverso le stesse.

Ad una ancora consistente presenza del bosco a occidente, si contrappone a levante un marcato frazionamento terriero che conferisce fascino al paesaggio, dove la vigna, preminente ma non ancora opprimente, espressione delle migliori capacità del suolo, lascia spazio ad altre colture altrettanto pregiate.

*

L'ambiente collinare che connota gran parte del Roero fu interessato da precoci popolamenti preistorici, per i quali era un riferimento l'importante stazione neolitica di Alba, continuati poi con una capillare presenza ligure sulla quale agì pesantemente la colonizzazione romana. La necessità di Roma di collegare le città di Asti, Alba e Pollenzo fra di loro e con i grandi itinerari portò alla costruzione di *stratae* di una certa importanza nella valle del Tanaro e, soprattutto, in quella del Borbore attraverso il Roero: questo secondo percorso consentiva di raggiungere senza difficoltà Pollenzo e l'attuale pianura cuneese per dirigersi, attraverso i valichi del Tenda e dell'Argentera, alla *Gallia Narbonensis* e alla *Provincia*.

Vengono poi fondate le prime pievi, particolarmente concentrate nell'area roerina. La citata donazione imperiale del 901 al vescovo d'Asti ne cita cinque: S. Vittore di Canale, S. Pietro di Novelle (Monteu), S. Martino di Vezza, S. Giovanni di Villa (Guarene) e S. Pietro di Piobesi. La loro giurisdizione spirituale e temporale copriva praticamente tutto il Roero e costituiva anche la base della potenza patrimoniale e signorile in zona del vescovo d'Asti, che si avvaleva in loco di castellani. Attorno al Mille sono presenti nel Roero anche i grandi monasteri (S. Dalmazzo di Pedona, S. Pietro di Breme, S. Silvestro di Nisantola e, dal XII secolo, S. Maria di Casanova), con vari priorati.

Col secolo XI inizia ovunque un complesso rinnovamento destinato

a produrre profonde mutazioni in ogni campo., A ridosso di un sito forte con torre o castello si formano i “borghi di sommità” (col nucleo della “villa”), mentre vengono abbandonati gli insediamenti sparsi dei tempi precedenti.

Alla fine del XII secolo il Roero mostra la sua coesione durante le lotte del comune di Asti contro quello di Alba: i castellani vescovili danno infatti vita alla singolare alleanza (*coniuratio*) dell’*Astisio* contro Asti. Nel volgere di pochi anni, tuttavia, i castellani sono costretti a cedere e la lega dell’*Astisio*, battuta dal potente avversario e non bastantemente sostenuta da Alba, si riforma sempre più debole per poi soccombere. Cede l’alleanza ma resta il nome: fino a quasi tutto il ’700 buona parte del Roero continuerà a denominarsi *Astisio* o *Asteggiana*. È poi la volta dei conti di Biandrate (vassalli del vescovo d’Asti per Monteu e S. Stefano), pesantemente battuti da Asti nel 1256 e 1290 e costretti a cedere le loro signorie, che Asti sottrae (mediante acquisto o con la forza delle armi) soprattutto al vescovo d’Asti; in alcuni casi, la conquista è drammatica (come la totale distruzione di Tuerdo, già fra Cisterna e Montà). Con la distruzione o il forzato abbandono di vari insediamenti, nascono così nel Roero, per disegno di Asti, le *villenove* di Canale e Montà.

A partire dalla seconda metà del ’200, ma soprattutto lungo il ’300, entrano in scena in quasi tutti i feudi del Roero le principali famiglie di Asti che, arricchitesi dapprima col commercio, quindi col prestito di denaro su pegno mediante *casane* sparse nell’Europa occidentale, investono i proventi acquistando signorie, soprattutto nei feudi vescovili o in quelli conquistati dal comune di Asti. Salgono così alla ribalta gli Alfieri, i Solaro, gli Isnardi, i Malabaila, i Falletti, i Damiano, ecc., ma al di sopra di tutti si collocano i Roero che, con le varie linee, signoreggiano in tutto o in parte su una buona metà dell’area roerina.

*

Si affacciano intanto sul Roero altri potenti. Alla metà del ’200 gli Angioini, quindi, un secolo dopo, i Visconti che, dal possesso di Canale, Bra e S. Vittoria, ottengono il vicariato sulla Contea d’Asti (inclusa l’attuale Roero), in contrasto con le pretese dei conti di Savoia, trasmettendo poi nel 1387 a titolo dotale la contea agli Orléans, dai quali passa nel 1531 – per decisione dell’imperatore Carlo V – a Beatrice di Savoia (moglie del duca Carlo III). Ne restavano fuori le dicias-

sette “Terre di Chiesa” rimaste al vescovo d’Asti, tredici delle quali poste nell’attuale Roero.

La restaurazione sabauda – dopo la pace di Cateau-Cambrésis del 1559 – porta l’ingerenza anche nelle terre del Roero di Emanuele Filiberto di Savoia, il cui successore (Carlo Emanuele I) stipula nel 1611 col vescovo d’Asti Aiazza il contratto di acquisto (ad esclusione della formale superiorità feudale) delle citate “Terre di Chiesa”, tra l’ostilità delle popolazioni locali, avverse all’inclusione nello Stato sabauda, e di quasi tutti i locali feudatari al pari della stessa Santa Sede.

Le disastrose guerre dal 1613 al 1631 per la successione del Monferrato, sul quale avanza pretese il duca sabauda, mettono a dura prova tutto il Roero, diventato una base d’operazioni contro la monferrina Alba e le terre adiacenti. Dopo anni di guerre, distruzioni e saccheggi, il trattato di Cherasco pone fine alle contese nel 1631. Pochi anni dopo sono nuovamente di scena le armate francesi e spagnole, schierate l’una con la reggente Maria Cristina di Savoia, l’altra con i cognati Tommaso e Maurizio. È probabilmente questo uno dei momenti più difficili e impietosi di tutta la storia del Roero: saccheggi e distruzioni da parte di soldataglie numerose e senza legge si susseguono dal 1639 al 1644; tutte le comunità vi restano coinvolte finché, gradualmente, la lotta si sposta su altri scacchieri.

Dopo il trattato dei Pirenei (1659), alcuni decenni di pace consentono alle comunità di riparare i danni e, fra l’altro, di far erigere o ricostruire molte chiese, ma la rottura dei rapporti con la Francia nel 1689 coinvolge nuovamente la zona, con incursioni francesi nei comuni più occidentali e con il saccheggio e incendio di Ceresole e Montà nel 1691. Dopo i momentanei accordi del 1696, le ostilità si riaprono nel 1703 e, come sempre, a subirne le conseguenze sono le popolazioni, taglieggiate soprattutto dai francesi, fino alla vittoriosa battaglia di Torino del 7 settembre 1706.

Si apre così il ’700, secolo pieno di contrasti e non del tutto pacifico, che lascia tuttavia spazio a quella meravigliosa fioritura del barocco piemontese a cui s’ispirano (sovente a scapito di precedenti costruzioni romaniche) molte chiese del Roero. Alla fine del secolo i francesi sono nuovamente protagonisti, specie negli anni 1799-1800, quando impongono la loro dominazione in un’altalena di vicende che aprono la strada alla conquista napoleonica.

Il parco forestale

Sorge al centro dell'ultimo grande bosco della pianura padana, la "Silva popularis" o "Nemus cellar". Sono oltre cento ettari di terreno, una grande estensione che conta una parte di bosco vecchio e l'altra di reimpianti. Negli ultimi dieci anni, infatti, sono circa 150 mila le piante messe a dimora.

È aperto al pubblico dal settembre del 1997, è una creatura di Roero Verde, un consorzio che opera per il recupero di aree abbandonate proprio nel cuore dell'altipiano boschivo che da Ceresole d'Alba e Sommariva del Bosco scende verso Sommariva Perno, Baldissero e gli altri paesi del Roero.



È un parco forestale molto, molto speciale. Infatti è l'unico in Italia, forse in Europa, a finanziarsi grazie ad una discarica. L'ingresso nell'area protetta è infatti accanto all'ingresso della sede della discarica del consorzio per lo smaltimento dei rifiuti di Alba-Bra. Ed è proprio "l'azienda dei rifiuti" a destinare, ogni anno 5 delle vecchie lire al chilogrammo dei rifiuti portati in discarica, fino ad un massimo di 350 milioni per la vita del parco.

Ad affiancare il consorzio c'è, forte e continua, la presenza della Regione Piemonte, che con l'assessorato alla montagna apre, ogni anno, un cantiere forestale con almeno cinque dipendenti e realizza buona parte della manutenzione necessaria.

Ma torniamo al parco. La strada sterrata dall'ingresso subito s'introduce nell'area verde. A destra ecco le nuove piante, sulla sinistra laghi, davanti verde, tanto verde. Si scende di qualche metro, s'attraversa un rio che raccoglieva acque piovane e si risale lentamente per raggiungere la costale che attraversa tutta la zona. Ed è proprio all'inizio di questa parte del parco che s'apre l'ingresso al primo angolo recuperato del parco: un lago, quello delle ginestre, completamente ripulito, recintato con un semplici pali di legno, attorniato da un'area attrezzata con tavoli e angoli predisposti per il barbecue. E, ancora, un campo di calcetto e l'area centrale per piccole manifestazioni.

Il "cervello" del parco è qui. E da qui si può partire sia per il percorso natura che per raggiungere la pineta dei folletti attraversando uno dei più begli angoli incantati del parco.

Ma chi vuole si può incamminare lungo il sentiero che dal lago torna sulla costale. E qui si incontrano: un lunghissimo parcheggio, naturalmente sull'erba, ricavato in una rientranza degli alberi lungo la strada sia a destra che a sinistra; un'area attrezzata per l'atterraggio dell'elicottero del 118; e la zona più amata dai bambini, l'area giochi.

È stata dotata dei divertimenti più belli. Sono tutti "attrezzi" in legno che sembrano voler portare per mano i bambini nel loro incontro con la natura. Ci sono altalene e troni per re e fate, ci sono capanne degli indiani e carrozze, c'è tanta allegria. Ora tutta l'area della "pineta dei giochi" è stata recintata con pali in legno per garantire la massima sicurezza. Vicino ai giochi, c'è la postazione dei servizi, adatta anche per i portatori di handicap e dotata anche di piccole fontane per gli amanti del footing e del jogging che affollano il parco.

A questo punto la strada che corre sulla dorsale si divide. Una corre verso Sommariva Perno dopo aver superato il “pilone dell’Olmetto”, un pilone antico che testimonia anche la presenza dell’uomo nel parco tanti anni fa e può rappresentare un momento di pausa e riflessione per tutti. L’altra strada svolta invece a destra e tra un dolce scendere e salire gira interamente attorno al lago delle Ginestre realizzando un originale “circuitto verde” che andrà a sbucare esattamente da dove siamo partiti, cioè vicino al ponticello sul rio.

Ma, continuando a camminare ecco ancora sulla sinistra i nuovi reimpianti, sulla destra il vecchio bosco ripulito con le moltiplicate aree-sosta ed una divertente teleferica meta obbligata, non solo dei bambini, per tuffarsi letteralmente tra il verde.

Avanza ed ecco la prima “collina dei rifiuti”, cioè la discarica, ora chiusa, dove per dieci anni sono stati portati i rifiuti di tutta la zona. Mano a mano che il tempo passa viene ricoperta di nuova vegetazione e, quando l’operazione sarà finita, potrebbe diventare la collina più alta del Roero. Una collina vicino alla quale già è stata aperta un’altra discarica, ma questa volta, come prevede la legge soltanto per rifiuti inerti, trattati e inodori, praticamente per tutto ciò che resta dopo la raccolta differenziata.



Dunque continuando su questa strada si vede la “collina dei rifiuti” e poco lontano da essa ecco un’altra pineta, quella dei folletti, dotata di tavoli, angoli per il barbecue, fontanelle e naturalmente i servizi. Proprio da qui si può scendere attraverso sentieri interamente restaurati verso il lago delle ginestre, il cuore pulsante del parco. E proprio qui si incrocia il percorso ginnico, un tracciato di 1800 metri in un ambiente non solo suggestivo. Si può respirare a pieni polmoni passando su ponticelli in legno che legano le rive, fermandosi vicino agli anelli alle spalliere, agli assi di equilibrio.

E proprio poco distante c’è il giardino didattico: sono circa tremila metri quadrati dove sono state concentrate tutte le specie forestali che vivono nel parco. E quindi si incontrano la roverella, il rovere, la farnia, il carpino, l’ontano, il ciliegio selvatico, il castagno, la betulla, il pioppo nero, il ginepro, il chiavardello. E accanto a queste le altre specie, cioè quelle usate per i reimpianti: dal faggio al frassino, dall’acero, al platano, all’olmo.

Ma torniamo ancora al lago delle ginestre. Si chiama così perché è molto ricco e quasi attorniato da cespugli di ginestra. Il lago richiama la tipica fauna della zona e vi incontriamo l’airone cenerino, il germano, la gallinella d’acqua, ma anche il gheppio e la poiana e, naturalmente, moltissimi uccelli da passo.

Nel parco stanno crescendo di numero il tasso, la volpe e il cinghiale. Ora, ogni anno, in questo minuscolo parco passano almeno quarantamila persone che vengono dalle vicine città di Bra, Alba, Carmagnola, naturalmente Torino e dai comuni del Roero.

Una bella segnaletica unisce poi tutta la zona. Ha infatti le stesse caratteristiche. È cioè costituita da sostegni in legno con le indicazioni delle diverse località di questo originale paese tutto verde, delle aree sosta, il tutto spesso illustrato da cartine che sono collegate anche ai sentieri e ai numeri che li contraddistinguono che, di qua e di là, lambiscono il parco.

E, davvero, il Roero si conferma una terra antica dal cuore selvaggio e una grande voglia di futuro, futuro che sia verde e ambiente.

Si estende dall’estrema periferia di Torino a Cisterna d’Asti, lambisce due province, è un’oasi che chissà per quali ragioni si è salvata dalle grandi opere di cementificazione del ’900. Conserva, quasi intatti, sentieri che l’attraversano interamente, boschi incredibilmente intatti,

dirupi, scorci di natura incontaminata che è raro trovare in altre parti d'Italia.

È un territorio che chiede ed ottiene attenzione e tutela. Il Roero è caratterizzato da un profilo paesistico variopinto e variegato. Dolci colline con vaste pianure, ripidi pendii e creste, poi strapiombi e non solo nelle vicinanze delle “rocche”.

Da un lato ci sono vigne, frutteti, campi coltivati e boschi che, insieme, formano un mosaico arricchito di maggesi, cespugli e macchie. Sia per un regalo della natura che per la varietà di habitat della fauna e della flora è una terra “unica” che non trova confronti. A nord-ovest ci sono le “rocche” e i boschi che rappresentano un rifugio per molte specie di animali e piante minacciati di estinzione. Vi si trovano quindici specie di orchidee e forte è la presenza di anfibi, rettili,

È il terreno ideale per passeggiate “tardive”, quelle dei pensionati che, in queste strade, in questi sentieri, lungo questi laghi, possono ritrovare il filo della memoria e respirare a pieni polmoni tra ieri ed oggi.

Le fil rouge

L'Asl CN2 ha subito molte trasformazioni da quando era separata come Asl 18 di Alba-Bra e persino da quando le due erano separate in Asl 64 e 65 Alba-Bra. Da alcuni anni si sta realizzando il grande progetto di un unico ospedale che obbligherà l'abbandono dei due oggi esistenti, il San Lazzaro di Alba ed il Santo Spirito di Bra. Ciò ha consentito una più ampia verifica dei servizi sanitari e socio assistenziali dell'intera area.

PARTE TERZA

L'ORGANIZZAZIONE SOCIO-SANITARIA
E ASSISTENZIALE DELL'ASL CN2 ALBA-BRA

Mario Traina, Direttore sanitario dell'Asl CN2

***Mario Traina** è l'attuale direttore sanitario dell'Asl CN2. Laureato in Medicina e Chirurgia, specializzato in Sicurezza Sociale e Organizzazione Sanitaria, ha maturato esperienza ultraventennale nella direzione sanitaria distrettuale e di azienda sanitaria, fino al 2008 come direttore di distretto, e, dal 2008 in poi, come direttore sanitario delle Asl di Vercelli, Torino1, Torino4 e, infine, Alba-Bra. È esperto nei temi della clinical governance: gestione del rischio clinico, Health Technology Assessment, medicina basata sulle evidenze, accountability e customer satisfaction, percorsi clinico-assistenziali.*

L'organizzazione delle strutture



Con l'apertura di Verduno non nasce solo un ospedale ma un nuovo assetto per il territorio di Langhe e Roero: oltre vent'anni fa Alba e Bra hanno scelto di mandare in pensione i due vecchi nosocomi cittadini per unire le forze e dare vita a una struttura all'avanguardia a metà strada fra i due centri abitati. Il cambio di paradigma sarà notevole, come spiega il direttore sanitario dell'Asl CN2 Mario Traina, in carica dal 9 luglio del 2018.

Come sarà la sanità del territorio con al centro Verduno?

“Il Nuovo Ospedale modificherà la situazione soprattutto per quanto riguarda i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (Pdta): un nosocomio unico, in una sede non distante ma diversa rispetto alle attuali, condurrà all'accentuarsi della distinzione tra le funzioni dell'ospedale e del territorio. Per semplificare possiamo dire che all'ospedale corrisponde la fase acuta, e al territorio la cronicità, anche se l'una e l'altra

sono interconnesse perché un evento acuto è spesso correlato a un problema cronico: ad esempio nel caso dell'infarto, che di solito si lega a patologie come ipertensione e diabete. Questo non è sempre detto, ad esempio nella traumatologia, ma di frequente l'ambito territoriale rappresenta una sorta di porta di ingresso per l'ospedale. Allo stesso modo lo specialista sul territorio garantisce la continuità delle cure: chi viene dimesso può essere visitato e seguito più vicino a casa”.

Cosa resterà ad Alba e Bra?

“Permarranno degli importanti insediamenti, attualmente definiti case della salute, che garantiranno il maggior numero e il massimo livello di intensità assistenziale possibile in un contesto territoriale. Quindi non si faranno gli interventi di ernia. Faremo però un prelievo di sangue, e ci saranno, per quanto possibile, un certo livello di diagnosi per immagini (ecografia, doppler), e un'ampia parte di visite specialistiche, come quelle col diabetologo e i *follow-up* oncologici. Non è detto che si debba andare per forza in ospedale per controlli programmati dagli specialisti.

Il valore aggiunto sarà di avere in un unico luogo le figure professionali sanitarie e amministrative: infermiere, medico, psicologo, fisioterapista, il Centro Unico di Prenotazione (Cup), gli uffici. Il paziente così non dovrà di volta in volta andare a cercare una prestazione, ma ci sarà un medico che tiene le fila del percorso. In questa prospettiva è importante che si sviluppino le funzioni del medico di famiglia e dell'infermiere del territorio e di comunità”.

La carenza degli specialisti che affligge il nostro sistema sanitario apre a nuove opportunità per altri ruoli?

“Sempre di più bisogna tendere al riconoscimento di professionalità diverse rispetto al passato: l'infermiere, il tecnico di radiologia e il fisioterapista sono laureati. Nell'ambito della cronicità in modo particolare queste figure possono trovare un ruolo centrale”.

Come incide l'invecchiamento della popolazione sulla sanità?

“L'allungamento della vita ha come conseguenza un sempre maggior numero di persone anziane rispetto al totale, ma aggiungo due elementi. Innanzitutto, man mano che si va avanti con gli anni la percen-

tuale di famiglie monocomponente è sempre più elevata: molti anziani sono soli, e inoltre gli ultimi anni di vita, in particolare gli ultimi due, sono fortemente compromessi dal punto di vista della salute. È necessario adeguare i nostri interventi a queste esigenze, sviluppando non solo una medicina “di attesa” ma anche le cure domiciliari: serve una casa della salute a casa del paziente, che garantisca l’assistenza al domicilio in tutti i suoi risvolti, dal semplice prelievo di sangue alle cure palliative. Da qui l’esigenza di una figura sanitaria che corrisponde sostanzialmente all’infermiere di comunità, una specializzazione già presente all’Università degli Studi di Torino”.

Come si sta evolvendo la gestione della cronicità?

“Un problema riguarda i farmaci: è difficile incontrare una persona anziana che ne debba assumere meno di cinque. Oltre questa soglia si parla di politerapia, con un elevatissimo rischio di effetti collaterali o interferenze; inoltre, l’anziano che deve assumere troppi farmaci alla fine non li prende o li prende male, sbaglia dosaggio, si dimentica. Il paziente quasi mai dispone di un elenco di cosa deve assumere, in che quantità e come: di solito si presenta dal medico con un sacco pieno di UN’Asl con confezioni di farmaci, oppure neanche questo, e lo specialista, ignaro di altri problemi, si trova a prescrivere medicine in modo un po’ estemporaneo. Un compito cui ancora si presta poca attenzione, ma che è fondamentale nel gestire la cronicità, è la riconciliazione terapeutica”.

Qual è nell’Asl CN2 il rapporto fra pubblico e privato?

“La *partnership* riguarda innanzitutto Verduno: il concessionario che ha investito nella costruzione gestirà parte delle attività manutentorie. Come previsto dal contratto, il privato acquisirà una funzione di gestione retribuita dall’Asl, e in questo modo avrà un suo ritorno dell’investimento. Non risultano altri partenariati: in genere si realizzano per le grandi opere.

C’è però uno sviluppo di alleanze, di una sussidiarietà integrativa, di un *welfare* locale di grande interesse e quasi d’obbligo per le aziende sanitarie, visto che i privati sono portatori di risorse a favore dei cittadini: è opportuno che l’Asl svolga una funzione di regia affinché le varie iniziative siano integrate e orientate a risultati condivisi per il benesse-

re della popolazione. Su questo territorio sono presenti risorse di altissimo livello come la Fondazione Nuovo Ospedale, e una certa imprenditoria illuminata, di cui fanno parte Ferrero, Miroglio, il notaio che senza darne pubblicità ha fatto una significativa donazione per Verduno: è una comunità ricca di valori oltre che di possibilità economiche, che l'Asl ha il dovere di attivare il più possibile, come fosse un enzima. Va inoltre ricordata l'enorme ricchezza tipica del Piemonte e più in generale dell'Italia, che è il terzo settore, il volontariato: la collaborazione con alcune associazioni sportive ci consente di sviluppare progetti per la promozione dell'attività fisica come *Argento Attivo* e vari altri, soprattutto in ambito oncologico”.

Gli anziani sul territorio dell'Asl CN2 vivono meglio che altrove?

“I dati epidemiologici dicono che sono fortunati: siamo sostanzialmente in linea con il resto del Piemonte e, per numerosi aspetti dal punto di vista delle cause di morte e delle patologie diffuse, addirittura in una situazione migliore. Non ci sono picchi di patologie preoccupanti. Lavorando in sanità da oltre trentacinque anni e in aziende sanitarie da più di trenta, posso affermare che questo è un territorio dove la sanità si è sviluppata molto bene, e in cui c'è, senza nulla togliere ai presidi attuali, la prospettiva ormai tradotta in realtà di un nuovo, grande, efficiente ed efficace ospedale. È stato anche dimostrato come vivere in una zona con tanti aspetti positivi dal punto di vista ambientale, paesaggistico, economico e produttivo, complessivamente sia un'ottima condizione per invecchiare bene”.

Laura Marinaro

Laura Marinaro, epidemiologa, laureata in Medicina e Chirurgia, specialista in Igiene e Medicina Preventiva - con indirizzo in Epidemiologia e Sanità Pubblica.

Già dirigente medico al servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione, e Responsabile della struttura semplice a valenza dipartimentale Epidemiologia dell'Asl CN2, dal 2009 al 2011 ha ricoperto il ruolo di direttore di struttura complessa Direzione Integrata della Prevenzione all'Asl VC di Vercelli, attivata per la fase di sperimentazione della Direzione Integrata della Prevenzione in Piemonte, prestando il servizio con la Asl CN2 Alba-Bra Dal 2012 è responsabile della struttura semplice a valenza dipartimentale Epidemiologia, Promozione Salute e coordinamento attività di prevenzione dell'Asl CN2 Alba-Bra. Ha effettuato numerosi studi epidemiologici e coordinato come responsabile scientifico vari progetti di promozione salute a livello locale, regionale e nazionale. Ha partecipato come relatore a oltre cento convegni, eventi formativi e workshop, ed è autore di alcune pubblicazioni.

Un'Asl con l'argento vivo



Sono passati cinque anni da quando l'Asl CN2 di Alba e Bra ha lanciato *Argento Attivo - Vivere bene oltre i sessanta*: l'iniziativa ideata dal servizio di Epidemiologia, diretto da Laura Marinaro, è volta a promuovere la salute e il benessere psico-sociale degli anziani. Nel tempo, grazie a fondi ministeriali, il progetto ha coinvolto quattro regioni (Piemonte, Veneto, Marche e Sicilia), e con un nuovo finanziamento, ottenuto due anni fa, si è evoluto in *Argento attivo - Un percorso di valore per invecchiare in salute* (www.argentoattivo.com). Con Marinaro abbiamo fatto il punto su come sta andando e sulla situazione degli anziani sul territorio.

Dottoressa, a quanto ammonta il nuovo finanziamento?

“Il progetto *Argento attivo - Un percorso di valore per invecchiare in salute* è stato finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo (CRC) ad agosto 2018, per il periodo che va fino al 30 settembre

del 2020. L'importo complessivo è di 70mila euro. La nostra Asl è capofila e sono coinvolte anche le Aziende Sanitarie Città di Torino e Alessandria”.

Che cosa è stato realizzato col progetto Argento Attivo finora?

“Nel nostro territorio sono stati organizzati vari corsi per i *caregiver*, cioè familiari, badanti e volontari, per migliorare l'assistenza agli anziani e promuovere un uso più consapevole e responsabile dei servizi socio-sanitari. Nell'autunno del 2018, per il distretto di Alba il corso ha coinvolto 40 iscritti, di cui 29 hanno completato il percorso e ricevuto un attestato di partecipazione; per il distretto di Bra, 35 iscritti di cui 30 hanno concluso il percorso. Abbiamo in seguito organizzato due incontri con i *caregiver* formati negli anni precedenti per raccogliere bisogni formativi e nuove esigenze; stiamo anche valutando se effettuare un percorso di approfondimento per chi ha ricevuto una prima formazione.

C'è poi il filone “anziani attivi” che porta gli over 60 alle proiezioni pomeridiane del cinema Moretta con una *card* da cinque ingressi a 15 euro, in collaborazione con la sala e il Comune di Alba; e ancora i gruppi di cammino, sia ad Alba e Bra che in Langa e Roero”.

I gruppi di cammino sono un fiore all'occhiello del progetto: a che punto sono?

“Sono stati avviati sin dalla prima edizione, da punti di partenza facilmente raggiungibili e con percorsi adeguati agli ultrasessantenni. A giugno dello scorso anno sono stati formati nuovi *walking leader*, o conduttori del gruppo di cammino, per rivitalizzare i gruppi già esistenti e per avviarne di nuovi aperti alla popolazione, ad esempio coinvolgendo donne in gravidanza o in menopausa, e di specifici per categorie come diabetici, ipertesi, disabili, trapiantati, persone in sovrappeso. A conclusione del percorso formativo è stata prodotta una mappa con tutti i gruppi attivi, che indica i punti di partenza, i giorni e gli orari, in modo da rendere ancora più facile la partecipazione agli interessati. L'iniziativa si collega con quella delle Cattedre della salute, in corso sia nell'Asl CN2 che nella CN1 di Cuneo, che prevede passeggiate a tappe, insieme a esperti come il nutrizionista, il diabetologo o l'oncologo, che nelle pause intervengono su temi legati alla salute e alla prevenzione.”

Che cosa si intende per invecchiamento attivo e quali sono i suoi benefici?

“Da anni l’Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) parla di invecchiamento attivo, di successo, sano, per sottolineare il fatto che aver allungato l’aspettativa di vita di per sé non è sufficiente se non si accompagna al mantenimento di una buona qualità della vita stessa. Come spesso si dice: dare non solo più anni alla vita ma più vita agli anni. Una buona qualità di vita non significa solo salute fisica, ma anche attenzione alle dimensioni psicologica, emotiva e sociale. Invecchiare attivamente vuol dire vivere al meglio delle proprie possibilità in ogni fase della vita: le basi per un buon invecchiamento si gettano molto prima di aver raggiunto la fase anziana, e per questo vogliamo lavorare sia con gli anziani che con le altre fasce della popolazione, con particolare attenzione a giovani e adulti a rischio di sviluppare patologie croniche non trasmissibili. Immaginare l’invecchiamento come un processo naturale che non significa per forza decadimento, isolamento e malattia, rappresenta un cambiamento di prospettiva su cui c’è ancora molto da lavorare”.

Cosa dicono i dati sull’invecchiamento in questo territorio?

“I più recenti sono quelli pubblicati nel Bollettino Epidemiologico 2017, scaricabile dal sito www.aslcn2.it. Anche nell’Asl CN2, come in tutto il resto d’Italia, continua l’avanzata degli over 65: sono il 23,7%, con un incremento dello 0,3% tra il 2016 e il 2017. È elevata anche la speranza di vita alla nascita, rilevata per l’ultima volta sul 2015: 80,3 anni per gli uomini e 85,2 per le donne; il dato è superiore alla media regionale, che si attesta a 80,2 anni per i maschi e 84,6 per le femmine. Soprattutto nei piccoli paesi dell’Alta Langa, come Arguello, Borgomale, Serravalle Langhe, vediamo che la popolazione è molto anziana: il tema qui è anche quello dello spopolamento dei paesi delle comunità montane. Sicuramente, però, il nostro è un territorio dove si invecchia molto e bene: gli ultracentenari sono 43 (4 maschi e 39 donne), su una la popolazione residente, al 31/12/2017, di 171.386 abitanti; 382 le persone fra i 95 e i cento anni, e ben 1.812 quelli nella fascia fra i 90 e i 95”.

Adriana Riccomagno

Patrizia Corradini - Direttrice del Distretto di Alba dell'Asl CN2

Laureata in medicina a Torino, si è specializzata in Igiene e Medicina Preventiva con orientamento di Sanità Pubblica alla Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Genova.

Elio Laudani - Direttore del Distretto di Bra Asl CN2

Dopo la laurea in medicina all'Università di Torino, si è specializzato in Patologia Generale sempre a Torino, e in seguito in Statistica medica a Pavia.

Se la sanità, sempre più a domicilio



L'attività dell'Asl CN2 sul territorio comprende dal consultorio alle cure palliative, dalla sanità per gli immigrati anche irregolari temporaneamente presenti sul

territorio al coordinamento dei medici di famiglia. I servizi che fanno capo ai Distretti sono tanto numerosi quanto preziosi, e la loro importanza crescerà ulteriormente con l'apertura del Nuovo Ospedale. Sul tema ci siamo confrontati con Patrizia Corradini ed Elio Laudani, direttori dei Distretti di Alba e Bra, che da sempre collaborano per garantire servizi uniformi su tutto il territorio, cosa che, con l'avvento di Verduno, diventerà ancora più indispensabile: l'intervista "a una sola voce" è un segno della totale sinergia.

Qual è l'importanza dell'assistenza territoriale nella cura della persona?

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita, l'incremento delle malattie croniche e degenerative, il cambia-

mento delle funzioni della sanità fanno emergere la necessità di riorganizzare e rafforzare il sistema di cura per offrire un'assistenza alternativa ma altrettanto efficace. È sempre più sentita l'esigenza di rimanere finché è possibile a casa propria.

In questo contesto che ruolo svolge il Distretto?

La politica sanitaria tende sempre più a spostare l'attenzione dall'acuzie verso la prevenzione e la cronicità; infatti circa il 39% dei residenti in Italia è affetto da almeno una delle principali malattie croniche. Il Distretto è il fulcro di questo processo: risponde alle richieste di salute dei cittadini, al contempo garantendo la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. La programmazione del settore richiede particolare attenzione per assicurare al paziente un percorso di cura e presa in carico globale: sono fondamentali il dialogo e la collaborazione tra le varie figure coinvolte. I numeri dei servizi territoriali offerti nella nostra Asl, confrontati con le medie nazionali, contribuiscono a rinforzare l'ipotesi di una realtà fervida e laboriosa da mantenere e potenziare.

Quali sono le risposte che i cittadini della nostra Asl trovano sul territorio?

Innanzitutto la diffusione capillare dei medici di famiglia, che sono 109, cui si aggiungono 26 medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) e 16 pediatri di libera scelta.

Per rafforzare l'assistenza territoriale servono strumenti per garantire la sinergia tra pubblico, convenzionato e privato accreditato. In quest'ottica si colloca il progetto delle Case della Salute, che prevede una riorganizzazione delle attività sanitarie territoriali, nonché nuove forme di associazionismo e collaborazione fra i medici. Negli anni, l'interazione tra ospedale e territorio ha permesso di definire cure appropriate in un percorso di continuità assistenziale in modo uniforme in tutta l'Asl; questo grazie anche alla condivisione di un'apposita piattaforma informatica di collegamento ospedale-territorio, sempre con l'obiettivo, ove possibile, di privilegiare le cure al domicilio.

Le patologie croniche, con l'aumentare dell'aspettativa di vita, sono in continuo incremento: quali risposte offre il Distretto?

Il punto di riferimento è il Piano Nazionale della Cronicità: la sanità

pubblica sta puntando su strategie di gestione di molte malattie non solo in termini di prevenzione ma anche di miglioramento del percorso assistenziale. Fondamentale è l'integrazione tra l'assistenza primaria, che si basa sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche. A questo scopo è in corso un lavoro scrupoloso per potenziare l'assistenza territoriale, i servizi come l'infermiere di comunità e la telemedicina, e per avviare percorsi di cura individuali che rimettano al centro la persona, lasciando all'ospedale le urgenze e l'alta specializzazione.

Spetterà alle Case della Salute il salto di qualità del sistema: coniugare il principio del curare con quello del prendersi cura in modo totale e multidimensionale, cioè aiutare la persona assistita ad appropriarsi della capacità di gestire la propria malattia e a diventare soggetto attivo nelle scelte di salute.

Qual è, nell'ambito territoriale, la figura di riferimento per il paziente e la sua famiglia?

Al centro ci sono, a oggi, il pediatra di libera scelta per il bambino e il medico di medicina generale dal quattordicesimo anno di età, che vengono sostituiti di notte, nei giorni festivi e prefestivi, dai medici della continuità assistenziale. L'attenzione alla persona e l'assistenza multidimensionale e multiprofessionale impongono una maggiore integrazione tra il medico di medicina generale e gli specialisti abituati a lavorare più in ospedale o in un poliambulatorio piuttosto che al domicilio del malato. Il ruolo del Distretto è proprio quello di mediatore e facilitatore fra le parti.

Quando vengono meno le condizioni per garantire un'assistenza adeguata al domicilio, esistono valide alternative?

L'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle malattie croniche rendono indispensabili soluzioni che si collochino tra l'assistenza domiciliare e l'eventuale ricovero per una patologia acuta. Dato che le possibilità sono numerose, l'impostazione assistenziale viene proposta da un'apposita commissione, che, a seconda dei casi, è la commissione Unità di Valutazione Geriatrica (Uvg) o la commissione Unità di Valutazione Multidisciplinare della Disabilità (Umvd).

Oltre all'Hospice per i malati terminali, con sede a Bra, sono presenti sul territorio due strutture di tipo riabilitativo, La Residenza a Ro-

dello e la Clinica Città di Bra, e due strutture di continuità assistenziale a valenza sanitaria (Cavs), una a Canale con 18 posti letto e una al Centro Riabilitazione Ferrero con 60 posti letto. Mentre i ricoveri previsti in queste ultime sono esclusivamente sanitari e quindi limitati nel tempo, altre tipologie, di natura socio-sanitaria per non autosufficienti, possono essere a tempo indeterminato. È il caso delle residenze sanitarie assistenziali (Rsa), che, sul territorio dell'Asl Cn2, sono 35 (23 sul Distretto di Alba e 12 sul Distretto di Bra), per un totale di 1.496 posti letto: 908 nell'albese e 588 nel braidese.

La lista d'attesa degli aventi diritto a un posto in convenzione nelle residenze sanitarie assistenziali, con retta pagata al 50% dall'Asl, viene elaborata sulla base dei punteggi attribuiti dalla commissione durante le visite; ogni mese l'elenco viene aggiornato e pubblicato sul sito www.aslcn2.it.

Ci sono anche altre possibilità: degenze in residenze sanitarie assistenziali fuori dall'Asl e ricoveri temporanei, della durata di un mese, i cosiddetti "ricoveri di sollievo". L'assistenza semiresidenziale nei centri diurni può essere prevista sia per i disabili che per i non autosufficienti.

Quali sono gli altri compiti del Distretto?

Possiamo citare l'assistenza agli stranieri irregolari temporaneamente presenti (Stp) e agli europei non iscrivibili (Eni): a tal fine da anni è attivo in entrambi i Distretti il Centro Informazione Salute Immigrati (Isi), che segue circa cinquecento persone l'anno. Il Distretto di Alba si occupa anche dell'assistenza nella casa di reclusione albese. Un'attività molto significativa, dal momento che è dedicata in particolare a mamme e bambini, è quella svolta, in collaborazione col dipartimento materno infantile, nei consultori di Alba e Bra.

I paesaggi nei quali abbiamo la fortuna di vivere possono essere d'aiuto per le persone in condizioni di fragilità?

L'ambiente influenza la salute in vari modi, positivi e negativi. Se da un lato gli inquinanti, il rumore, e altre forme di degrado ambientale possono essere dannosi, vivere a contatto con la natura è invece utile per il benessere fisico e mentale: è protettivo per numerose malattie, da quelle cardiovascolari alle respiratorie, dalla cefalea ai disordini del-

l'apparato digerente, fino ai dolori articolari e, soprattutto, all'ansia e alla depressione.

La campagna, oltre a essere un ambiente più sano, esercita un effetto rilassante, che si riscontra anche attraverso i parametri fisiologici come la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa. L'attività fisica, che tende ad aumentare quando si sta in mezzo alla natura, così come la vista degli alberi, del paesaggio e del colore verde, hanno conseguenze benefiche e stimolano sensazioni piacevoli.

LE PRESTAZIONI SANITARIE CHE SI POSSONO RICEVERE AL DOMICILIO NELL'ASL CN2

Spiegano Laudani e Corradini: “Le cure domiciliari sono una modalità di assistenza sanitaria e sociale al domicilio del paziente; l'obiettivo è fornire cure appropriate, da parte del medico di medicina generale, di infermieri, fisioterapisti, operatori socio-sanitari o altri operatori dei servizi territoriali e ospedalieri, degli enti gestori dei servizi socio assistenziali e delle associazioni di volontariato, in base alle necessità.

È, questa, un'importante forma di assistenza non solo per gli anziani ma anche per i pazienti con patologie cardiovascolari e dell'apparato respiratorio, postumi di fratture e altro ancora. Il presupposto sono la presenza e la disponibilità alla gestione attiva del progetto assistenziale da parte di un familiare o *caregiver* al domicilio dell'assistito.

I nostri Distretti si sono da anni organizzati per offrire, anche a casa, un'assistenza sempre più qualificata, suddivisa per livelli d'intensità a seconda delle esigenze della persona, utilizzando anche strumenti e tecnologie innovative come la telemedicina per ridurre i disagi e i costi legati agli spostamenti, e garantire maggiore efficienza e qualità.

Col tempo è stato possibile seguire in casa situazioni sempre più complesse, grazie anche alla possibilità di attivare consulenze specialistiche e psicologiche e percorsi riabilitativi a domicilio. In collaborazione con l'Asl CN1 di Cuneo, è disponibile l'assistenza alla

ventiloterapia domiciliare per pazienti affetti da grave insufficienza respiratoria, da patologie neurologiche e neuromuscolari o tracheotomizzati. È in corso la sperimentazione del progetto proposto dalla Città della Salute e della Scienza di Torino per la radiologia domiciliare in casi particolari. Capillarmente diffuso il servizio di vulnologia per la cura di lesioni da pressione e ulcere. È possibile l'impianto a domicilio, con tecnica eco guidata, di accessi venosi periferici (Midline) sicuri, con minori complicanze e disagio per la persona assistita e con notevoli vantaggi in termini di risorse risparmiate.

L'assistenza in cure palliative domiciliari può contare inoltre sulla consulenza dei medici palliativisti, che valutano il paziente e concordano l'eventuale ricovero in Hospice qualora non ci siano più le condizioni per l'assistenza in casa. Nel 2018 sono state seguite a domicilio.

Adriana Riccomagno

Marco Bertoluzzo
Direttore del Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe Roero

Marco Bertoluzzo, è direttore del Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe Roero dal 2015. Laureato in Giurisprudenza e specializzato in Criminologia clinica a Genova, è anche formatore e docente a contratto di Criminologia del conflitto alla Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino.

Per battere la solitudine



Nel futuro degli anziani del territorio ci sono tecnologia, centri di incontro fra diverse generazioni e case di riposo più “flessibili”: è il pensiero di Marco Bertoluzzo, direttore del Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe Roero, che già oggi porta avanti numerosi progetti innovativi per migliorare il benessere dei meno giovani.

Cosa fa il Consorzio per la terza età?

“Una delle nostre finalità è proprio quella del sostegno agli anziani. Anche qui, come nel resto della nazione, si riscontrano il fenomeno dell’incremento del numero di anziani sul totale della popolazione e quello dell’aumento dell’aspettativa di vita. Oggi abbiamo settantenni che non possono essere considerati vecchi, ma anche una percentuale alta di ultraottantenni non autosufficienti che richiedono assistenza”.

Come sono cambiate le necessità degli anziani?

“Negli ultimi anni, anche grazie a stimoli dai livelli centrale e regionale, e alle battaglie condotte dalle associazioni di tutela della terza età, si è spinto molto sulla domiciliarità: è finito il periodo in cui di colpo, quando non si riusciva più a gestirli, gli anziani venivano “parcheeggiati” in una casa di riposo. Si cerca invece di mantenere il più possibile l’anziano a casa, con una serie di appoggi e aiuti, dal passaggio quasi quotidiano per verificare la situazione, all’accompagnamento alle visite mediche, al mantenimento di contatti con la rete attorno a lui.

Al contempo, soprattutto sul nostro territorio, molto si è fatto per il miglioramento del benessere nelle case di riposo: queste si sono attrezzate bene inserendo nelle figure apicali come il Consiglio di Amministrazione persone legate al paese, coinvolgendo animatori che intrattengono gli ospiti durante il giorno, e puntando su architetture moderne, funzionali, colorate e accessibili”.

Quali i progetti principali del Consorzio per i vecchietti?

“Innanzitutto sappiamo che la qualità di vita dell’anziano non dipende solo dal contesto in cui risiede dal punto di vista fisico, ma dalle relazioni, dal rimanere attivi, dal prendersi cura di sé e della propria salute. Per questo organizziamo *memory training*, ossia esercizi per tenere la memoria allenata, ginnastica dolce, attività ricreative, teatro.

Ad Alba il centro diurno per anziani funziona benissimo: arrivano verso le 9.30/10 e si fermano fino alle 16. Fanno ginnastica, disegnano, leggono il giornale, lavorano sulla memoria, mangiano insieme. In questo modo l’anziano esce, altrimenti resterebbe probabilmente in casa a guardare la televisione, ma c’è una serie di altri vantaggi: i *caregiver* sono alleggeriti e le famiglie possono dare alle badanti i necessari giorni di riposo”.

E in collina?

“Da due anni, grazie al sostegno della Fondazione Compagnia di San Paolo, abbiamo avviato il progetto innovativo Gps; siamo partiti dall’Alta Langa, dove si trova il maggior numero di anziani soli in paesi con pochissimi abitanti, e a volte anche in abitazioni assai distanti dai centri abitati, ma speriamo di poterlo estendere a tutto il nostro bacino. Abbiamo previsto una visita domiciliare bisettimanale o triseti-

manale in cui un operatore socio sanitario, coinvolgendo il *caregiver*, propone attività di movimento, insegna esercizi di memoria per prevenire il peggioramento di Alzheimer e demenza, viene letto insieme il giornale locale Gazzetta d'Alba.

La seconda parte del progetto punta a mettere gli anziani dei paesi in relazione, con un'esperienza bellissima a Bossolasco, in cui in quella che è ormai una terza fase i "vecchietti" in autonomia si sono costruiti una sede, l'hanno dipinta, hanno rimesso in ordine la biblioteca, e ora fanno insieme numerose attività".

Come si stanno evolvendo i centri anziani?

"Il tema è quello dell'intergenerazionalità. Gli anziani non vogliono più incontrare solo altre persone avanti con l'età, preferiscono la Casa del quartiere al centro anziani. Una delle sperimentazioni che stiamo cercando di avviare ad Alba con la nuova amministrazione riguarda proprio spazi non più riservati per età come avveniva negli anni '80 e '90, quando nascevano centri giovani e centri anziani: adesso le generazioni chiedono di incontrarsi. Va sottolineato che in una serie di interviste fatte ai giovani, questi a loro volta esprimono l'esigenza di confrontarsi con adulti "tosti".

In quali altre iniziative sono coinvolti gli anziani?

"Nell'ambito del progetto regionale *We care*, abbiamo immaginato un condominio solidale i cui residenti si offrono aiuto reciproco in base alle loro possibilità.

Con il reddito di cittadinanza (Rei) abbiamo sperimentato gli orti sociali. Sfruttiamo l'inverno, con il rallentamento dell'attività, per la formazione: qui entrano in gioco gli anziani, che mettono a disposizione la loro esperienza e tramandano gli accorgimenti che hanno imparato col tempo.

Pensiamo anche ai trasporti: inventeremo una "metropolitana delle Langhe" che valorizzi i movimenti che già ci sono, e ad esempio assicuri la possibilità di raggiungere il mercato ad Alba e a Dogliani".

Cosa potrà ulteriormente aiutare gli anziani del terzo millennio?

"Le tecnologie. All'ospedale di Alba c'è un'esperienza molto bella

che stiamo cercando di adattare dalla sanità al sociale, quella della videodialisi: lo strumento che già si usa per assistere a distanza chi fa la dialisi a casa potrebbe diventare un connettore, un operatore virtuale che ci aiuta nella gestione della solitudine degli anziani. Penso a un collegamento a metà mattina in cui insegna la ricetta del giorno, al pomeriggio la lettura della pagina di un libro, oppure la diretta con un infermiere che relaziona sullo stato di salute. Il dispositivo è accessibile, facile da installare e da accendere, e funziona molto bene. In questo modo la tecnologia serve per avvicinare, non per isolare. Già oggi, nell'ambito del progetto Gps, alcune "sentinelle di comunità" hanno la possibilità di rintracciare e segnalare tramite un iPad la situazione di solitudine di un anziano".

Qual è il futuro delle case di riposo?

“Nei prossimi anni si tratterà di ripensare il modello di intervento, perché c'è il rischio che la casa di riposo torni a essere o diventi una caserma. Quando il sistema deve gestire tante persone si tende all'uniformità, a imporre regole strette, vincoli e orari, ma in questo caso non si tratta di persone che devono essere formate, come in una caserma. Il sistema della casa di riposo va completamente ripensato in un'ottica di riequilibrio con la famiglia, con personale adatto e con un modello organizzativo che vada nella direzione della casa-famiglia e non della casa di cura. Servirà personale differenziato e più numeroso, bisognerà immaginare figure nuove e lavoro su tempi diversi, puntando sul protagonismo degli anziani nelle strutture”.

Adriana Riccomagno

Luciano Bertolusso

Luciano Bertolusso, medico Medicina Generale, specializzato in gastroenterologia, segretario provinciale della sezione di Cuneo di FIMMG (maggiore sindacato dei MMG), socio SIMG (Società Italiana Medicina Generale) e SIGE (Società Italiana di Gastroenterologia Extraospedaliera).

Il ruolo del medico di Medicina Generale

Il ruolo del Medico di Medicina Generale, nelle aree rurali, il valore dei rapporti personali con i concittadini, mix di fiducia e confidenza e professionalità...



Il Medico di Medicina Generale (MMG), nonostante i progetti, più annunciati che realizzati, di riforma / ristrutturazione del Servizio Sanitario Nazionale, rimane, insieme al Pronto Soccorso, uno dei due punti di accesso all'assistenza sanitaria attraverso i quali i cittadini / utenti possono in modo (almeno per ora) libero, universalistico e sostanzialmente gratuito cercare o trovare risposta alle proprie esigenze di salute. Caratteristica peculiare del MMG è però la sua attività di tipo longitudinale rispetto alla vita ed alla storia clinica di quell'assistito che lo ha liberamente scelto in un rapporto di fiducia assolutamente personale; questo rapporto di fiducia è da un lato l'aspetto più qualificante della nostra attività, ma è d'altro lato il versante più esposto e spesso più fragile del nostro rapporto con il cittadino / assistito. Inoltre, nella maggioranza delle situazioni, il MMG è il Medico di tutta la fa-

miglia, al punto tale che i due termini, Medico di Medicina Generale e Medico di Famiglia sono di fatto sinonimi... E questo implica un ulteriore arricchimento del rapporto personale e professionale con il nostro assistito. Ma anche una inevitabile ulteriore complessità del rapporto stesso. A tutto questo si aggiunge la variabile, tutt'altro che trascurabile, del contesto socio ambientale, demografico e geografico in cui vive ed opera il MMG. È banale, ma forse non inutile, sottolineare, come è già stato detto in altri punti di questa pubblicazione, che la rivoluzione demografica (spostamento delle classi più numerose della popolazione verso le età più avanzate, fuori dalle strutture di produzione economica ma sempre più bisognose di assistenza) e la trasformazione della struttura familiare e sociale (la famiglia che da numerosa diventa nucleare, la donna che diventa indispensabile produttrice di reddito con il lavoro extra-domestico) hanno modificato tutto lo scenario in cui il MMG opera. E queste trasformazioni si stanno facendo più profonde, e persino traumatiche, anche nelle realtà rurali, dove pure sembrava che il tempo non dovesse stravolgere tradizioni, riti, istituzioni e abitudini di vita. Ormai la facilità degli spostamenti e, soprattutto, la facilità delle comunicazioni e dell'accesso alle informazioni, rendono i nostri piccoli paesi molto simili agli ambienti dei grandi agglomerati urbani. Anche da noi ci sono case o condomini che sono disabitati di giorno e che si animano solo alla sera o nei giorni di festa, con pochi bambini che giocano nei cortili o nei giardinetti, con qualche nonno o nonna ("giovane" pensionato/a) che li sorveglia ...In questo ambito e di fronte a queste necessità anche la professione del MMG si dovrà modificare e forse reinventare: chi lavora ha bisogno di avere gli ambulatori medici aperti per molte ore al giorno, ha bisogno di non fare la coda per una ricetta o per una misurazione della pressione, magari ha bisogno (o piacere ...) di un contatto telematico con il MMG o di farsi inviare le ricette sul proprio pc ...Quindi anche per il MMG che vive e lavora delle realtà rurali, dove più forte è la "condivisione sociale e di vita" tra Medico e Paziente, dove spesso si coltivano negli anni rapporti di amicizia che travalicano e stravolgono il semplice e tradizionale rapporto professionale, dove anche al bar o sul sagrato della chiesa con il Medico si parla di ricette, il futuro, che è già un po' il presente, dovrà rivedere le forme e i profili di un servizio che deve trasformarsi senza perdere quel valore prezioso che ciascuno di noi si è costruito (giacché nessuno

ce l'ha insegnato... ne' forse è possibile insegnarlo ex-cathedra) costituito dalla compenetrazione dell'umanità e del rapporto individuale con la professionalità e la conoscenza scientifica. Perché personalmente ritengo che il primo bisogno dell'uomo sofferente sia quello di trovare di fronte a sé chi sia capace di dargli non solo risposte efficaci e scientificamente fondate, ma soprattutto empatia.

Il concetto di *human caring* arricchisce una naturale “mediazione” del MMG tra malato ed istituzioni.

Il MMG è “strutturalmente” il primo e più frequente “mediatore” tra paziente e Servizio Sanitario: indipendentemente da quale sia la struttura o la funzione cui il paziente si rivolge, il MMG è pur sempre il “Medico Curante” per definizione, ovvero colui da cui dovrebbe partire la prima indicazione sul cosa fare e sul dove farlo; e poi indipendentemente da quello che è stato fatto (esame diagnostico, ricovero, intervento chirurgico, ecc.), il MMG è colui che dovrebbe raccogliere le fila del discorso clinico, inquadrando il singolo dato o il singolo episodio all'interno della storia e della vita stessa del paziente. Nella modalità, nello stile, nello spirito con cui si svolge questo compito sta la fondamentale differenza tra il “curare” e il “prendersi cura”.

Questo ruolo del MMG come “medico della persona” storicamente e professionalmente definito e consolidato, negli ultimi anni si è progressivamente intrecciato con la funzione, sottintesa ma sempre più vera, di “medico pubblico o della struttura”: il MMG ogni volta che firma una prescrizione, di fatto, come dice qualcuno, firma un assegno con i soldi di altri (cioè soldi pubblici, di tutti noi) per cui si assume pesanti responsabilità che oltrepassano il suo ruolo clinico facendogli assumere una funzione amministrativa, che le Asl e le Regioni rendono sempre più pressante e pesante da sopportare. Con un perverso (ma inevitabile) intreccio tra l’interesse, deontologicamente prevalente, costituito dalla salute del paziente e quello, realisticamente e burocraticamente presente, della sostenibilità economica del sistema. Mentre in altre realtà, come in Gran Bretagna (che ha un SSN universalistico come il nostro) il MMG è stato di volta in volta definito come “*gatekeeper*” cioè “portiere” oppure come gestore di un budget, in Italia si è proseguito con la identificazione sfumata (e un po’ ipocrita) di un MMG referente clinico scelto dal paziente ma stretto tra i lacci di una burocrazia sempre più invadente e quelli di un quadro economico sempre più povero, di fatto insufficiente a sostenere un accettabile livello di assistenza universalistica in ossequio all’articolo 32 della nostra Costituzione, quest’ottica è comprensibile che “prendersi cura” debba divenire un “prendersi cura della persona” cioè un “*human caring*”. Ricordiamo che quest’ultima rappresenta una filosofia dell’assistenza che si fonda sulla centralità della persona e che pur nascendo in ambito infermieristico, si apre a tutte le professioni di aiuto alla persona. È fondata su un paradigma etico che si traduce in prassi operativa di natura assistenziale, educativa e manageriale e l’elemento fondamentale sta nella personalizzazione dell’assistenza, attraverso un modello capace di offrire significativi contributi alle professioni di cura. Nelle tabelle 1 e 2 sono riportati i dieci “*carative factor*” (“*carative*” da “*care active*” = prendersi cura) successivamente trasformati nei dieci “processi di *caritas*”, valori fondamentali per l’attività dell’operatore sanitario. Lo *Human Caring* oltre alla visione olistica dell’ammalato, pone lo sguardo anche al benessere di colui che si prende cura; i fattori curativi tradizionali mirano a curare il paziente dalla malattia; mentre i *carative factor* sono tutti quei processi di cura che aiutano a preservare, raggiungere o mantenere lo stato di salute, o morire serenamente.

Tabella 1 - I carative factor (Jean Watson)

- Sistema di valori umanistico-altruistico
- Instillare fede e speranza
- Coltivare la sensibilità verso se stessi e gli altri
- Sviluppare un rapporto di aiuto-fiducia
- Promozione ed accettazione della manifestazione di sentimenti positivi e negativi
- Uso sistematico del metodo scientifico del problem solving per il processo decisionale
- Promuovere l'insegnamento e l'apprendimento interpersonale
- Intervenire sull'ambiente in modo che sostenga, protegga e/o corregga dal punto di vista mentale, fisico, sociale e spirituale
- Aiutare nel soddisfacimento dei bisogni umani
- Tener conto delle forze esistenziali-fenomenologiche

Dai *carative factor* prendono origine modellandosi i *caritas process*.

Tabella 2 - I *caritas process* (Jean Watson)

- Praticare le amorevoli cure (loving-kindness) ed equinamità con se stessi e con gli altri, nell'ambito di un contesto di consapevolezza del caring.
- Essere autenticamente presenti, permettendo e supportando il sistema di profondo credo attivando, sostenendo e rafforzando la fede e la speranza di coloro di cui ci prendiamo cura.
- Coltivare le proprie pratiche spirituali ed il sé interpersonale, superando il limite del proprio ego
- Sviluppare e sostenere, in uno scambio di aiuto e fiducia, una vera e propria relazione di caring.
- Essere presente e sostenere l'espressione dei sentimenti positivi e negativi come in una connessione con lo spirito più profondo di se stessi e di coloro di cui ci prendiamo cura.
- Impiegare in modo creativo sé stessi e tutte le proprie conoscenze, quali parti integranti del processo di caring, impegnandosi nell'arte della pratica del caring verso la guarigione.
- Impegnarsi in vere esperienze di insegnamento/apprendimento che aspirano al raggiungimento dell'interezza, cercando di rimanere nell'ambito della sfera di riferimento dell'altro.
- Creare ambienti di guarigione a tutti i livelli, laddove l'interezza, la bellezza, il benessere, la dignità e la pace sono potenziati.
- Prestare assistenza, con riverenza e rispettosamente, ai bisogni essenziali con una consapevolezza di caring intenzionale, amministrando "l'essenziale dello human care" che potenzia l'allineamento di mente - corpo - spirito, l'interezza in tutti gli aspetti di cura.
- Essere aperti a prestare attenzione alle dimensioni misteriose e sconosciute della vita, sofferenza e morte del singolo; alla cura dell'anima per sé stessi e per coloro di cui ci si prende cura.

Il passaggio dal “*to cure*” (curare) al “*to care*” (prendersi cura) è lento e graduale nel tempo. Da un lato perché lo stesso concetto di benessere è stato più volte reinterpretato nel corso degli anni, dapprima inteso come condizione di assenza di malattie, fino a coinvolgere oggi tutti gli aspetti dell’essere, arrivando ad uno stato di soddisfazione interiore generato dal giusto equilibrio di fattori psicofisici. Dall’altro perché questa è una trasformazione culturale profonda che deve permeare la formazione stessa del personale sanitario e del personale medico fin dall’Università. E proprio per quello che abbiamo detto all’inizio di questo paragrafo, il MMG dovrà essere protagonista di questa trasformazione.

La scuola di Umanizzazione di Alba è ancora un esempio per la formazione degli operatori ?

L’Asl CN2 Alba-Bra è stata forse la prima a tentare di trasformare in realtà questi principi attraverso la costituzione della “Scuola di Umanizzazione”. Questa iniziativa, nata nel 2003 dalla nostra Asl (dove da anni era presente una “Carta Etica”) e dall’Azienda Ospedaliera “Molinetto” di Torino, ha via via coinvolto molte realtà regionali.

Lo scopo è modificare l’azione delle Strutture Sanitarie e degli operatori finalizzandola al riportare la persona al centro di ogni intervento sanitario e assistenziale attingendo ai linguaggi della filosofia, dell’antropologia e delle scienze umane.

Tutto questo attraverso una modifica costante nello stile e nei contenuti dei processi decisionali interni all’Azienda, attraverso percorsi condivisi tra operatori ed utenti, attraverso l’osmosi tra il management, la rete organizzativa e l’attenzione alle sensibilità di operatori ed utenti.

Tutto questo passa inevitabilmente attraverso processo formativo permanente, capace di saldare le classiche metodologie di valutazione manageriale e organizzativa con altri aspetti e linguaggi altrettanto necessari.

Come si afferma sul sito Aziendale “la maggiore attenzione posta alla qualità delle cure, e di conseguenza alla qualità della vita, pone al centro del processo di valutazione il paziente stesso e ne valorizza il punto di vista. L’intervento sanitario allora si avvicina all’individuo, il quale diventa vero e proprio capitale umano, affiancabile alle risorse fisiche, finanziarie e umane dell’Azienda e va con loro a costituire il patrimonio complessivo del sistema”.

Pur tuttavia dobbiamo realisticamente essere consci che questo si realizza in un iter complesso, che certamente non si può realizzare nel breve periodo, che si scontra quotidianamente con le difficoltà logistiche e strutturali di una Sanità pubblica farragginosa e depauperata, che dovrebbe essere vissuto ed attuato da personale spesso demotivato, oberato da carichi lavorativi crescenti, estenuato dall'invadenza della burocrazia.

Ma personalmente ritengo che solo con un ripensamento dei nostri ruoli all'interno del Servizio Sanitario, basato su principi come quelli sopraindicati si può accendere o mantenere viva una fiammella di speranza per il futuro.

Soprattutto per gli utenti, fra i quali ci siamo e ci saremo anche noi.

Gian Mario Ricciardi

Marco Didier

Marco Didier, avvocato libero professionista. Da metà degli anni '90 è attivo nell'Acli provinciale, di cui è stato presidente dal 2016 al 2019. È revisore dei conti della Fondazione SS. Lorenzo e Teobaldo di Alba.

Come cambia il volontariato

Cambia la società, cambia il volontariato: con Marco Didier, presidente provinciale delle Associazioni Cristiane dei Lavoratori Italiani (Acli), ci siamo confrontati sulle difficoltà e potenzialità dell'associazionismo sul territorio,



con particolare attenzione all'ambito sociosanitario.

Qual è la situazione dell'associazionismo nella nostra zona?

“Il mondo del volontariato oggi è fatto da associazioni di promozione sociale come la nostra, e organizzazioni di volontariato, cui si aggiunge quello che possiamo definire volontariato informale. Su questo territorio ci sono tantissime esperienze di volontariato sia organizzato che spontaneo”.

In questo contesto che impatto può avere il Codice sul Terzo Settore in fase di attuazione?

“Il legislatore punta a organizzare e disciplinare in modo più completo e in un’ottica di trasparenza il Terzo Settore, per distinguere il volontariato vero dal lavoro “mascherato”. La riforma prevede un regime fiscale “agevolativo” per le organizzazioni che iniziano ad adempiere agli obblighi di legge, ma il meccanismo burocratico richiede un grande impegno, competenze, ha dei costi. Mentre le grandi organizzazioni riescono a sostenere questo cambiamento, le piccole trovano difficoltà. Non a caso il termine per adeguare gli statuti alla nuova legge, inizialmente indicato al 2 agosto del 2019, è stato posticipato a giugno del 2020.

Sul nostro territorio abbiamo esperienze aggregative di tante persone ma anche minimali, di gruppi piccolissimi, per i quali è di una difficoltà assoluta adeguare lo statuto, andare all’Agenzia delle Entrate, redigere un bilancio, magari a fronte di un’attività estremamente ridotta. Il rischio è di usare strumenti societari per il volontariato: se da un lato le finalità del legislatore sono più che degne, d’altro canto per alcune realtà i modi non sono adeguati. In alcuni contesti, tutti questi paletti possono voler dire resistenza al cambiamento e perdita di entusiasmo”.



Sta cambiando anche la figura del volontario?

“Molto: fino a qualche anno fa c’erano tanti giovani pensionati che avevano tempo e volontà di dedicare tempo agli altri. Adesso c’è innanzitutto un problema anagrafico: la gente va più tardi in pensione, e le energie sono diverse. Inoltre è tutto molto più liquido, fluido: serve intercettare nuovi spazi e modalità. Non è che sia venuto meno l’impulso a fare volontariato, anzi, ci sono esperienze molto positive che però non rientrano nei vecchi schemi. A patire di più sono organizzazioni strutturate come la nostra, che subiscono l’invecchiamento dei volontari e la mancanza di ricambio, e in generale chi continua a utilizzare modelli percepiti ormai come poco flessibili”.

Quali sono gli spazi per il volontariato in campo socio sanitario?

“Le esigenze delle persone sono sempre maggiori, innanzitutto perché l’invecchiamento porta con sé problematiche di gestione e sono sempre di più i non autosufficienti. I volontari in questo settore sono necessari, anche per compensare l’intervento pubblico che è limitato. Come Acli provinciale l’esperienza più positiva è l’impresa sociale Gestione Servizi Acli Cuneo (Cesac), con 320 soci, che va proprio a rispondere a questi bisogni: gli spazi ci sono ma sempre più professionali, e anche per questo le imprese sociali stanno avendo sviluppo notevole. Il volontario può fare un pezzo del cammino ma, rispetto a qualche anno fa, oggi è richiesta maggiore competenza: per fare certe cose devi essere un operatore o un volontario formato. Fare volontariato è diventato più impegnativo: è necessario formarsi e dare continuità, se no la tua opera non serve, tu non sei gratificato e perdi entusiasmo”.

Le persone sono diventate meno disponibili?

“Un segnale del fatto che la sensibilità non è diminuita è che le raccolte fondi hanno avuto un’esplosione; al contempo però c’è poca gente che dona ore in continuità. Ci sono organizzazioni con capacità di *fundraising* notevole e milioni di italiani che donano, ma molti meno sono coloro che dedicano il loro tempo e impegno”.

Gli anziani sono tutelati nella loro vecchiaia?

“Il nodo della questione è che le strutture che si occupano di socio assistenza e gestione delle case di riposo non riescono a trovare perso-

nale formato: è necessaria una soluzione anche politica. La Regione Piemonte dovrebbe investire risorse per la formazione degli operatori socio sanitari, perché c'è una richiesta enorme da parte delle strutture”.

È vero che cresce la tendenza a cercare luoghi per trascorrere la terza età vicini alla natura e a uno stile di vita più semplice?

“Il comune in cui vivo, Rodello, è sede di una fra le prime case di riposo e cliniche riabilitative nate sul territorio: negli “anni d’oro” la gente veniva da città come Torino e Milano; poi sono fiorite strutture anche lì, ma il clima e il benessere della campagna sono stati sempre molto apprezzati. Nell’ottica della possibilità di vivere bene la pensione, i centri in collina e con meno abitanti sono più a misura d’uomo per tanti motivi, soprattutto i rapporti sociali”.

Adriana Riccomagno

Le fil rouge

Le condizioni socio economiche e quelle ambientali hanno consentito un'intensa attività imprenditoriale sia pubblica che privata che ha generato quella Public-Private-Partnership che già abbiamo descritto in un precedente studio e rilevato come moderna soluzione al progresso dei servizi di carattere sociale e sanitario. L'integrazione del privato sanitario con le strutture pubbliche, oltre le convenzioni. L'esperienza professionale nella sanità privata convenzionata nel territorio dell'Asl CN2 completa la capacità d'intervento socio sanitario ed assistenziale. Un esempio di concreta, fattiva e utile collaborazione.

PARTE QUARTA

LA SANITÀ PUBBLICA
E PRIVATA

Camillo Scimone - Direttore Sanitario Clinica Città di Bra

Camillo Scimone, ex sindaco di Bra, direttore sanitario della clinica Città di Bra, coordinatore dei medici della Ferrero in tutt'Italia, responsabile del Medical Center e del Dna Center, medico di famiglia per anni, responsabile della medicina del Lavoro. Presidente Sezione Sanità di Confindustria Cuneo.

Sanità pubblica e privata



La sanità pubblica e privata:

“Sentirsi a casa, avere il calore degli affetti familiari vicino, cogliere la serenità dell’ambiente e la gradevolezza del luogo”.

Camillo Scimone, medico, ex sindaco di Bra, direttore sanitario della clinica Città di Bra,

coordinatore dei medici della Ferrero in tutt’Italia, responsabile del Medical Center e del Dna Center, medico di famiglia per anni, responsabile della medicina del lavoro e di tante altre specificità nelle case di riposo del Roero e delle Langhe, riassume così “l’atmosfera” che gli anziani sognano, vogliono, cercano.

“Vogliono sentirsi in famiglia, avere rapporti diretti con tutti i parenti, dividere le loro esperienze di vita in un luogo sereno ed alimentare l’affetto e la vicinanza”.

Nel suo continuo “essere presente” sul territorio il dottor Scimone fotografa una realtà che ha tanti punti a favore di chi è avanti negli anni. “Esiste una rete di servizi, frutto di decenni di lavoro e belle intui-

zioni dei responsabili delle asl, una buona guardia medica ed un'assistenza domiciliare che, pur nella scarsità di risorse, dà ottimi risultati”.

“C'è l'anziano che sceglie fino a che le sue patologie, gli acciacchi dell'età glielo permettono di restare a casa, da soli o con l'aiuto dei familiari o di badanti. Ebbene per loro negli anni è stato costruito un sistema tra medici di famiglia e infermieri delle aziende sanitarie che, sicuramente dovrebbe essere maggiormente integrato, necessiterebbe di una collaborazione maggiore, ma che, comunque è in grado di rispondere ragionevolmente a tutte le richieste ed esigenze. Nei paesi, poi, sono sorti e si sono sviluppati gruppi di volontariato che intervengono gratuitamente per portare che ne ha bisogno negli ospedali per le terapie o gli accertamenti”.

“Insomma – continua – ci sono tante orecchie tese, una sorta di sentinelle della salute che, normalmente, anticipano e rispondono alle richieste d'aiuto. A queste si aggiungono strutture per le fisioterapie e le visite specialistiche”.

“Invecchiare in campagne ed in collina ti offre poi la possibilità di assaporare la bellezza del paesaggio, il ritmo antico e normale delle giornate, la bellezza e purezza della natura. Si respira meglio, si può fare la passeggiata, si può raggiungere Alba, Bra, Torino per spettacoli e rappresentazioni teatrali”.

E poi c'è chi per i motivi più vari entra nelle “residenze per anziani o le case di riposo. È una scelta che spetta esclusivamente all'anziano”. Le “case” sono tutte di prim'ordine, certo alcune hanno più servizi, sono più moderne ed aggiornate, altre addirittura esemplari”.

“Vede gli anziani si dividono in juniores e seniores. I primi aggiungono vita ai loro anni (come dice il fondatore della comunità di Bose Enzo Bianchi) e quindi sono carichi di entusiasmo, si pongono ogni giorno degli obiettivi da raggiungere e respirano con la mentalità dei giovani. Sono quelli che, compatibilmente con le loro patologie, stanno meglio. Poi ci sono i seniores che, invece, vanno sorretti ed aiutati di più di più perché tendono a chiudersi in se stessi. E qui entrano in gioco, nelle case di riposo, gli psicologi e gli specialisti della vecchiaia, nelle case private, quella rete come dicevamo che è fatta di incontri, di giornate non sempre uguali e malinconiche, ma di relazioni sociali da alimentare”.

“Il nostro impegno sul territorio è fatto di efficienti servizi, ma e

molto di umanità di contatti, di sorrisi veri di calore umano. Uno dei veri segreti di una vecchiaia serena è in buona parte questo: offrire loro la possibilità di gustare ancora e per molto il respiro della vita ma con un cuore più leggero.

Gian Mario Ricciardi

Piero Prandi

*Piero Prandi, medico psichiatra e psicoterapeuta, già direttore del Servizio Psichiatrico dell'ospedale di Alba e della Neuropsichiatria della Casa di Cura Città di Bra, attualmente è direttore sanitario della Casa di Cura Sant'Anna di Casale Monferrato e delle Comunità Psichiatriche Pandora di Asti nonché consulente del Centro Ferrero di Alba e della Residenza di Rodello. Membro del comitato esecutivo e revisore di conti della società Italiana di Psichiatria regionale, presidente dell'AMCI Alba-Bra e membro del consiglio direttivo del Ce.R.R.Co.
Si è sempre occupato delle problematiche dell'anziano sia in ambito clinico che di ricerca.*

L'alleanza

Il tuo vissuto ha dimostrato la capacità e la qualità d'intervento socio-sanitario ed assistenziale privato a completamento ed integrazione di quello pubblico?



La mia ormai lunga esperienza professionale esercitata dapprima per circa 25 anni come dirigente ospedaliero e poi in ambiti privati accreditati sia sanitari che socio-assistenziali, mi conferma sempre di più che l'alleanza tra pubblico e privato deve diventare sinergia consolidata; fare sistema e favorire la collaborazione tra i due ruoli rende sostenibile il sistema sanitario nazionale e favorisce i processi di cura e di assistenza. Al cittadino importa che la prestazione sia tempestiva, di qualità, meglio ancora se di eccellenza e compatibile con il suo bilancio familiare per cui si deve incrementare la collaborazione tra pubblico e privato su obiettivi specifici come l'abbattimento dei tempi di attesa per visite specialistiche ed interventi chirurgici e per i ricoveri nelle

RSA. Questo ci aiuterà a garantire ai cittadini piemontesi un sistema socio-sanitario ancora più disponibile ed amico.

L'aumento delle aspettative di vita farà crescere anche il godimento dell'ambiente e la scoperta di territori dove l'equilibrio tra uomo ed ambiente ha conservato la genuinità del tempo. Come, dove, quando un luogo antico, semplice, naturale può influire sull'invecchiamento migliore?

La crescita demografica dei comuni rurali costituisce uno degli indicatori dei progressi compiuti in questi ultimi decenni dall'Italia rurale. Se l'esodo rurale è ormai un lontano ricordo del passato ed è anzi sostituito dal controesodo urbano, significa che le condizioni di vita dell'ambiente rurale sono ormai considerate equivalenti a quelle urbane, se non migliori sotto il profilo della qualità della vita ed anche tutti quei fenomeni che caratterizzano la cosiddetta "maturità demografica" e cioè la bassa fecondità, la denatalità, l'invecchiamento e la femminilizzazione della popolazione, investono ormai, oltre che il mondo urbano, anche quello rurale. Le indagini dimostrano che il pensionamento è spesso causa di mobilità residenziale verso i comuni periurbani e rurali ed altresì che un sempre maggior numero di giovani, spesso laureati, scelgono di dedicarsi all'attività agricola andando, a volte, a recuperare cascinali e borghi abbandonati nonché tipologie di colture ed allevamenti da tempo dismessi.

Altre indagini segnalano che, mentre le città sono diventate un laboratorio dove si sperimentano le nuove forme di famiglia, nella campagna neorurale si assiste ad un certo rifiorire della famiglia tradizionale.

Altri fenomeni attuali che vanno a convalidare i benefici legati all'ambiente rurale sono l'agricoltura sociale e il turismo rurale. L'impresa rurale è uno dei luoghi ideali per invecchiare in salute e un valido centro di aggregazione: le attività collettive, specialmente se svolte in un contesto informale come in campagna, stimolano la vitalità e il benessere degli anziani, favoriscono uno stile di vita più sano e migliorano l'autostima e l'umore.

Dai dati a disposizione quali differenze e realtà emergono a livello epidemiologico socio-sanitario tra città e periferie e le colline del sudore e della fatica?

Vivere in città può sembrare comodo avendo il lavoro a portata di mano, trasporti veloci, negozi sempre disponibili, scuole e servizi a pochi minuti da casa tanto che la metà della popolazione mondiale vive in città ma ciò non è esente da rischi e gli studi evidenziano che vivere in città fa aumentare i livelli di stress e implica una maggior esposizione ai disturbi mentali.

Dagli ultimi studi epidemiologici emerge che le persone che vivono in città hanno la probabilità di accusare un attacco di panico superiore del 20% rispetto a chi vive in aree rurali. Addirittura la probabilità aumenta sino al 40% per i disturbi dell'umore come la depressione. Anche la schizofrenia colpirebbe con una probabilità doppia chi vive in città e, dato significativo, quanto più la metropoli è popolosa.

Una recente ricerca universitaria tedesca pubblicata sulla prestigiosa rivista scientifica "Nature" ha individuato, tramite la risonanza magnetica funzionale del cervello, che nella gente di città le regioni cerebrali che regolano le emozioni e l'ansia sono iperattive a differenza della gente di campagna. Dai risultati è emerso che, oltre ad un aumento dell'attività cardiaca, della pressione del sangue e dei livelli del cortisolo circolante (ormone dello stress), l'attività dell'amigdala (struttura cerebrale responsabile della sensazione di paura) era molto più intensa più era popolosa la città nella quale la persona risiedeva. Non solo, anche un'altra area della corteccia cerebrale, deputata alla vigilanza, risultava più attiva se l'individuo sottoposto al test aveva vissuto in città la propria infanzia.

Quali sono gli scompensi psicofisici che possono trovare risposte adeguate nella realtà della campagna e delle colline, cioè a contatto con la terra?

Invecchiare lontano dal caos delle città e dai fumi del traffico come e quando può aiutare un invecchiamento dolce e a "misura d'uomo"?

Gli studi più recenti non escludono il fatto che, al di là dello stress, sia anche l'inquinamento atmosferico presente nelle città ad influire sulla nostra salute. Un recentissimo studio pubblicato su "The Lancet" ha trovato una relazione tra il rischio di sviluppare una forma di demenza e il vivere vicino ad una strada trafficata: i ricercatori hanno potuto constatare che, rispetto alla media della popolazione, chi vive a

meno di 50 metri da una grossa arteria urbana ha il 7% in più di rischio di essere colpito da demenza.

Secondo un'altra indagine condotta dalla Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi, il cuore e il cervello delle persone che vivono a Torino e a Milano invecchiano quattro volte più velocemente rispetto a quelli delle persone che vivono a Roma, città con un tasso di inquinamento medio più basso rispetto ai due capoluoghi del Nord.

A essere messi sotto accusa, in entrambi i casi, sono due inquinanti atmosferici comuni nelle nostre città, il diossido di azoto e le particelle sottili. Il meccanismo è semplice e diretto: l'inalazione del particolato fine, il PM 2,5, origina un processo infiammatorio nei polmoni e nell'albero circolatorio provocando ed accelerando queste malattie, soprattutto nei soggetti già a rischio per problemi di pressione arteriosa e colesterolo elevati.

Che la soluzione sia quella di andare a vivere in campagna, lontano da inquinamento, sovraffollamento, rumori e stress? Difficile dirlo, ma per il momento i ricercatori stanno guardando alle risposte evolutive date da alcuni animali che si sono adattati alla vita di città. Per esempio, il merlo europeo che popola le nostre città è capace di adattare il proprio cinguettio in modo che sia udibile dai compagni al di sopra dei rumori del traffico urbano ed è in grado di tollerare meglio gli stimoli stressanti rispetto ai cugini che vivono nei boschi.

Non è detto però che questa teoria evolutiva possa valere anche per gli esseri umani per cui è indubitabile che invecchiare lontano dal caos metropolitano e dai fumi del traffico possa aiutare un invecchiamento più a misura d'uomo, più confacente alla ridotta performance psicomotoria dell'anziano e quindi a ritmi fisiologici più moderati e maggiormente omogenei ai ritmi lenti della natura.

Oggi la letteratura scientifica ci conferma che il fare delle passeggiate al mattino migliora le funzioni cardiorespiratorie e la passeggiata serale favorisce la quantità e qualità del sonno, così come il rispettare la regolarità dei pasti, possibilmente a base di alimenti freschi e privi di conservanti, agevola l'apparato gastro-intestinale e il metabolismo dell'intero organismo.

Cosa dicono le percentuali: quali sono le turbe emotive evitabili vivendo nella natura? Quali i rischi?

In uno studio dell'Università di Harvard su 100.000 donne, condotto dal 2000 al 2008, è emerso che le donne statunitensi che vivono in ambiente rurale avrebbero un tasso di mortalità inferiore del 12% rispetto a quelle che vivono in città, in particolare il tasso di mortalità legato a malattie respiratorie era inferiore del 34%, mentre quello legato al cancro era più basso del 13%. Ad aver inciso sarebbero stati diversi fattori a partire da una miglior salute mentale con livelli più bassi di depressione del 30% e quindi minor numero di suicidi e patologie correlate ma anche un rapporto più diretto e confidenziale con il proprio medico che favorirebbe una diagnosi precoce oltre al minor inquinamento ambientale e a uno stile di vita più attivo e soddisfacente sia a livello motorio che familiare.

Tuttavia un'indagine condotta dall'Università di Aberdeen mostra dei risultati differenti per via della scarsa efficienza dei centri medici in periferia ed una ulteriore ricerca dell'Università di Sheffield porta alla conclusione che chi risiede in zone lontane dagli ospedali si espone ad un maggior rischio di danni permanenti e/o di morte per patologie acute cardio-cerebrovascolari (ad esempio le possibilità di sopravvivere ad un attacco cardiaco diminuiscono del 3% ogni 10 km di distanza dall'ospedale).

Esiste e come una rete di assistenza psicologica e psichiatrica che possa assicurare e aiutare chi avanza negli anni?

La rete di assistenza psicologica e psichiatrica afferente alle Asl ha il compito di affrontare con strategie efficaci il problema della salute mentale nella popolazione che invecchia con la finalità di migliorare lo stato di benessere e la qualità della vita e di preservare il più a lungo possibile l'autonomia dell'anziano.

Le aree su cui si concentrano di più gli sforzi sono le demenze, i disturbi dell'umore ed il suicidio, tutte patologie ad alto impatto psicosociale ed a costi elevati. È stato calcolato che i soli disturbi depressivi comporterebbero una spesa pari al 4% del costo totale delle spese sanitarie, principalmente imputabili ad inadeguato trattamento.

Gli obiettivi prioritari prevedono la sensibilizzazione dei medici di Medicina Generale ai problemi mentali degli anziani e la costituzione di gruppi multidisciplinari con medici di diverse specialità, psicologi, infermieri, assistenti sociali, ben integrati nel sistema sociale e sanita-

rio che pongono al centro i bisogni individuali del paziente e della persona.

In Regione Piemonte ogni Asl dispone di unità di degenza ospedaliera per acuti, strutture a carattere riabilitativo di primo e secondo livello nei vari ambiti (neuromotorio, neuropsichiatrico, cardiovascolare, ecc.), day hospital, hospice, moduli di continuità assistenziale a valenza sanitaria, assistenza domiciliare infermieristica, RSA geriatriche, ambulatori con unità di valutazione geriatriche e psicogeriatriche, il tutto per fornire un approccio specialistico e multidimensionale.

In sintesi sapresti elencarmi 10 buone ragioni per preferire la vita di campagna ?

- 1) L'aria è più pulita che in città e si è più vicini alla natura e alle sue stagioni
- 2) Il piacere di aprire le finestre e sentire profumo di terra, erba e resina
- 3) Chi possiede e ama gli animali, li può tenere in tutta tranquillità e libertà senza creare disturbo ai vicini
- 4) L'ambiente rurale favorisce la salute fisica e mentale e quindi la qualità della vita e dell'invecchiamento
- 5) Avere la possibilità di consumare prodotti locali magari coltivati nel proprio orto
- 6) I primi anni di vita di un bambino sono fondamentali per una crescita equilibrata ed armonica e a ciò può contribuire l'unione familiare e la maggior libertà di movimento e di gioco a contatto con la natura
- 7) È più facile stabilire rapporti di solidarietà in quanto tutti si conoscono e si aiutano
- 8) Non esiste lo stress del traffico e del parcheggio ed in genere nel paese e nel borgo non esiste il problema dell'inquinamento da smog e da rifiuti
- 9) Le temperature in estate sono più gradevoli ed in inverno meno fredde, con molto meno umidità
- 10) La magia del silenzio che permette di rilassarsi, di dormire meglio ma anche di sentire i suoni della natura e la nostra risonanza emotiva

Gian Mario Ricciardi

Giovanni Asteggiano

Giovanni Asteggiano, specialista in neurologia e neuropsichiatria infantile, psicoterapeuta, già direttore della neurologia negli ospedali di Alba e Bra, membro del consiglio direttivo nazionale della società italiana di neurogeriatria, insomma uno dei pochi che ha in mente la radiografia neurologica di un grande territorio. Una delle ultime e nuove frontiere scoperte per un invecchiamento normale è quella di una buona "vita spirituale".

Una stagione da vivere

La scienza, dunque riscopre la fede ed il suo contesto?

Scienza e fede sono sempre state un po' lontane se non addirittura conflittuali, ma sul terreno dell'invecchiamento sembrano ripercorrere le stesse strade di molti uomini agnostici o atei che si avvicinano a Dio negli epigoni della loro vita...

Un fiorire di ricerche e pubblicazioni scientifiche su importanti riviste specializzate internazionali (51 articoli esaminati) documentano come sia il sentimento della Fede sia la partecipazione attiva alle Comunità religiose hanno notevole influenza sulla prevenzione della demenza senile e sul contenimento della perdita delle funzioni cognitive soprattutto della memoria. Questa scoperta si pone nel filone scientifico già comprovato che gli interessi sia intellettuali sia in senso lato, la partecipazione e le relazioni umane tengono vivo il cervello e stimolano la produzione dei neurotrasmettitori cerebrali.



Bisogna continuare a puntare sulle riserve cognitive accumulate nel corso della vita, ma come?

Il nostro cervello è composto da strutture genetiche e strutture plastiche che si specializzano, nel corso della vita, in seguito alle più svariate esperienze.

Soprattutto le esperienze intellettuali (lavoro, studio, relazioni sociali, conoscenza delle lingue, ecc) vanno a costituire un pool di strutture pronte ad essere sfruttate a livello cognitivo quando la memoria fisiologica comincia a declinare per invecchiamento o inizio di degenerazione/demenza.

È necessario però mantenere un allenamento con attività mentale la più varia purché sostenuta da stimoli ed interessi e anche hobby o passioni; compresa l'attività psicomotoria con musica come la danza ed il ballo organizzato.

Come è possibile conservare e sollecitare la plasticità dei neuroni dopo i 65 anni?

È altresì comprovato scientificamente che il cervello dopo i 65 anni può ancora arricchirsi di nuove funzioni cognitive con un training specifico o anche semplicemente partecipare a gruppi di studio (Università della Terza Età; trasmissioni televisive, ecc). Mai comunque ritirarsi in casa o cedere alla malinconia e depressione che va sempre curata anche coi nuovi farmaci neurotrasmettitoriali. La depressione è la prima nemica dell'invecchiamento.

Come e perché il contesto ambientale svolge un ruolo fondamentale negli anni dell'invecchiamento?

Il contesto familiare o sociale è fondamentale perché può offrire quegli stimoli indispensabili per non "addormentarsi" psicoaffettivamente. Non è detto che sia solo l'ambiente familiare; può essere benissimo anche un luogo di cura e assistenza come una casa di riposo purché offra adeguati stimoli e anche riabilitazione cognitiva: ludoterapia, psicomotricità. Nella casa di riposo bisogna essere attenti a favorire le relazioni interpersonali con adeguate strategie psicologiche ed una attenta "animazione".

L'assistenza domiciliare è sempre più fondamentale per non passare dalla casa alla camera, ma oggi di cosa ha bisogno?

Il quinto punto è il più importante perché in ogni caso invecchiare nella propria casa è un notevole vantaggio psicofisico perché assicura quei parametri di orientamento; memorie affettive; rilassamento, ecc che sono alla base del benessere mentale ed affettivo. Però con la crisi della società tradizionale le famiglie non ci sono quasi più, nessuno sta vicino all'anziano e quindi le storie più comuni di invecchiamento sono connotate da assistenza di badanti (spesso di lingua e tradizioni culturali straniere). Da questa obiettiva considerazione deriva che l'assistenza a domicilio intesa come stimolazione intellettuale (ludoterapia, psicomotricità, supporto psicologico anche al caregiver, ecc) oltre ad umanizzare questa fase della nostra esistenza, rappresenta un risparmio anche sul versante economico perché il costo letto delle istituzioni è decisamente più gravoso per l'economia sociale povera di finanziamenti.

Per questo c'è necessità di politici e programmatori "illuminati" che aprano una nuova fase della socioassistenza il cui fulcro deve essere il domicilio del paziente oppure centri di accoglienza con determinate caratteristiche ben documentate e che tutti conoscono.

Gian Mario Ricciardi e Dario Bracco

Le fil rouge

L'assistenza agli anziani è sempre stata una peculiarità di questo territorio e l'Asl CN2 ha sempre sostenuto progetti ed iniziative pubbliche e private in questo ambito. La longevità della popolazione aumenta ancora e la natalità diminuisce, problemi economici e sociali che non sembrano avvicinarsi a soluzioni apprezzabili. Per gli anziani non sarà facile sostenere le spese correnti o di una residenza adeguata alle loro aspettative che nel tempo diverranno più esigenti.

Il ricorso a strutture residenziali sanitarizzate dovrà subire, tra non molto, cambiamenti indispensabili per poter continuare a soddisfare le esigenze di un'utenza più sola, più povera e meno sana...

PARTE QUINTA

LE NUOVE STRUTTURE

Silvia Bracco

Silvia Bracco, architetto libero professionista. Ha una significativa esperienza nella progettazione di strutture socio-sanitarie ed assistenziali per anziani auto e non autosufficienti e per disabili, nel settore dell'Edilizia Scolastica e dell'Housing Sociale. Dal 2006 è docente ai corsi di specializzazione e perfezionamento post laurea del Politecnico di Torino "Universal Design: progettazione multisensoriale e barriere architettoniche". È stata responsabile del Gruppo di lavoro del progetto PIEMONTE PER TUTTI "2006" SENZA BARRIERE, della Regione Piemonte nell'ambito delle Olimpiadi e Para-Olimpiadi Invernali di Torino 2006. Ideatrice e consulente per il progetto PUNTO OK della Consulta per progettare l'eliminazione barriere architettoniche, la ristrutturazione e l'adattamento di alloggi per persone che utilizzano ausili per la deambulazione, ipovedenti, sordi, ecc.

Le nuove strutture



L'evoluzione della popolazione anziana, il crescente numero di longevi con o senza gravi problemi di salute ed autonomia e le condizioni socio economiche dell'Italia, così come di molte altre nazioni nel mondo rendono molto difficile proporre soluzioni "residenziali" innovative e rispondenti alle moderne esigenze della popolazione anziana.

Le soluzioni di accoglienza del futuro dovranno essere rinnovate e la progettazione dovrà orientarsi verso nuove proposte di "residenzialità", intesa sia come domiciliare che istituzionalizzata.

Queste residenze dovranno rispondere a più problematiche.

Problemi di carattere strutturale: dove vivere in sicurezza gli ultimi anni di vita. Problemi di carattere gestionale: come far fronte ai costi di un'assistenza adeguata. Problemi sociali: chi saranno i *care givers* di domani?

Ma quali saranno le esigenze degli anziani nei prossimi anni?

Da un punto di vista sociologico, in un futuro molto vicino, avremo anziani sempre più bisognosi di assistenza sanitaria perchè più longevi. E avremo sempre più nuclei familiari costituiti da coppie senza figli, persone sole, figli di coppie separate che dovranno seguire due “famiglie”, con sempre minore tempo a disposizione. Anche quando la famiglia è presente, è sempre più impegnata ed il tempo da dedicare ai congiunti anziani é poco; sempre più spesso il concetto di famiglia non è più quello tradizionale, con ulteriore aggravio della situazione.

Tutto ciò condurrà a un numero di persone prive di supporto familiare sempre più consistente.

Oggi sono già percepibili alcune tendenze che sono destinate a crescere, soprattutto da parte delle persone ancora autosufficienti: traslochi in abitazioni più piccole e facilmente gestibili, trasferimento in strutture che offrano servizi ed ambiente sociale adeguato alle loro esigenze di anziani ancora autonomi ma, che per vari motivi, preferiscono lasciare la propria abitazione.

Da un punto di vista socio-culturale ed economico l'architettura dovrà soddisfare esigenze tra loro totalmente differenti.

Da un lato anziani benestanti, con livello culturale medio alto e buona capacità di spesa che richiederanno strutture di accoglienza di altissima qualità, sia per quanto riguarda l'aspetto architettonico ed ambientale che per quanto riguarda l'offerta di servizi: connessione WI-FI, palestra per lo svolgimento di attività fisica, fisioterapia, proposte culturali ed occupazionali.

Dall'altro avremo anziani che dovranno fronteggiare l'invecchiamento e le correlate problematiche sanitarie ed i costi delle cure con grandi difficoltà economiche: per questa tipologia di anziani le istituzioni dovranno proporre nuove soluzioni che garantiscano l'assistenza e la cura (o torneremo alle “case di riposo” con le camerate?).

Recenti studi hanno documentato come il problema principale dell'anziano moderno sia la solitudine. Un anziano può soffrire di solitudine anche a casa propria ed in città metropolitane, dove l'assistenza domiciliare dovrebbe essere la più moderna erogabile; il tempo a loro dedicato è minimo rispetto alle esigenze di empatia che hanno gli anziani.

Occorre quindi proporre nuove soluzioni abitative ed assistenziali che da un lato consentano di assistere l'anziano dall'altro suppliscano

alle carenze legate alla “scarsa” presenza delle famiglie, in ultimo risultino economicamente sostenibili.

Gli USA già da molti anni hanno elaborato proposte interessanti in questo senso; qui sono nate le cosiddette “*residenze di nicchia*”, complessi residenziali in cui invecchiare in modo attivo con persone che condividono gli stessi interessi.

Esistono residenze per ex insegnanti come la *University house Wallingford a Seattle*, la cui offerta è incentrata su eventi culturali, musicali, cinema ecc. L’offerta abitativa è molto varia con ben 22 tipologie differenti di lay out di appartamenti e sempre ampie possibilità di personalizzazione degli stessi. Oltre alle unità abitative sono offerti servizi comuni quali ristorante, portineria, wellness, pulizia settimanale, manutenzioni, trasporto, lavanderia, biblioteca e soprattutto, a richiesta, è disponibile un’assistenza infermieristica e sanitaria. Tutti gli appartamenti sono dotati di sistema di chiamata di emergenza ed è possibile effettuare controlli medici settimanali e/o diurni a seconda delle necessità.

Altri esempi sono le residenze per gli anziani di origine asiatica, dove il design è incentrato sulla cultura cinese e progettato secondo le regole del Feng shui. Sono offerti servizi comuni analoghi a quelli della *University house Wallingford* ma le attività sono legate alla tradizione asiatica (Tai chi, pilates, scacchi, Mahjong, calligrafia cinese,...).

Ci sono poi le residenze per gli artisti, per gli ex postini e così via, fino ad arrivare alle *Community gate* per gli anziani attivi come *Sun city o The Villages in Florida*, vere e proprie cittadine a misura d’uomo, con accesso riservato agli over 55, costruite per i pensionati che vogliono mantenere uno stile di vita molto attivo. Queste comunità offrono



attività sportive e ricreative, mobilità e servizi che si rivolgono a diversi tipi di residenti. Il cuore della comunità è sempre un campus servizi completo di aree per cenare e socializzare.

In alcuni casi sono offerti programmi di residenzialità “completa”. Si tratta di complessi dove sono presenti alloggi e strutture assistenziali in cui trasferirsi nel momento in cui si perda l’autonomia.

Il limite di queste strutture sta nell’elevato costo economico, che ne rende difficile l’accesso a molti anziani.

Anche in Europa alcuni gruppi di lavoro hanno considerato questa situazione per una “*housing innovation*” realizzando progetti ed analisi per poter proporre soluzioni abitative da inserire nel contesto residenziale già esistente.

Abbiamo seguito alcuni di questi studi del gruppo HAPPI (*Housing our Ageing Population: Panel for Innovation*) che ha scelto il rapporto tra ambiente e invecchiamento della popolazione con studi di nuove, future strutture, attività sociali per “anziani in città”, e design per adeguarsi ai cambiamenti che comporta l’invecchiamento. Questi studi affrontano anche l’aspetto sociale per evitare la paura dell’invecchiamento.



to e l'aspetto economico (come gestire i costi della salute e dell'assistenza nella parte finale della vita).

Tra le proposte progettuali, riferite tutte alla realtà inglese, alcune possono fornire spunti per il contesto italiano, specialmente se si riferiscono ad aree rurali dove Italia e Inghilterra sono entrambe apprezzabili. Il caso dell'arch. *Dean Hawkes* che espone un progetto per abitazione “*dove passare il resto della vita*”, dove voler invecchiare, cioè una casa ricca di risorse e protezioni utili subito, ma indispensabili quando s'inveccherà. L'esempio del balcone protetto utilizzabile anche d'inverno, specie se al piano terreno, senza barriere od ostacoli che impediscano il passaggio dal pavimento della casa a quello del balcone a quello del cortile. Il tutto protetto da vetrate scorrevoli e sistemi oscuranti.

Questa unità abitativa può essere modulare e costituire l'insieme housing ove saranno inseriti locali “comuni” come la cucina, la sala polifunzionale, spazi per hobby, TV e musica, ambulatori per i medici e infermieri che garantiranno una presenza costante nella struttura.

Se questo insieme di abitazioni fosse adiacente ad una RSA potreb-



be esservi collegata da corridoi opportunamente indicati e climatizzati, così che la RSA diverrebbe l'*Hub* dell'insieme e garantirebbe la possibilità di "*passare il resto della vita*" nel medesimo contesto, geografico e sociale, con tutti i vantaggi che ne deriverebbero.

L'idea espressa consente alcune riflessioni:

- I costi di realizzazione o adeguamento di strutture devono ridursi per ridurre quelli di gestione.
- È opportuno prevedere una maggiore flessibilità delle strutture, intesa sia come proposta di soluzioni abitative differenziate all'interno di un medesimo complesso che possa ospitare sia alloggi che RSA, anche con offerte qualitative differenziate.
- A livello nazionale dovrebbe nascere una revisione degli standard progettuali e costruttivi atti a consentire nuove forme di *housing e di assistenza* che oggi risultano difficilmente inquadrabili nell'ambito della normativa e pertanto non autorizzabili.
- Il mercato è ancora in grado di offrire forme di acquisto o comodato che tengano conto delle condizioni dell'anziano, sia sanitarie che civili, delle sue risorse e volontà, in modo da avvicinarsi il più possibile al concetto di "*casa per la vecchiaia*".
- Dagli studi esaminati e partecipati una componente virtuosa per una serena vecchiaia risulta essere l'ambiente, cioè il clima e la salubrità dei luoghi.

Di ciò l'Italia non è seconda a nessuno, a cominciare dal territorio di Langa e Roero cui questo studio è rivolto.

Paolo Spolaore

Paolo Spolaore, imprenditore da oltre trent'anni, già presidente della Commissione Sanità di Confindustria Cuneo e vice presidente a livello regionale. Si occupa di strutture socio-sanitarie: ne ha aperte in quasi tutta Italia, dal Lazio all'Emilia Romagna, alla Lombardia, alla Liguria e al Piemonte. Per il 2020 ha in programma una nuova scommessa: una struttura per autosufficienti nel pieno centro di Alba, all'interno della Casa Madre della Famiglia Paolina.

La sfida

Come si vive nelle case di riposo in Langa e Roero?

“Il rapporto con la famiglia nei piccoli paesi è molto più assiduo. Nelle grandi città le esigenze sono completamente differenti, il che non significa che la qualità della relazione non sia buona ma la presenza durante la giornata è minore, soprattutto a causa dei lunghi spostamenti”.

Quali strutture gestisce il Consorzio Obiettivo Sociale, di cui è presidente, sul nostro territorio?

“In provincia di Cuneo ne gestiamo a Savigliano, Lagnasco e Bene Vagienna, oltre a quella roerina di Priocca. Quest'ultima, la residenza Santo Stefano, ha 78 posti letto, destinati soprattutto ad accoglienze di lunga durata, convenzionato con il servizio sanitario regionale. Occupa una cinquantina di addetti”.



Come gestite le strutture?

“Teniamo ad avere standard molto elevati: è un incentivo per le famiglie a entrare e stare con i propri cari”.

Ci sono aspetti di criticità?

“La gravissima carenza di operatori socio assistenziali: il problema è l’attuale legge regionale che comporta una carenza di persone formate. Siamo costretti ad attingerli da altre regioni, in particolare dal Meridione”.

Com’è cambiata la gestione delle case di riposo rispetto al periodo in cui ha iniziato a lavorare in questo settore?

“Quando ho iniziato gli ospiti delle strutture erano per l’80% anziani autosufficienti, a fronte di circa un 20% di non autosufficienti: questi ultimi finivano nelle lungodegenze e nei reparti di geriatria degli ospedali, con costi mostruosi e un’assistenza non adeguata, mentre nelle case di riposo arrivavano soprattutto casi con problemi sociali o con disabilità psichiche a seguito della chiusura dei manicomi. Col tempo la situazione è mutata perché le Regioni hanno iniziato a legiferare in materia: sono nate prime residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e sostanzialmente è cambiato il tipo di utenza. Le Rsa si sono giustamente sostituite alle case di cura e agli ospedali, puntando quindi su un taglio più sanitario”.

Come sono cambiati gli ospiti?

“Si è allungata la vita ma è scesa la qualità della salute. Il nostro consorzio si occupa anche di assistenza domiciliare, e sono convinto che un anziano che sta bene debba stare a casa sua: la vecchiaia non è una malattia”.

Come cambieranno le strutture nel prossimo futuro?

“L’evoluzione sarà legata al fatto che finora i nuclei famigliari erano formati dai genitori e non più dieci o dodici figli come un tempo ma comunque tre, quattro, cinque. I nuovi nuclei famigliari hanno uno o due figli, il che significa che gli anziani, anche se staranno ancora bene, avranno però un minore supporto; bisognerà offrire loro delle situazioni di residenza protetta ma con piena autonomia, delle specie di *housing*”.

Quali sono i progetti su cui sta lavorando?

“Entro la fine di quest’anno nascerà nella Casa Madre dei Paolini, in piazza San Paolo ad Alba, una residenza sanitaria assistenziale, che sarà gestita dal Consorzio Obiettivo Sociale, proprio con questo tipo di impostazione. Occuperà un intero piano della struttura, suddiviso in bilocali che verranno messi a disposizione di persone autosufficienti: gli alloggi saranno dotati di sala da pranzo e cucina, ma ci sarà, per chi lo desidera, la possibilità di usufruire di ristorante, lavanderia, servizio medico, fisioterapia. Si tratta di un progetto sperimentale perché ad oggi lo Stato non supporta questo tipo di accoglienza, e pertanto dovranno essere le famiglie a farsi totalmente carico dei costi; sto però sottoponendo al Consorzio Socio Assistenziale l’ipotesi di sostenere chi possa averne bisogno e non possa permettersi la spesa”.

Come cambieranno i bisogni sanitari ad Alba e dintorni con il Nuovo Ospedale di Verduno?

“La necessità si svilupperà in ambito di acuzie: in città dovrà nascere qualche sostegno di natura sanitaria per le fasce deboli che non hanno la possibilità di andare a Verduno. Penso ad esempio a quegli anziani che si spostano con difficoltà e faccio fatica a immaginare che possano usufruire dei mezzi pubblici per recarsi in ospedale”.

Qual è il ruolo del volontariato nelle strutture che gestite?

“È difforme da zona a zona ma in generale nelle strutture dove operiamo in provincia di Cuneo la presenza di volontari è significativa. Molto dipende dall’ubicazione: ad esempio all’Ottolenghi, in frazione Mussotto, avevo tentato con fatica di costruire gruppi di volontari, ma spesso questi sono giovani pensionati, non tutti guidano, ed era evidentemente troppo fuori dal centro.

A Priocca c’è un discreto gruppo di volontariato, sostenuto dal sindaco Marco Perosino che lo caldeggia; per rendere il rapporto con la nostra struttura ancora più stretto, addirittura la messa del sabato, anziché in chiesa, ora viene fatta nella casa di riposo, in modo che tutta la popolazione frequenti la struttura”.

Adriana Riccomagno

Don Valerio Pennasso - Direttore nazionale per i beni culturali ecclesiastici

Don Valerio Pennasso, direttore nazionale per i beni culturali ecclesiastici, servizio nazionale per l'edilizia e il culto, presidente della Fondazione SS. Lorenzo e Teobaldo, voluta dal vescovo, monsignor Marco Brunetti, per uniformare l'accoglienza e l'assistenza agli anziani, insomma un "super partes" moderno, aggiornato, efficiente che ha in mente e non solo l'immagine dello sforzo della chiesa per stare accanto a chi è avanti negli anni.

Una fondazione per crescere



Molti ordini religiosi hanno scopi istituzionali dediti all'assistenza socio sanitaria (Cottolengo, Fatebenefratelli, San Camillo, Don Gnocchi ecc.) altri sono stati costituiti ad hoc per attività in campo socio sanitario e assistenziale (Don Guanella, Opera Immacolata Concezione di Padova) ed anche la nuova Fondazione di Alba sta concretizzando "in itinere" gli obiettivi, qual è la "mission" che le unisce?

“Parto dalla citazione del recente dialogo di Papa Francesco all'udienza di mercoledì 28 agosto u.s.

La comunità ecclesiale descritta nel libro degli Atti degli Apostoli vive di tanta ricchezza che il Signore mette a sua disposizione – il Signore è generoso! –, sperimenta la crescita numerica e un gran fermento, malgrado gli attacchi esterni. Per mostrarci questa vitalità, Luca, nel Libro degli Atti degli Apostoli, indica anche dei luoghi significativi, per esempio il portico di Salomone (cfr At 5,12), punto di ritro-

vo per i credenti. Il portico (stoà) è una galleria aperta che funge da riparo, ma anche da luogo d'incontro e di testimonianza. Luca, infatti, insiste sui segni e sui prodigi che accompagnano la parola degli Apostoli e sulla speciale cura dei malati cui essi si dedicano.

Nel capitolo 5 degli Atti la Chiesa nascente si mostra come un "ospedale da campo" che accoglie le persone più deboli, cioè i malati. La loro sofferenza attira gli Apostoli, i quali non possiedono «né argento né oro» (At 3,6) – così dice Pietro allo storpio – ma sono forti del nome di Gesù. Ai loro occhi, come agli occhi dei cristiani di ogni tempo, i malati sono destinatari privilegiati del lieto annuncio del Regno, sono fratelli in cui Cristo è presente in modo particolare, per lasciarsi cercare e trovare da tutti noi (cfr Mt 25,36.40). I malati sono dei privilegiati per la Chiesa, per il cuore sacerdotale, per tutti i fedeli. Non sono da scartare, al contrario Sono da curare, da accudire: Sono oggetto della preoccupazione cristiana. [...]

Nelle piaghe degli ammalati, nelle malattie che sono impedimenti per andare avanti nella vita, c'è sempre la presenza di Gesù, la piaga di Gesù. C'è Gesù che chiama ognuno di noi ad accudirli, a sostenerli, a guarirli.

L'esigenza di farsi carico della vita dignitosa e in salute delle persone è motivata principalmente dall'esempio di Gesù, come ci ricorda Papa Francesco. In ciascuna delle persone si trova la presenza di Gesù, una sua piaga.

Da sempre i cristiani si sono dedicati alle necessità delle persone in modo personale, discreto e di vicinanza, oppure in modo organizzato e "istituzionale" costituendo istituti religiosi, capaci di offrire professionalità e competenze, ma soprattutto le motivazioni più adatte alla cura delle persone.

Molte delle nostre parrocchie in diocesi di Alba, nel tempo, guidate dai propri parroci, hanno pensato di dare risposte concrete agli anziani che non potevano più rimanere da soli in casa. Hanno realizzato le case di riposo quale risposta concreta a una domanda di aiuto di persone sole o comunque non più autonome. Tale risposta continua ancora oggi in tante realtà direttamente gestite dalle parrocchie: Castagnole Lanze, Castiglione Tinella, Monforte, Narzole, Pocapaglia, Rodello, Sommariva Perno. Molte altre nel tempo si sono organizzate attraverso forme

diverse di gestione. In questi ultimi anni per poter continuare a offrire risposte adeguate alle crescenti responsabilità e necessità di cura delle persone nelle più diverse condizioni di salute, la Diocesi di Alba ha intrapreso un percorso al fine di costituire un soggetto pubblico autonomo. S.E. Mons. Marco Brunetti ha così costituito un Ente ecclesiastico civilmente riconosciuto: la Fondazione dei Santi Lorenzo e Teobaldo. I due Santi patroni della Diocesi bene rappresentano la testimonianza di cura per i poveri e gli ammalati, nell'accompagnamento costante e continuo.

La Fondazione non ha scopo di lucro e ha lo scopo di promuovere, organizzare e sostenere l'attività pastorale della diocesi di Alba nel campo della salute e del sostegno, dell'assistenza e della cura delle persone e in particolare del clero.

La Fondazione è stata dotata di un Consiglio per l'Amministrazione l'11 febbraio 2019.

Per poter adempiere al meglio la sua missione si è costituita come Impresa sociale del terzo settore ed ha assunto la responsabilità della gestione delle due strutture per anziani anche non autonomi (RA e RSA) de La Residenza in Rodello e La Pineta in Cerretto Langhe, di proprietà rispettivamente delle Parrocchie di San Lorenzo in Rodello e Sant'Andrea in Castiglione Tinella. Ha altresì assunto la gestione della Casa di Cura di riabilitazione ortopedica e neurologica La Residenza di Rodello.

Il Consiglio per l'Amministrazione della Fondazione ha assunto la responsabilità di dare continuità sulle motivazioni e scopi delle strutture de La Pineta e La Residenza, raccogliendo l'eredità dei loro fondatori, a servizio delle persone e del territorio offrendo qualità di servizio e di prestazioni sanitarie nonché le più profonde motivazioni cristiane. Basta qui ricordare don Angelo Borgna e don Valentino Vaccaneo come pure don Mario e don Cesare Battaglino e tanti altri, laici e consacrati che hanno speso la loro vita.

La Fondazione in questo modo, a garanzia della continuità, svolge pure un ruolo di relazione con la Parrocchia che ha realizzato le strutture e la sua comunità. La Fondazione si pone a sostegno della pastorale della parrocchia offrendosi come strumento operativo su mandato del parroco, perché possa dedicarsi maggiormente alle attività pastorali”.

Proprio per queste ragioni la Chiesa uniformerà la gestione e/o il controllo di queste attività, anche attraverso nuovi enti o istituzioni proprie?

“Papa Francesco il 12 dicembre 2015 ha eretto la Pontificia Commissione per le attività del settore sanitario delle persone giuridiche pubbliche della Chiesa. La Commissione ha lo scopo di acquisire tutte le informazioni necessario per sostenere e orientare le attività delle persone giuridiche pubbliche della chiesa che operano nel settore sanitario. Il settore è di particolare interesse per la chiesa non solo per gli aspetti economici e imprenditoriali, ma soprattutto rispetto alla mission delle congregazioni religiose e gli enti ecclesiastici che si fanno carico della cura delle persone.

Il settore nella congiuntura internazionale soffre particolari difficoltà economiche e di gestione, che rischiano di snaturare il servizio, ma anche mettono a rischio la missione stessa delle istituzioni. Per questo motivo la Pontificia Commissione si pone al servizio perché sia garantita la missione della cura delle persone pur intraprendendo strade che possano garantire la sostenibilità delle attività”.

Partendo dalle mutate esigenze dell’anziano “moderno” esistono programmi di formazione degli operatori, ancorché laici propri di questi enti religiosi?

“La formazione degli operatori rappresenta una priorità delle strutture. Non si tratta solo di prestazioni professionali dal punto di vista sanitario e riabilitativo, dall’adeguamento della struttura alle diverse necessità degli ospiti e neppure dell’adeguatezza delle procedure. La formazione del personale rappresenta un indicatore della capacità di innovazione delle strutture sanitarie e assistenziali. Sostenere la formazione sotto i profili professionali e motivazionali avviano processi qualitativi non soltanto nella somministrazione di servizi e attenzione alla persona, ma innesca il desiderio di cambiamento e sostiene il desiderio a fare meglio elevando la qualità professionale.

La Fondazione si propone mettersi a servizio in questa prospettiva proprio per favorire qualità e innovazione.

Un altro aspetto caratteristico e innovativo è rappresentato dalla qualità dei processi organizzativi e produttivi anche in campo sanitario e assistenziale creando luoghi sicuri per il lavoro e i lavoratori, innalzan-

do il clima relazionale. Si creano così i presupposti perché la qualità della vita e delle relazioni degli ospiti e pazienti tra di loro e quelle con gli operatori, si possa esprimere al meglio. Sicurezza, qualità della vita delle persone e del lavoro rappresentano non soltanto degli obiettivi, ma strumenti di qualità”.

Quali sono, alla luce della nuova stratificazione sociale e delle nuove esigenze dell’organizzazione della società, le nuove frontiere e le nuove strade delle “case di riposo” parrocchiali o diocesane per un’adesione aggiornata alle nuove esigenze?

“Quando nel 1969 avviò il suo servizio di Casa di Cura e di Soggiorno anziani La Residenza, fece grande scalpore sia presso i sacerdoti che presso la pubblica opinione. Si trattò di una intuizione contro corrente. Una Residenza per anziani, non una casa di riposo, ma un luogo per le persone. Non per quelle ricche! Fin dal suo inizio La residenza è stata all’altezza del suo compito con una visione prospettica delle nuove esigenze per le persone che non potevano più vivere da sole a casa propria per molti motivi.

Le necessità delle persone oggi stanno evolvendo all’interno di una società sempre meno solidale non soltanto per motivi economici, ma soprattutto sociologici. Più anziani che giovani, più famiglie poco numerose e spesso molto articolate e con legami più fragili, più patologie regressive e maggiore longevità.

Già si sta cercando di affrontare le nuove situazioni aprendo le strutture residenziali a servizio delle persone del territorio per il pranzo, per attività di animazione, per il servizio di lavanderia e infermieristico. L’attenzione alla integrazione per garantire l’autonomia a casa propria è una delle strade difficile, ma veramente interessante. Da rivitalizzare poi è l’azione coordinata sul territorio con le figure che svolgono un supporto sociale.

Sarebbe interessante avviare luoghi di incontro fra operatori per ascoltare le necessità delle persone e delle famiglie e trovare proposte sostenibili studiate e realizzate ad hoc, che sappiano anche intraprendere strade nuove”.

Gian Mario Ricciardi - Dario Bracco

Suor Nadia Pierani - Direttrice del Cottolengo di Alba

Suor Nadia Pierani, direttrice del Cottolengo di Alba, diploma universitario di Assistente Sociale e laurea specialistica in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali alla Libera Università Maria SS. Assunta di Roma. Ha frequentato il corso per direttore di comunità socio-sanitaria. Dal 1992 ha operato come Assistente Sociale alla Piccola Casa della Divina Provvidenza di Torino, e dal 2001 al 2015 è stata coordinatrice del Servizio Sociale della struttura. È iscritta all'Albo degli Assistenti Sociali della Regione Piemonte.

Cottolengo, la persona al centro

Dopo tre anni e mezzo di ristrutturazione, la scorsa primavera è stata inaugurata ad Alba la rinnovata Casa Cottolengo. Con i lavori i posti sono passati da 80 a 99:

57 per gli anziani non autosufficienti, dodici per gli anziani autosufficienti e trenta per i disabili. Nella Capitale delle Langhe la Piccola Casa della Divina Provvidenza, uno dei quaranta centri sparsi in tutta Italia, è nata oltre 130 anni fa, in una posizione fortunata ai margini del Centro Storico, con un vasto parco.

La Casa Cottolengo di Alba ha saputo adattarsi ai cambiamenti della società: oggi, con concretezza e alla luce dei valori del fondatore san Giuseppe Benedetto Cottolengo, come spiega la direttrice suor Nadia Pierani, continua a guardare al futuro.



Quanti sono attualmente gli ospiti? E gli operatori?

“Abbiamo 80 ospiti, anche se i posti sono 99: già da questo dato si evince il momento di criticità che attraversiamo a causa della carenza di personale formato. L'inaugurazione della struttura rinnovata è stata il 29 aprile del 2019 ma già dalla fine dell'anno precedente i lavori erano stati ultimati; non è stato però ancora possibile occupare tutti i letti, nonostante la lista d'attesa, a causa dell'insufficienza di organico. È un momento storico in cui mancano operatori socio sanitari e infermieri in molte Regioni, non solo in Piemonte e nella nostra Asl. Oggi lavorano nella struttura 65 addetti, tra dipendenti e personale di cooperative”.

Come si sta evolvendo la funzione delle case di riposo?

“Negli ultimi decenni ci sono stati molti cambiamenti, per vari motivi, in particolare l'avanzamento delle cure mediche, l'allungamento della durata della vita e questioni di tipo sociologico: i figli spesso lavorano, hanno una propria famiglia e si devono occupare della cura dei genitori anziani. La struttura, così, è diventata un elemento indispensabile nel ventaglio della risposta ai bisogni della persona. Al contempo è aumentata la necessità di cure specialistiche e di assistenza di tipo professionale”.

È cambiato anche il tipo di assistenza?

“Grazie all'attenzione alla famiglia e alla qualità di vita, questa non è più l'ultima stazione della vita ma un momento ancora importante da vivere per l'anziano e i congiunti.

Se si riesce a garantire un livello di qualità sufficiente, diventa anche un bel periodo, perché l'anziano viene sollevato da una serie di incombenze e vive con serenità una situazione tranquilla; di conseguenza per la famiglia si riducono i sensi di colpa, che sono sempre alti al momento del ricovero.

Nel nostro caso l'essere in città consente alle famiglie di avere i genitori o nonni vicini; non ci sono limiti all'orario di visita e, data la posizione comoda in Alba, anche chi lavora riesce a vedere i propri familiari, avendo accesso alla struttura in qualsiasi momento”.

L'età degli ospiti è aumentata?

“Attualmente ne abbiamo due di 99 anni e tanti ultranovantenni ancora discretamente in gamba: l'età media è molto alta. È una generazione temprata, che ha affrontato grossi sacrifici”.

Come immagina le gestione di una struttura “cottolenghina” nel prossimo futuro?

“Spero continueremo ad adoperarci ogni giorno per un ideale: un luogo dove far vivere con una buona qualità di vita l'anziano o il disabile nella sua globalità, in cui la persona sia il perno di ciò che ruota intorno. Sulla centralità della persona si è detto e scritto tutto il possibile, ma per noi è importante che sia la concreta realtà quotidiana: ciò richiede un motore molto forte e resistente, che sappia contrastare le difficoltà, non ultima la fatica a trovare il personale”.

Quali sono gli obiettivi che vi ponete nell'assistenza?

“Lavoriamo affinché la persona sia al centro con i suoi bisogni biologici, psicologici, sociali e spirituali: puntiamo a dar voce alla paura della morte, alle domande inesprese sul senso dell'esistenza, sul rapporto con i cari e con Dio. Non bisogna dare per scontato questo spazio personale, questa necessità individuale di religiosità, qualunque essa sia, che se si vive in una struttura diventa ancora più importante. Il dettaglio non si può tralasciare, perché se sei a letto o in carrozzina la vita è fatta di dettagli.

Subito dopo va tenuto presente che la qualità della vita degli ospiti dipende dal benessere degli operatori, aspetto su cui gioca un ruolo centrale l'aver personale a sufficienza”.

Quali sono le caratteristiche del territorio?

“È fondamentale l'eredità culturale dei Ferrero: strutture come la nostra non possono competere con quello che può offrire un'azienda ai propri dipendenti, ma, compatibilmente con le proprie caratteristiche, si possono portare avanti certi valori e obiettivi. Qui sono ancora possibili i rapporti umani: lo spessore culturale che contraddistingue Alba e dintorni è qualcosa di cui essere fieri.

In più, il Cottolengo ha le sue radici nel carisma, nei valori indistruttibili di solidarietà, nell'aiuto concreto alla persona nella sua globalità,

nella dedizione completa agli ospiti. La scritta all'ingresso, "Piccola casa della Divina Provvidenza", non è solo un'etichetta ma una traccia, un'eredità da vivere, una marcia in più: non è questione di essere presuntuosi ma di restare fedeli a un dono ricevuto, che vogliamo condividere nel clima di partecipazione e coinvolgimento, e nella creazione di condizioni vivibili, di qualità, rispettose e serene per ospiti e operatori. Anche quella di fermare l'occupazione dei letti è una grossa scelta di qualità: per noi è importante servire sufficientemente bene gli ospiti che abbiamo".

Che ruolo ha il volontariato?

"I volontari contribuiscono a una risposta di qualità: vivacizzano e rendono bello stare nella struttura, sono una garanzia di sorriso. Il nostro territorio usufruisce di un grande spirito di solidarietà, e la Casa può valorizzare al meglio l'apporto dei volontari grazie alla sua collocazione nel centro cittadino; allo stesso modo la struttura è sempre accessibile anche per scout e scuole. La porta d'ingresso di vetro trasparente, da cui si vede il giardino, è il simbolo della nostra apertura e volontà di valorizzare lo scambio con la città: è una felice posizione in un felice territorio. Inoltre teniamo ai rapporti con gli altri associazioni ed enti, e partecipiamo a tutte le occasioni e ai tavoli organizzati dall'ente pubblico".

Ai modelli oggi disponibili aggiungerebbe qualche nuovo tipo di struttura, ad esempio le *housing*?

"A differenza che in una grande città, ad Alba una soluzione per anziani autosufficienti con l'esigenza di un contesto protetto potrebbe essere interessante: ad esempio qui abbiamo 12 posti, di cui 7 attualmente occupati per le stesse ragioni della struttura residenziale, per chi è in grado di uscire magari per fare una commissione ma non si sente più di stare a casa da solo. Una città piccola, con una dimensione umana, offre possibilità per spazi personalizzabili".

Su quali progetti vi state concentrando attualmente?

"Un aspetto importante è legato alla carenza legislativa del Piemonte riguardo ai disabili ultrasessantacinquenni, che vengono trasferiti con gli anziani pur avendo caratteristiche e bisogni differenti. Su que-

sto fronte ci impegniamo nel quotidiano ma abbiamo anche presentato ad Asl e Consorzio Socio Assistenziale un progetto sperimentale per sviluppare un nucleo dedicato, all'interno della nostra residenza assistenziale flessibile, trasformandone il tipo di servizio in linea con i bisogni delle persone seguite: sono stati proprio i due enti, che hanno subito aderito alla nostra proposta, a presentarla alla Regione, da cui attendiamo un riscontro per procedere”.

Adriana Riccomagno

Le fil rouge

La provincia di Cuneo, cui appartiene il territorio dell'Asl CN2 preso ad esempio per questo studio, ha radicate tradizioni cattoliche che hanno consentito una forte crescita della spiritualità ed influenzato molto l'assistenza alle persone disagiate e fragili come gli anziani o i malati cronici. Ne è un grande esempio il Cottolengo di cui abbiamo riferito in precedenza, ma molte sono le istituzioni anche laiche che continuano ad operare per il bene del prossimo, specie se bisognoso.

PARTE SESTA

SOCIALITÀ, SPIRITUALITÀ,
QUALITÀ DELLA VITA

Don Domenico Bertorello - Cappellano Ospedale di Alba

Don Domenico Bertorello, cappellano Ospedale di Alba e Direttore Pastorale dell'anziano e della salute della diocesi di Alba - Licenza in Teologia Pastorale e triennale in Psicologia della comunicazione all'Università Pontificia Salesiana di Torino. È assistente spirituale dell'Asl CN2 all'ospedale San Lazzaro di Alba e collaboratore parrocchiale della parrocchia San Lorenzo a Rodello.

La forza della spiritualità

Visto che i sacerdoti non bastano più, presto serviranno altre figure professionali, formate, per fornire l'assistenza spirituale necessaria a un numero di anziani e ma-



lati in costante aumento: a spiegare questa esigenza è don Domenico Bertorello, cappellano dell'ospedale San Lazzaro di Alba e incaricato della Pastorale della Salute diocesano e regionale.

Sono disponibili dati sull'età dei sacerdoti nella nostra zona?

“Nella Diocesi di Alba ci sono 126 parrocchie e circa 95 sacerdoti, di cui una cinquantina oltre i 75 anni”.

Come sarà possibile coprire le necessità del territorio in un'epoca in cui l'età aumenta e si riduce il numero di sacerdoti?

“L'invecchiamento della popolazione, e ovviamente anche dei preti, ci impone di ipotizzare nuove figure professionali da preparare adegua-

tamente per dare assistenza spirituale a chi ne ha bisogno; altrimenti non potrà essere fornita in modo capillare come in passato. Penso a dei laici che in prospettiva potrebbero essere assunti come assistenti spirituali nelle case di cura e anche negli ospedali, laureati in teologia e specializzati in pastorale della salute”.

Come si concretizzerà questa formazione nella Diocesi di Alba?

“L’ufficio di pastorale della salute, insieme ad altri settori, si propone di formare i laici, a partire dai ministri della comunione, in loco, sui temi della salute e della spiritualità. Ci concentreremo anche sul crescente problema della salute mentale, in collaborazione con lo psichiatra Piero Prandi, presidente della sezione di Alba e Bra dell’Associazione Medici Cattolici Italiani (Amci). Saranno coinvolte realtà come il Centro Ricerche Cornaglia, e varie associazioni operanti sul territorio: ad esempio l’Unione Nazionale Italiana Trasporto Ammalati a Lourdes e Santuari Internazionali (Unitalsi), il Centro Volontari Assistenza (Cva), la Croce Rossa Italiana, solo per citarne alcune”.

Quali iniziative sono in programma sul territorio per migliorare la condizione di un numero crescente di anziani e malati?

“Le Asl CN2 di Alba e Bra e Roma 1 e le diocesi di Alba, Roma e Tricarico, in provincia di Matera, sono coinvolte in un progetto sperimentale che è già partito nella Capitale l’anno scorso, che prevede l’istituzione di un “infermiere di parrocchia”. L’Asl assumerà un infermiere che si occuperà di mediare tra territorio e comunità, sfruttando la peculiarità delle parrocchie di riuscire ad arrivare a situazioni che spesso sono conosciute a queste ma non ai servizi sanitari. Vista la distanza dai principali centri della zona, il progetto dovrebbe partire in Alta Langa”.

Adriana Riccomagno

Don Paolo Marengo - Cappellano RSA

Don Paolo Marengo, cappellano RSA di Montà e altre, Don Paolo Marengo è parroco di Monta d'Alba, che comprende le tre parrocchie di Sant'Antonio Abate, dove hanno sede le residenze per anziani Divina Misericordia, San Rocco e Ca' Nostra e San Vito, e le altre di Santo Stefano Roero, Le Acacie e Casa Serena.

Una sfida per tutti



Pochi sacerdoti, tante parrocchie: per don Paolo Marengo, parroco dei Comuni di Montà d'Alba e Santo Stefano Roero, dove si trovano ben quattro case di riposo, non è solo una criticità ma soprattutto una sfida da affrontare. L'obiettivo, creare una comunità sempre più coesa.

Come vivono gli anziani nelle case di riposo che visita?

“Soprattutto quelli che si trovano vicino ai luoghi dove hanno sempre abitato sono sereni: possono vedere spesso i loro cari, oltre a sentirsi inseriti in un contesto conosciuto”.

È cambiato nel tempo il ruolo delle strutture per anziani?

“Le famiglie tendono a collocare gli anziani nelle case di riposo quando non riescono più a farne a meno, ed è esemplare come si cerchi di tenere a casa i genitori finché è possibile. Le strutture sono cambia-

te: un tempo, quando erano gestite dalle suore, l'ambiente era più familiare; adesso sono più organizzate ma sembrano quasi alberghi, prigioni dorate”.

Quanto è importante l'assistenza spirituale?

“È importante per umanizzare i rapporti, nonostante si impegnino da questo punto di vista anche il personale medico e infermieristico, e gli operatori socio sanitari. Il rischio oggi, soprattutto nelle strutture molto grandi, è che si perda l'aspetto umano che in passato era più forte. Noi sacerdoti non sempre riusciamo a essere presenti, avendo numerose comunità da seguire, ma cerchiamo con l'aiuto di volontari di garantire la vicinanza della parrocchia”.

I sacerdoti sono pochi: quali le conseguenze?

“È un aspetto problematico da una parte, ma dall'altra una sfida: i parroci hanno sempre più realtà da seguire, così si rende necessario un lavoro di unità pastorale e non solo legato alle singole parrocchie. La gente continua a chiedere gli stessi servizi di quando c'era un prete residente in ogni parrocchia, e questo ci obbliga a lavorare per avere più collaborazione nelle comunità. Non è facile, ed è un cambiamento di mentalità, prima che di cose da fare; serve lavorare insieme: una sfida per i sacerdoti e per i parrocchiani”.

Come possono essere di sostegno i volontari?

“Il volontariato è indispensabile, fa da collante tra i gruppi di credenti e le persone che vivono in condizioni di fragilità: i volontari sono la *longa manus* di una collettività che si fa presente. Ultimamente è diventato più complicato dedicarsi al volontariato nelle strutture, perché ci sono norme e regole particolarmente stringenti: anche solo per entrare e spingere una carrozzina bisogna frequentare corsi e avere delle assicurazioni. Un tempo era tutto più semplice, un contadino poteva portare la sua frutta e verdura senza ostacoli particolari, mentre ora c'è rischio di una burocratizzazione eccessiva che potrebbe anche scoraggiare qualcuno. Comunque nelle case di riposo che frequento i volontari ci sono e fanno parte di associazioni che garantiscono la formazione e le assicurazioni necessarie”.

Come si potrebbe ulteriormente migliorare l'assistenza agli anziani?

“Le comunità ormai sono formate per lo più da chi è avanti con l'età o versa in condizioni difficili: l'attenzione alla fragilità deve essere fra le priorità anche della pastorale. Va dedicata un'attenzione sempre maggiore ai vecchi, a chi vive momenti di disagio o fragilità, ai “piccoli” del Vangelo”.

Adriana Riccomagno

Le fil rouge

Le iniziative e le peculiarità delle istituzioni pubbliche o private del territorio dell'Asl CN2, suscitano interessi nuovi che giustificano domande specifiche. Per questo studio abbiamo intervistato esperti e responsabili di enti che ci hanno fornito informazioni utili al nostro lavoro.

PARTE SETTIMA

GLI ESPERTI

Gianni Firera - Responsabile Comunicazione Inps in Piemonte

Gianni Firera, responsabile della Comunicazione Inps in Piemonte. Già vicesegretario nazionale del Gruppo Uffici Stampa della Federazione Nazionale della Stampa Italiana e vicesegretario del sindacato piemontese dei giornalisti, l'Associazione Stampa Subalpina, è stato Console Onorario d'Albania in Piemonte e dal 2004 è presidente dell'Associazione culturale "Vitaliano Brancati".

L'ultima istantanea

Dottor Firera, ci scatti una fotografia del mondo Inps.

“Con venti Direzioni Regionali, ramificazioni su tutte le provincie e nei maggiori centri, l’Inps ha 40 milioni di utenti, gestisce 22 milioni di lavoratori, distribuisce 17 milioni di pensioni, di cui 4 milioni sono pensioni assistenziali. Ma Inps significa anche consulenza e sostegno ad anziani non autosufficienti”.



In che modo siete impegnati per il sano invecchiamento della popolazione?

“L’Istituto Nazionale di Previdenza Sociale, per natura e funzioni svolte, detiene un significativo patrimonio informativo che va ben oltre le tematiche “previdenziali”. L’Inps da sempre ha svolto ruoli e funzioni al servizio della società, fedele a una “mission” di collante fra le varie generazioni che si sono succedute nel tempo. Ad esempio, all’Inps è

affidato l'importante compito di preservare una significativa parte della "memoria" del Paese: la documentazione storica conservata nei nostri archivi è a disposizione per interpretare al meglio l'evoluzione della società in cui viviamo e la gestione delle problematiche derivanti dall'invecchiamento della società stessa".

Il futuro del welfare saprà rispondere ancora a lungo alle esigenze dell'anziano?

“L’Istituto è molto attento ad adeguare le misure da adottare a un welfare che non è assolutamente statico, ma è in continua evoluzione e, talvolta in progressione. Gli studi, le ricerche, le collaborazioni che abbiamo con le parti vive del sistema, università e Centri di ricerche in primis, ci permettono proprio di sviluppare le sensibilità necessarie per analizzare al meglio i mutamenti che avvengono con qualche anno di anticipo”.

A livello di welfare esistono studi che misurano le possibilità di sostegno tra generazioni?

“Certo. Ma va sempre ricordato che il nostro compito è quello di applicare tecnicamente le direttive ricevute attraverso le leggi dello Stato”.

Il mondo che ruota attorno alla previdenza è uno dei punti di riferimento per la popolazione anziana, quali sono le garanzie di funzionalità di questo sistema?

“Forse non tutti sanno che a garanzia dell’operatività dell’Inps c’è un altro organo che ha funzioni di indirizzo e vigilanza dell’Istituto (CIV) che predispone le linee di indirizzo generale e gli obiettivi strategici dell’INPS e approva il bilancio predisposto dal Presidente. Il Consiglio di Indirizzo e Vigilanza è composto da 22 membri, designati dalle rappresentanze sindacali dei lavoratori, dei datori di lavoro e dei lavoratori autonomi e nominati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri. La durata in carica è di 4 anni. Il Presidente del CIV è eletto tra i rappresentanti dei lavoratori dipendenti e anche la sua durata in carica è di 4 anni. Una garanzia per tutti”.

Andrea Cagliaris

Luciano Scalise - Direttore Generale della fondazione del nuovo ospedale Alba-Bra

Luciano Scalise, direttore generale della fondazione del nuovo ospedale di Alba-Bra, è una delle “anime” che hanno permesso di creare un’area di consenso fortissima sul territorio per il nuovo ospedale. Con l’aiuto dei presidenti che si sono succeduti, ha contribuito a creare una rete che ha fatto da supplenza allo Stato recuperando ingenti fondi per l’acquisto delle attrezzature necessarie e dell’arredamento: una formula oggi copiata in molte parti d’Italia, a partire da Cuneo per il Santa Croce.

La Fondazione di tutti

La Fondazione è stata un’idea vincente che ora viene ampiamente copiata in Italia, secondo lei, è casuale che sia nata in una terra che ha conosciuto la malora ed il successo ma ha la solidarietà nel dna?

Il territorio Alba-Bra-Langhe-Roero è uno dei territori più dinamici non solo della Provincia di Cuneo ma dell’intero territorio nazionale.

Un’area che è passata in pochi decenni da una condizione di marginalità – “il mondo dei vinti” descritto da Nuto Revelli – ad una impetuosa fase di crescita fondata sull’imprenditorialità locale, sulla valorizzazione delle specificità territoriali e di “savoir faire” antichi, fino al recente riconoscimento Unesco.

Quella che si mostrava come un’area della tranquilla provincia piemontese di quasi esclusiva economia agricola, ha saputo trasformarsi



in un importante distretto industriale ed artigianale, caratterizzato non solo dalla presenza di grandi imprese internazionali (Ferrero, Miroglio, Mondo Rubber, Abet, Rolfo) ma anche da una fitta rete di piccole e medie imprese, spesso leader in mercati di nicchia. Nel contempo l'agricoltura ha mantenuto una sua vitalità migliorando ancora di più le proprie produzioni di elevata qualità e fortemente specializzate, capaci di generare sinergie con altri settori produttivi, in particolare con il turismo ed il commercio.

Negli anni recenti il turismo può essere considerato come l'elemento che più ha caratterizzato questo territorio, orientato verso l'enogastronomia di qualità e la tutela delle bellezze del paesaggio e dei monumenti di Langhe e Roero. Il cittadino che risiede su questo territorio apprezza anche un altro elemento: aver mantenuto, pur nell'evidente progresso economico e nella crescente internazionalizzazione delle scelte imprenditoriali, una dimensione umana e cordiale della vita quotidiana e dei rapporti sociali ed una accentuata tendenza al saper vivere e vivere bene.

Considerazioni queste che non si fermano ai dati esteriori della gradevolezza di paesaggi e città o alla fortunata formula del ben mangiare e bere, ma si stendono al complesso intersecarsi dei rapporti culturali e sociali. Il fascino dei luoghi trova conferma nelle suggestioni di alcuni famosi scrittori (Beppe Fenoglio, Cesare Pavese, Giovanni Arpino) che qui hanno vissuto e narrato lo spirito dei luoghi.

Altrettanto importante da sottolineare la ricchezza dei rapporti sociali rappresentata dal numeroso ed articolato mondo dell'associazionismo. Decine di organismi operano in diversi campi del sociale, della sanità, della cultura, della protezione civile, integrando l'azione delle amministrazioni pubbliche con risultati di grande rilievo e praticando una sussidiarietà orizzontale che permea il tessuto sociale, caratterizza il senso di appartenenza alla comunità locale e rafforza i legami tra le diverse entità del territorio.

Anche l'idea di un ospedale nuovo, unico di territorio, è una forte idea di programmazione nata dal basso grazie al lavoro intelligente svolto da un comitato promotore a metà degli anni '90 capace di coinvolgere le varie espressioni del territorio e di unificare una richiesta univoca alle autorità competenti (Regione Piemonte e Ministero della Sanità). Una comunità che ha compreso anzitempo che il futuro della

sanità stava nella razionalizzazione della rete ospedaliera. Ed ecco che due città (Alba e Bra) orgogliose della loro autonomia, rinunciano ai loro due ospedali, per averne uno nuovo, più moderno ed efficiente, costruito in posizione baricentrica tra le due realtà cittadine.

Un recente studio condotto dal Centro Studi Fondazione CRC sottolinea il processo di governance territoriale tramite il quale è stato definito il progetto del nuovo ospedale:

«Vi è stata una paziente costruzione della decisione, partita dalla condivisione dell'analisi della situazione – e dalla consapevolezza che gli ospedali di Alba e Bra sarebbero stati marginalizzati dal processo di razionalizzazione dei presidi – per continuare con l'esame delle diverse alternative, sino alla scelta di collocare il nuovo presidio in posizione baricentrica nel comune di Verduno. In questo processo si sono intrecciati contatti istituzionali e familiarità personale tra i rappresentanti delle istituzioni stesse. Tutto ciò è di rilievo ancora maggiore se si considera che, ai tempi della definizione del progetto, i territori di Alba e Bra insistevano su due Aziende Sanitarie differenti, ciascuna delle quali poteva, in una logica tradizionale, essere spinta alla conservazione del “proprio” ospedale».
(Centro Studi Fondazione CRC, 2011, p. 98).

In questo quadro è nata la Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra Onlus, che ha avuto la capacità di riattualizzare l'antico spirito di generosità che ha caratterizzato la nascita degli ospedali in Italia a partire dal XV° secolo. Il territorio che si stringe attorno ad un ospedale per farlo diventare eccellente grazie all'integrazione di risorse pubbliche con risorse private. Una realtà privata, caso unico in Italia, che sostiene una realtà pubblica, che ha coltivato e coltiva i donatori non solo le donazioni.

La fondazione è servita anche a stemperare tante polemiche legate, come sempre, alla realizzazione di una grande opera come l'ospedale di Verduno?

La Fondazione nata nel marzo del 2008, è stata fondamentale a tenere unito l'intero territorio ed ha evitato che le polemiche alimentate dai

continui *stop and go* del cantiere, prendessero il sopravvento, rispetto alla bontà dell'iniziativa. Grande merito della Fondazione è stato quello di fare ripartire i lavori di costruzione nel 2013, dopo uno stallo di circa due anni. La presenza in Fondazione di un nutrito numero di aziende è stato l'elemento decisivo anche per "responsabilizzare" la politica. Chi dà lavoro e si comporta bene, in una terra che considera il lavoro come una religione, nutre la fiducia della comunità. In Fondazione ci sono casi di assoluta eccellenza nel proprio settore produttivo.

Quali sono state le "idee-guida" nei primi passi ed ora?

L'idea fondamentale è stata improntata nel sottolineare il concetto di **eccellenza** che deve contraddistinguere il nuovo ospedale, sia nella dotazione tecnologica, sia nel confort alberghiero (i primi passi). Ora l'idea fondamentale è soprattutto nell'aprire una discussione sui contenuti sanitari della struttura, che dovrebbe diventare operativa nel 2020, con la Regione Piemonte. Specialità e specialisti saranno importanti per la sanità del terzo millennio unitamente ad uno stretto rapporto con l'Università sfruttando anche la dotazione tecnologica che grazie anche alla Fondazione è stata messa a disposizione del nuovo ospedale.

La Fondazione è riuscita a mobilitare molte risorse e a raccogliere fondi non solo grazie alla proverbiale sensibilità delle aziende grandi e piccole della zona, ma ha costruito una mentalità di condivisione che ora coinvolge tutti: con quali risultati?

I risultati raggiunti sono stati veramente ambiziosi, da un obiettivo iniziale di raccolta fondi di 15 milioni, oggi si è arrivati a 24 milioni. Grazie ad un lavoro **umile** ed appassionato che ha saputo costruire relazioni positive con gli *stakeholder* ed i mercati di riferimento (persone fisiche, aziende, service, fondazioni bancarie). Si è volutamente tralasciato il "mercato pubblico" per evitare condizionamenti politici. La Fondazione fin da subito ha scelto la strada dell'autonomia. Per sollecitare le donazioni è necessario non essere strumentalizzati a fini di parte.

Tutta la Fondazione ha sempre avuto come primo obiettivo "il bene dell'ospedale", quindi in questi anni abbiamo fatto un passo indietro ed abbiamo fatto parlare solo ed esclusivamente la "buona causa".

Perché è così importante poter disporre di una Fondazione per accompagnare la nascita di un ospedale d'eccellenza?

Il nuovo ospedale di Alba-Bra è un esempio paradigmatico di come si possano sviluppare nel SSN italiano le sinergie e la sussidiarietà tra società civile e sistema sanitario. Per la prima volta la raccolta di fondi ed il loro utilizzo non sono assoggettati ad una semplice volontà di “far del bene” o generare visibilità su aspetti puntuali, ma seguono un preciso intento strategico che è quello di accompagnare la messa in funzionamento del nuovo ospedale con una piena collaborazione e complementarietà rispetto alle attività presidiate dalla Direzione Aziendale della Asl CN2 Alba-Bra. Protagonista e agente di collegamento tra Asl CN2 e territorio è dal 2008 la Fondazione Nuovo Ospedale di Alba-Bra. La Fondazione, quale interlocutore di tutto il territorio, consente una raccolta e finalizzazione delle risorse ordinata e capace di sfruttare le sinergie per raggiungere obiettivi che, altrimenti, difficilmente risulterebbero alla portata dei singoli donatori.

Complessivamente la Fondazione ha finanziato l'Asl CN2 ed il nuovo ospedale per un valore commerciale di beni donati di **23.450.000 euro**.

Di questi 18.575.000 euro sono stati finalizzati all'acquisto di tecnologie all'avanguardia, altri 4.105.000 euro sono stati investiti in arredi e logistica del nuovo ospedale.

Ed oltre 300.000 euro sono stati destinati a contribuire significativamente a generare le migliori condizioni affinché la prossima apertura del nuovo ospedale rappresenti un reale punto di rottura sulla strada del futuro della medicina moderna e non rimanga un mero trasloco, attraverso la committenza di percorsi formativi /un master), ricerche specifiche (logistica, accompagnamento all'apertura del nuovo ospedale, ecc.) e consulenze specifiche di supporto organizzativo (all'ingegneria clinica, logistica ecc.). Inoltre, ci sono ulteriori progetti di *fundraising* per sostenere la ristrutturazione di un *hospice*, di un auditorium, di aree verdi terapeutiche, e di finanziamento di borse di studio di medici specializzandi.

Non ultimo per importanza, va segnalato il contributo della Fondazione connesso all'aspetto di "contaminazione" del pensiero e modus operandi del sistema pubblico con il DNA proprio dell'azienda-impresa, quali l'attenzione più marcata alla prospettiva del "cliente" nonché alla ricerca dell'eccellenza nei dettagli.

Per questi motivi, tra cui il rappresentare un braccio organizzativo dotato di agilità operativa (essendo un ente privato) che la rende risorsa chiave nel presente e per gli sviluppi strategici del nuovo ospedale di Verduno, la Fondazione risulta indubbiamente una *best practice* nel panorama italiano ed un caso paradigmatico da narrare al resto del SSN. Per questo motivo viene copiato il modello non solo in Piemonte (vedi il Santa Croce di Cuneo, prossimamente il Cardinal Massaia di Asti) ma anche in altre parti d'Italia (vedasi Il Policlinico Universitario S. Orsola di Bologna). Sarà sempre più necessario, in presenza di scarse risorse pubbliche, avere organizzazioni no-profit in grado di sollecitare la generosità della comunità di riferimento attraverso la fiducia, la reputazione, l'innovazione ed il coinvolgimento. Sarebbe necessario un riconoscimento effettivo da parte della Regione verso quelle strutture che si impegnano verso la tutela di un bene pubblico puro come "il diritto alla salute" in un maggiore coinvolgimento nella scelta delle direzioni aziendali delle Asl e nella scelta dei professionisti, per garantire la comunità di riferimento soprattutto coloro che hanno messo risorse aggiuntive.

Gian Mario Ricciardi e Dario Bracco

Roberto Cerrato

Roberto Cerrato, direttore site-manager Associazione per il Patrimonio dei Paesaggi Vitivinicoli di Langhe-Roero e Monferrato.

Il potere del paesaggio

Prende corpo e si rafforza ed affina il paesaggio dell’Unesco, come è quanto può influire sull’invecchiamento dolce?



“Un paesaggio Unesco – per definizione – deve avere la salubrità tra le sue caratteristiche. Nello specifico, però, un sito come questo, che fa della bontà dei suoi prodotti la sua peculiarità, calibra ulteriormente su questi aspetti la sua ragione d’essere. Come l’evoluzione degli ultimi decenni dimostra, una maggiore tutela di un paesaggio come questo, anche se estremamente antropizzato, fa rima con tutela della salute pubblica, in particolare delle persone più anziane che, in un contesto di buona cucina, di un tempo lento, scandito da un ciclo agricolo e turistico altrettanto lenti, possono trascorrere nel modo più sereno la loro età più matura”.

Quali interventi può favorire l’Unesco per rendere ancora più appetibili campagna e colline per vivere la natura?

“L’Unesco ha tributato a questa zona un riconoscimento, sottolineando lo speciale rapporto venutosi a creare nelle ultime decadi tra l’uomo, il suo lavoro e la natura nel territorio di Langhe, Roero e Monferrato. Spetta poi ai soggetti – sia pubblici, sia privati – il compito di dare seguito a quanto apprezzato dalla commissione Unesco, durante la fase della candidatura. In altre parole, l’Unesco è come una medaglia al petto che la comunità deve continuare a mostrare di meritare, anche attraverso dei sacrifici”.

L’Unesco può o deve essere anche il garante della salubrità dei luoghi, nel caso specifico l’inquinamento delle colture, il disboscamento, le coltivazioni non idonee al territorio ecc. e della speculazione immobiliare?

“L’ente di gestione Unesco – se ulteriormente potenziato a livello di risorse umane ed economiche – è in grado di dettare delle linee guida da seguire, come, grazie ad un progetto ad hoc, è stato fatto negli anni passati per rendere più accessibile il paesaggio. Detto ciò, un ente di gestione di un qualsiasi sito Unesco non ha il potere di vietare espressamente determinate azioni o di renderne obbligatorie altre: più correttamente, esso concorre, insieme ad una serie di altri organismi, anche pubblici, alla tutela del paesaggio e, soprattutto, delle sue necessarie trasformazioni”.

Il Cosa fa della campagna e delle colline il “luogo ideale” per invecchiare bene?

“Il buon vino di queste terre nasce dal rispetto per la salute del territorio, dei paesi che lo caratterizzano e delle persone che vi vivono. Tra esse, gli anziani rappresentano la memoria della comunità e a loro spetta il compito di tramandare quelle pratiche che, necessariamente, dovranno interagire con l’innovazione. Il “buon invecchiamento” quindi consiste proprio nel ruolo attivo che le queste persone devono continuare ad avere, nell’ottica di ricercare e trovare quel labile equilibrio che permette a passato e futuro di non contraddirsi. Inoltre, le persone più anziane potranno assolvere questo loro compito entro una cornice splendida che anche e soprattutto loro hanno contribuito a forgiare col sudore e con il rispetto per quanto li ha circondati nella loro vita”.

Gian Mario Ricciardi

Marco Perosino

Marco Perosino, senatore della Repubblica, sindaco di Priocca e presidente dell'Enoteca Regionale di Canale.

Un mix vincente

Quali sono i pregi di una terra tra campagna e collina, tra Roero e Langa per chi sceglie di invecchiare fuori dalle grandi città?

“È scientifico che invecchiare in un ambiente più naturale (tanto verde, meno traffico e rumore ecc.) contribuisca ad una migliore qualità della vita. Anche poter svolgere qualche mansione, nell'orto o frutteto per esempio, è utile alla salute psicofisica. Le distanze dal centro abitato di competenza, oppure centri vicinissimi, oppure le vicine città di Alba e Bra sono molto relative. Si trova veramente bene chi ha una concezione della vita inserita in un ambiente consono alla antropologia umana: siamo nati in campagna, l'urbanizzazione è venuta dopo. In campagna occorre saper vivere (all'inizio era sopravvivere!) usando le fonti della natura.”

Ma alle strutture che già ci sono cosa manca ancora e, contemporaneamente, cosa offrono di diverso rispetto alle città?



“Mancano i trasporti, è vero. È antieconomico organizzarli. Nei piccoli centri scarseggiano i negozi tradizionali. Ma i servizi essenziali ci sono: farmacie e ambulatori medici, uffici postali e chiese, ristoranti. Esistono quasi dappertutto centri di aggregazione sociale quali bocciofile, circoli, centri pensionati. In tutti questi luoghi conta molto essere socievoli e gioviali per formare nuove amicizie”.

Dai dati emerge una costante crescita di persone che vogliono venire ad invecchiare in mezzo alla natura, le nostre terre sono in grado di accoglierle?

“Oggi i prezzi degli immobili sono abbordabili ed anche la tassazione, compresi i servizi, ha costi corretti. Si può tranquillamente pensare di venire a vivere nel Roero, è campagna ma in posizione strategica rispetto alle autostrade e alle grandi città. La gente nostra è aperta e disponibile ad accogliere le persone perbene. Io ho testimonianze giornaliere di persone che sono venute a vivere qui e che si trovano bene. Anche nei rapporti con le amministrazioni locali qui c'è un approccio diverso: i Sindaci e collaboratori son sempre in servizio!”.

E lo Stato che cosa è loro in grado di offrire?

“Lo Stato non può fare molto. Se lascia vivere i piccoli Comuni, obiettivo per il quale mi batto da sempre, si mantengono vivaci ed attraenti i paesi e perciò il Roero. Se garantisce attraverso gestione oculata della finanza pubblica, fondi alle Regioni per la Sanità, ad esempio, allora i servizi sono garantiti. Tutti debbono adempiere con coscienza alle loro funzioni, pubbliche e private, affinché il sistema Stato sia a servizio dei cittadini. Ciò nel Roero è certo, grazie ai Roerini vecchi e nuovi, benvenuti con affetto”.

Gian Mario Ricciardi

Le fil rouge

Alle condizioni sociali, alle relazioni personali ed al senso di appartenenza al territorio hanno contribuito con importanti iniziative alcuni personaggi, “leader della solidarietà”. A loro abbiamo chiesto un’intervista per completare questo studio, a testimonianza del loro operato e del loro esempio che ha arricchito il territorio di valori difficili da trovare altrove. Sono i leader che hanno contribuito alla qualità dei servizi socio sanitari dell’area della Asl CN2 sostenendo, con le loro iniziative, la dotazione di moderne tecnologie e mezzi di comunicazione e di nuovi servizi socio sanitari ed assistenziali. Sopra tutti le grandi fondazioni del territorio, con il loro ruolo determinante nel tessuto sociale di quest’area.

PARTE OTTAVA

LEADER E GRANDI FONDAZIONI

Giacomo Oddero

Giacomo Oddero, 93 anni, è uno degli uomini che più hanno contribuito a portare le Langhe ed il Roero della “malora” di Fenoglio ad oggi. Da una parte la famiglia Ferrero, in modo particolare Giovanni e il nipote Michele che capirono l'importanza di non spopolare le Langhe e il Roero mettendo a disposizione degli operai corriere gratuite, in mezzo la battaglia per il riconoscimento delle doc, poi l'intuizione di Giacomo Oddero, sindaco di La Morra di realizzare l'acquedotto delle Langhe. È stato il “Il farmacista di via Maestra”, ha idee geniali, oggi pilastri dell'economia di una zona unica al mondo. L'acqua, poi il vino che diventa un “must” mondiale, le scelte politiche, infine la grandissima presidenza della Fondazione CRC. Se le Langhe sono passate dalla “malora” all'Unesco, dal non essere citate sulla guida Michelin ad avere la più alta concentrazione di ristoranti stellati nel mondo, parte del merito lo si deve a lui.



Il sole è alto, nelle vigne di Santa Maria di La Morra si vendemmia, quando Giacomo Oddero rivede a 93 anni (li compie oggi) le immagini e le scelte della sua vita. “Non sono che un tassello”, dice, del grande mosaico della Langa e del Roero. È la discrezione di un patriarca che ha attraversato tutto il '900 delle guerre, della miseria, della polenta, del “profumo d'acciuga”.

“Vedete una volta c'era la vite, poi arrivarono gli alberi da frutto (ricordo le straordinarie pesche di Castellinaldo). Sempre hanno cercato di migliorare. Se cercate aiuto, vi seguono. È gente generosa, spontanea, forte. Per noi è uno stile di vita”.

Quando era sindaco vedeva spesso un uomo girare con un carretto ed un corno rotto. “Io ero in farmacia ad Alba. Mi telefona e mi dice d'aver comprato un pezzo di vigna. Vuole iscriverlo all'albo dei vitigni del barolo. Allora gli chiedo di inviarmi i documenti. Magari passo io a

prenderli o me li spedisce. Mi risponde che mi fa un fax. Allora ho capito che questa è gente con una marcia in più. Il fax non ce l'avevo io in farmacia, non ce l'avevano molte banche. Ce l'aveva lui, l'uomo del carretto e del corno rotto. Lui aveva già capito...”.

Era il tempo in cui, all'ingresso dei nostri comuni c'era il cartello “area depressa”. “Un giorno ho cercato di fare una radiografia di tutti i paesi della provincia di Cuneo. Ho scoperto che il più povero era Barbaresco”.

“Come mi sono mosso? Ho cercato incontri con tutti, il percorso per rendere grandi il Barolo e il Barbaresco è cominciato così con centinaia di riunioni nelle parrocchie, nei circoli, nei cortili. Il sentire della gente è ciò che costruisce il futuro. Lo si intravede nelle parole, nelle battute, nei volti”

“Qui hanno intuito e cercato di risolvere i problemi prima degli altri. Qui hanno messo le basi dello sviluppo negli anni in cui la sopravvivenza era un posto in Fiat. Era il tempo dello spopolamento fermato in parte, poi, dalla Ferrero. Sono stati anni esaltanti di cooperazione, di collaborazione, è gente diversa che ha corso i rischi dei debiti, che non si è mai fermata, che ha conservato il grande “tesoro nascosto” avuto dai nonni e lo ha coniugato con il progresso e la tecnologia”.

“Dobbiamo stare attenti, ora, a non cedere, magari, a chi arriva da lontano, l'essenza del nostro successo che è fatto di lavoro e presenza personale in mezzo alle vigne. In Langa nel Roero il timone debbono continuare a tenerlo le persone che hanno impastato la loro vita con la nostra terra”.

Quando è cominciato il passaggio dalla malora di Beppe Fenoglio al mito?

“Direi negli anni subito dopo la prima guerra mondiale. Allora s'è capito molto, si è letto molto oltre la realtà. Questo vale sia per l'economia che per l'assistenza. Ecco allora i primi asili, le scuole di cucito per le ragazze, la profonda sensibilità verso gli anziani, le case di riposo geniali di intuizioni di santi sacerdoti, quindi le associazioni di volontariato che, in quel tempo, hanno gettato le basi di quella immensa rete che, oggi, coordina l'assistenza domiciliare, gli aiuti. S'è capito che da una società patriarcale si andava verso un orizzonte totalmente nuovo, s'è capito che la solitudine avrebbe potuto, come sta facendo

specialmente nelle grandi città, minare la convivenza e si è costruito solidarietà”.

Lei non ha mai pensato di andare in Parlamento per rafforzare la collaborazione tra lo Stato e la sua terra?

“Me l’hanno chiesto diverse volte. Dopo aver guardato in volto mia mamma e mio fratello, per esempio quando De Mita insistette molto, ho capito che il mio ruolo era quello di interpretare la politica qui, tra queste vigne”.

Vigne senza acqua...

“Sì, quella dell’acquedotto delle Langhe è una delle avventure più incredibili e belle che ho vissuto. Era un’opera indispensabile che, poi, è stata motore di buona parte dello sviluppo di vallate, paesi, città. Ha portato possibilità di coltivare, di produrre, di creare. Certo è stata dura: non c’erano soldi, non c’era quel tipo di cultura, non c’era la sensibilità di oggi. E tuttavia abbiamo superato, uno dopo l’altro, tutti gli ostacoli. Non posso dimenticare i primi sette miliardi di lire ottenuti, i finanziamenti dell’Unione Europea, l’aiuto generoso di tantissime persone, tra queste l’allora ministro Carlo Donat Cattin, che veniva da noi a comprare il vino in damigiana. Che anni...! Ma li rivivrei tutti con la stessa passione che, per fortuna, conservo intatta, anche oggi”. Un vero pioniere.

Dario Bracco e Gian Mario Ricciardi

Giovanni Quaglia

Giovanni Quaglia, presidente della Fondazione CRT, già docente di Economia e Direzione delle Imprese presso il Dipartimento di Management dell'Università di Torino, è Presidente di Fondazione CRT, dell'Associazione delle Fondazioni di origine bancaria piemontesi, di REAM Sgr S.p.A., del Comitato di Supporto di Cassa Depositi e Prestiti e Componente del Consiglio di Amministrazione dell'ACRI. È stato Sindaco di Genola (CN), Consigliere regionale del Piemonte, Presidente della Provincia di Cuneo. È Presidente, amministratore e Sindaco di Società e di Associazioni culturali e di promozione territoriale. Dal 1 febbraio 2017 è presidente della Fondazione CRT, ente no profit privato che ha chiuso l'ultimo bilancio con un patrimonio netto superiore a 2,2 miliardi di euro, avanzo d'esercizio pari a 92 milioni di euro, posizione finanziaria netta pari a 254 milioni di euro, fondo di stabilizzazione delle erogazioni pari a 174 milioni di euro, 80 milioni di euro a sostegno del territorio.



Negli anni in cui sono saltati tutti gli enti intermedi, le fondazioni hanno salvaguardato tradizioni e rapporti, cosa fanno o possono fare, ora, per migliorare gli anni dell'invecchiamento della popolazione, specialmente quella successiva ai “Boomers”?

Il tema dell'invecchiamento della popolazione è un tema urgente che richiede risposte strutturate, e non “spot”, costruite sinergicamente tra le realtà del territorio.

La popolazione diminuisce e invecchia. Sono due i fronti su cui Fondazione CRT ritiene sia necessario lavorare in modo complementare: da una parte occorre incentivare meccanismi che favoriscano l'occupazione, l'inserimento lavorativo, l'integrazione degli stranieri, l'innovazione tecnologica e la qualificazione delle competenze (formare persone in grado di sfruttare appieno ciò che la tecnologia offre per migliorare la propria vita e, di conseguenza, quella del prossimo); dall'altra

parte bisogna lavorare per rendere la vecchiaia “dignitosa” e “attiva”, permettendo una partecipazione a livello sociale delle persone anziane, molto utili per attività di volontariato. Fondazione CRT, in virtù del suo ruolo di corpo intermedio e “tessitore”, opera in tutti questi ambiti, mettendo in campo risorse e progetti per valorizzare, in particolare, la persona nel suo contesto sociale ed ambientale.

Ad esempio, Fondazione CRT interviene a sostegno della formazione (dai primi anni di scuola fino al periodo post lauream), dell’integrazione e dell’inserimento degli stranieri (con il progetto nazionale “*Never alone*” dedicato ai minori stranieri non accompagnati, il progetto linguistico *Speak* e il progetto “Indovina chi viene a cena” per l’inclusione sociale). Inoltre, opera nel settore dell’assistenza con interventi per progetti destinati alle fasce più anziane della popolazione e, con Ream, realizza investimenti di housing sociale (tramite il fondo *Social and Human Purpose*) che riguardano anche numerose residenze per anziani.

Per vivere bene e meglio tra campagna e collina, così come emerge dalle nuove tendenze, è possibile potenziare il ruolo della Fondazioni nel settore del welfare e come?

In una società in continua evoluzione e dalle domande sempre più articolate e nuove, la capacità di saper rispondere in modo efficace ed efficiente è la chiave per la crescita e lo sviluppo del territorio. E saper rispondere nasce dal saper ascoltare. Uno dei compiti di una Fondazione come la nostra è quello di capire come stanno cambiando i territori: quali sono le nuove esigenze da una parte, e, dall’altra, intravedere quelle che possono essere le opportunità. Dobbiamo saper esercitare una sorta di “empatia” territoriale. Siamo le “antenne” e le “orecchie” del territorio: orecchie che riescono ad ascoltare meglio, essendo le fondazioni soggetti che “stanno in mezzo”, articolazioni intermedie tra le comunità e i grandi apparati dello Stato e dell’Unione europea, protagonisti attivi e propositivi nella creazione di sinergie con gli enti locali e gli attori del terzo settore (le Fondazioni non possono mai svolgere una funzione di “supplenza” o di “regia” rispetto agli enti locali: il primato è – e sempre sarà – delle Istituzioni elettive).

Di fronte al divario tra la disponibilità di risorse pubbliche in continua contrazione e i bisogni sociali vecchi e nuovi da affrontare bisogna

trovare modelli innovativi di welfare (Venture Philanthropy, Social Impact Investing, imprenditoria sociale) accanto alla tradizionale attività erogativa che è stata, e continua a essere, importante. Le Fondazioni sono i candidati ideali per diventare i catalizzatori del welfare responsabile e di comunità, capaci di portare innovazione anche “suggerendo” vie e policy non tradizionali. Mi piace pensare alle Fondazioni come a veri e propri “propulsori di innovazione e sperimentazione” in campo sociale, protagonisti attivi e propositivi nella creazione di sinergie con gli enti locali e gli attori del terzo settore, generando risultati che vadano oltre la semplice somma delle risorse messe in campo da ciascuno.

Sapientemente le fondazioni hanno coniugato insieme interventi per la cultura, l’ambiente, la storia e le tradizioni, tutto questo ha favorito l’affermarsi di una rete culturale e di relazioni che può rendere ancora più appetibili campagna e colline?

Come emerso dalla grande operazione di ascolto degli Stati Generali della Fondazione CRT, la *smart land*, le aree intermedie non metropolitane – tra le quali possiamo considerare anche campagne e colline – possono essere una “Officina” per la crescita dell’intera regione, puntando su driver quali il food, i beni paesaggistici e culturali, il turismo, gli eventi. Lo storico francese Fernand Braudel nel secolo scorso sosteneva che non possa esistere una città ricca senza una campagna florida, né campagna florida senza città ricca. Oggi potremmo dire che non c’è *Smart City* senza *Smart Land*, né *Smart Land* senza *Smart City*. Le aree extraurbane devono puntare su nuove “infrastrutture” del territorio: non più le sole reti “materiali” di acqua, luce e gas, ma anche le reti immateriali come quelle del digitale e delle relazioni. Perché anche l’identità di un territorio come quella di una persona (per mutuare la citazione del filosofo Emmanuel Lévinas) non sta nel soggetto, ma nella relazione. Quelle che chiamo le 4 C – competenza, costanza, collaborazione, cuore – sono leve utili per far crescere e rafforzare il senso di comunità attorno alle *smart land*, rendendole “appetibili” e fattori di richiamo non solo turistico ma di cittadinanza.

Negli anni la Fondazione Crt è intervenuta nell’aiutare e nel rafforzarsi di una grande rete di solidarietà: quando questa rete,

ora, può favorire “l’invecchiare” a casa con attorno una specie di albergo diffuso di servizi?

Solidarietà è un termine derivato dal latino “solidus”, solido: ed è vero, una società solidale è una società solida, che si batte per non lasciare indietro nessuno, che promuove il sostegno reciproco, che è consapevole di fare parte di un unico corpo. In 27 anni di storia, Fondazione CRT ha distribuito risorse pari a 1,7 miliardi di euro, e consentito la realizzazione di più di 39.000 interventi per il territorio, rafforzando quel tessuto culturale e sociale che opera per lo sviluppo del territorio, per la crescita del nostro “corpo sociale”, sempre con una particolare attenzione per le fasce marginali e più fragili della popolazione. In particolare, per quanto riguarda l’Area Welfare e Territorio la Fondazione CRT promuove e sostiene da sempre programmi diversificati a supporto delle centinaia di realtà associative attive sul territorio – contando anche sull’apporto fondamentale del volontariato –, molte delle quali impegnate nell’inclusione e nel sostegno della popolazione più anziana.

Fondazione CRT partecipa anche a fondi chiusi per interventi di “housing sociale”. Ricordo, ad esempio, che abbiamo reso possibile uno dei più grandi progetti di housing sociale temporaneo, Ivrea 24: non si è trattato per la Fondazione di un’operazione puramente erogativa, ma di una forma di investimento sociale che, oltre a contemplare un ritorno sul territorio anche di tipo economico, prevede una rete di servizi di supporto alla persona. Sul territorio piemontese si arriverà, entro fine anno, alla realizzazione di 1.000 alloggi di tale tipologia.

Gian Mario Ricciardi

Felice Cerruti

Felice Cerruti, è di Vezza, classe 1941. Parte dalla Martini e Rossi poi dieci anni in Miroglio. È sua la straordinaria intuizione di unire tre banche di Credito Cooperativo: Vezza, Gallo, Diano. Ne è presidente per anni, ora onorario. Sua l'idea di creare il centro medico fisioterapico di Vezza d'Alba nel 1994, un servizio di eccellenza a favore dei soci della banca, allora unico in Italia nel suo genere. Nel tempo si svilupperà con l'apertura di altri centri. Dal giugno 2016 ha guidato anche la "Fondazione Banca d'Alba".

Invecchiare in campagna e collina è meglio, quando ci sono le strutture necessarie e quando c'è la felice intuizione di una banca.

L'intuizione è nata in occasione delle celebrazioni del centenario di attività della allora Banca di Credito Cooperativo di Vezza d'Alba. Normalmente un istituto di credito celebra ricorrenze significative concorrendo alla costruzione di un'opera rilevante sul territorio, ma noi abbiamo deciso di fornire un servizio nell'ambito della medicina fisica e riabilitativa a favore dei Soci e di tutta la popolazione. Pertanto abbiamo accumulato per cinque anni in un fondo di beneficenza la somma di 3,2 miliardi di lire che sono servite per costituire la Fondazione Banca d'Alba, capace con gli interessi di sostenersi e fornire ai Soci un servizio socio-sanitario di eccellenza che potesse risultare utile nel percorso di invecchiamento grazie a visite specialistiche, terapie funzionali. Nel 1996 è nato quindi a Vezza il primo centro medico fisioterapico con una responsabile, alcu-



ni terapisti della riabilitazione e la consulenza di medici qualificati. Dopo Vezza sono stati aperti i centri di Gallo Grinzane, Asti, Albenga e Torino per soddisfare i Soci dei diversi territori in cui Banca d'Alba opera. Il successo è stato sin da subito evidente: sono migliaia i Soci che ne usufruiscono per un totale di ottomila visite e 150mila terapie erogate ogni anno. Naturalmente sono state acquistate nel corso degli anni apparecchiature all'avanguardia e realizzati corsi di formazione ed aggiornamento per il personale sanitario al fine di fornire un servizio di ottimo livello, in forma principalmente gratuita per i Soci e a prezzi vantaggiosi per il resto della popolazione locale.

Avete costruito un sistema di welfare che completa ciò che manca al pubblico con quali risposte?

Questo sistema di welfare è un caso unico nel suo genere nel mondo bancario ed esprime al meglio lo spirito mutualistico di una BCC come la nostra. Il valore aggiunto è la professionalità degli operatori unita ai tempi di risposta e prenotazione molto ridotti, garantendo ad ognuno una risposta personalizzata ai suoi bisogni. A questo servizio, in collaborazione con le strutture sanitarie pubbliche, si sono realizzate iniziative nel settore della prevenzione primaria rivolte alla popolazione, nelle piazze delle varie città o nelle filiali di Banca d'Alba: prevenzione del melanoma, del diabete, dell'aneurisma all'aorta addominale, dell'osteoporosi fino alla prevenzione della scoliosi con il progetto "Schiena dritta ragazzi!" che ha coinvolto migliaia di studenti. La nostra *mission* cooperativa è svolgere una funzione sociale oltre a garantire un ottimo servizio bancario.

Gian Mario Ricciardi

Gian Domenico Genta

Gian Domenico Genta, presidente della fondazione CRC, “deus ex machina” di centinaia di iniziative che attraversano paesi e città di uno dei territori, la Provincia Granda, che nell’ultimo decennio ha subito profonde trasformazioni economiche e sociali “senza drammi”.

La fondazione crc ha una particolare attenzione al lavoro “in rete” con gli enti del territorio e alle zone marginali della nostra provincia: sostegno alle



proposte culturali, ambientali e di valorizzazione del territorio, attenzione al benessere delle persone: con quali interventi?

Fare rete è una componente imprescindibile per promuovere uno sviluppo locale sostenibile e capace di generare un impatto positivo sulla società. In particolare, in una provincia come quella di Cuneo, dove più della metà della superficie è montuosa e oltre il 60% dei comuni è in montagna, è indispensabile creare sinergie, costruire strategie comuni per promuovere la crescita e garantire i servizi essenziali non solo nelle grandi città, ma anche nei piccoli centri e nelle aree marginali. Queste zone, spesso viste come problematiche, in particolare per i processi di spopolamento e invecchiamento demografico in corso, l’isolamento digitale e il crescente rischio idrogeologico, possono in prospet-

tiva diventare invece un laboratorio di cambiamento e sviluppo. La Fondazione CRC è impegnata da anni nella promozione di programmi e interventi trasversali che intendono sostenere la valorizzazione e lo sviluppo socioeconomico delle aree interne e montane: nel campo dell'innovazione dell'agroalimentare (programma Agroalimentare 4.0), in ambito turistico (progetto Wonderful Outdoor Week) ed educativo (progetto Movimenti), per la promozione di idee imprenditoriali innovative a impatto sociale (progetto GrandUp! Acceleriamo l'impatto sociale) e per l'attivazione delle comunità e la garanzia dei servizi di base (progetto Cooperative di comunità).

Negli anni dei tagli lineari le fondazioni hanno svolto un ruolo fondamentale per la tenuta della società, con una particolare attenzione alle situazioni di fragilità sociale, e a sostegno alle associazioni attive sul territorio: quali programmi avete per migliorare questo legame?

In questi anni di cambiamento e di grandi difficoltà per il sistema di welfare tradizionale, le Fondazioni sono state chiamate sempre più a promuovere risposte efficaci, sostenibili e condivise alle domande e alle necessità della nostra società. In campo sociale, le Fondazioni hanno assunto il ruolo di catalizzatori e promotori di un nuovo welfare di comunità, oggi sempre più urgente di fronte alle sfide lanciate da fenomeni come le nuove povertà, l'invecchiamento demografico, l'autonomia e l'integrazione delle persone con disabilità, le fragilità delle famiglie, le migrazioni. Su ognuno di questi temi abbiamo realizzato iniziative specifiche, promosse con gli enti attivi in provincia di Cuneo sui diversi temi. Tra le progettualità più significative, voglio ricordare il progetto Orizzonte Vela – per dare una risposta condivisa e diffusa sull'intero territorio provinciale alle esigenze delle persone con disabilità intellettiva e delle loro famiglie – il progetto Emergenza Casa – giunto all'ottava edizione, che ha coinvolto 18 Comuni sui temi dell'emergenza abitativa, per la prevenzione di sfratti e la ristrutturazione di immobili di edilizia sociale – e il progetto Alleanza – promosso in collaborazione con la Fondazione San Martino, attraverso i Centri d'Ascolto delle Caritas, per offrire sostegno alle persone in temporanea difficoltà economica.

Infine, stiamo realizzando proprio in questi mesi il bando Mondo

Ideare, che vuole favorire la partecipazione dei giovani nelle realtà associative della provincia di Cuneo, con l'obiettivo di promuovere un ricambio generazionale e di rispondere in modo innovativo alle esigenze del territorio.

Anche rispetto al tema dell'invecchiamento demografico e della richiesta di maggiori cure e assistenza che si prospetta per i prossimi anni, le Fondazioni sono molto attive: quali proposte avete promosso su questo tema?

Il livello di salute della popolazione europea, come quella italiana, è migliorata molto negli ultimi anni, ma non in modo uniforme: rimane, anzi si è ampliato, il divario tra diverse aree geografiche, come montagna e pianura, e condizioni di reddito e istruzione.

E poi, l'invecchiamento della popolazione richiede già oggi, e sempre più richiederà in futuro, attenzioni sul piano della non autosufficienza e della cronicità, ma anche sulla fragilità e sulle difficoltà connesse all'isolamento e alla dispersione sul territorio. Lanceremo nei prossimi mesi un'iniziativa dedicata proprio alla prevenzione delle cronicità e alla promozione di soluzioni innovative di domiciliarità, per permettere alle persone anziane di rimanere a casa loro il più a lungo possibile, utilizzando al meglio i servizi disponibili sui diversi territori. Segnalo anche due esempi significativi di progetti che stiamo sostenendo: uno, realizzato in collaborazione con l'Asl CN2, per migliorare e consolidare l'offerta del servizio di radiologia domiciliare, evitando agli anziani che devono sottoporsi a esami lunghi spostamenti. L'altro, attivo nelle frazioni dell'Oltrestura di Cuneo, che mette a disposizione un numero verde per gli anziani soli grazie alla collaborazione delle Parrocchie.

A fianco di queste progettualità, confermiamo il sostegno alle strutture ospedaliere, per l'innovazione tecnologica e il sostegno alla ricerca: l'obiettivo è rendere i nostri ospedali sempre più efficienti, capaci di offrire cure all'avanguardia e di attirare in provincia le migliori professionalità mediche.

Gian Mario Ricciardi

Ettore Bologna

Ettore Bologna, Responsabile Attività Mediche e Socio-Assistenziali della Fondazione Piera Pietro e Giovanni Ferrero. Laureato in Medicina e Chirurgia, Specialista in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva ha svolto attività clinica presso gli ospedali di Nizza Monferrato, di Canelli e di Alba. Dal 1992 è responsabile delle Attività Mediche e Socio-Assistenziali della Fondazione Ferrero di Alba. Dal 2007 al 2012 è stato Direttore Sanitario della RSA "L'Annunziata" di Sommariva Pereno. Dal 2016 è Socio Corrispondente dell'Accademia di Medicina di Torino. Dal 2018 è Segretario del Comitato Scientifico della Fondazione Ferrero.



Qual è l'intuizione più geniale di Michele Ferrero nel cercare, anni fa come pioniere, di voler fermare lo spopolamento di Langa e Roero, creando quella magnifica organizzazione di trasporto che, di fatto, ha fermato, allora ed ora, la fuga dalla campagna e consolidato una rete di solidarietà?

L'istituzione, nella seconda metà degli anni Cinquanta, delle linee di pullman aziendali è stato un investimento consapevole e mirato, che ha apportato positive ricadute sia sul piano dell'organizzazione del lavoro per l'Azienda, sia su quello del tessuto economico e sociale (e infine culturale) di Alba e dell'albese. In quel dopoguerra di ricostruzione e nuovo slancio del Paese, la Ferrero – grazie ai suoi prodotti originali, rivolti a un pubblico vasto e non esclusivo – registrava un enorme, rapidissimo successo commerciale e di popolarità; in un'area geografica rurale che fino ad allora non aveva conosciuto una incisiva industrializ-

zazione, la Ferrero attraeva dunque sempre più manodopera nel suo stabilimento albese. L'emigrazione che dalla fine dell'Ottocento aveva segnato soprattutto le più alte – e aspre, e povere – colline di Langa, non aveva più come terminali soltanto le grandi città industriali del Nord (o all'estero), ma anche la “piccola” Alba. Che nel giro di una quindicina d'anni quasi raddoppiò la sua popolazione, con tutte le necessità, le difficoltà e gli oneri che sul piano urbanistico e sociale un simile dato comportava. L'istituzione delle linee di autobus a carico dell'azienda Ferrero ha significativamente attenuato l'esodo verso la città, alleviandone l'impatto; specularmente, ha frenato il doloroso abbandono dei paesi sulle colline. La possibilità di rimanere a vivere nel proprio luogo di origine, ha avuto molti riflessi positivi: sul piano personale e psicologico, senz'altro; e su quello economico, non solo individuale ma in prospettiva per l'intera comunità: con la rete dei pullman, la scansione dei turni lavorativi, l'incentivazione da parte della stessa azienda a investire sulla coltivazione delle nocciole, la possibilità di integrare il reddito dei campi con quello, regolare, della fabbrica, si è creata infatti quella peculiare figura di “operaio-contadino” che, con determinazione e impegno, ha scritto pagine ormai studiate della storia economica del territorio albese.

Invecchiare in campagna e collina significa farlo recuperando un valore aggiunto di umanità e di relazioni sociali cui la Fondazione continua a contribuire, come?

Il valore aggiunto è stato senz'altro apportato – come sopra detto – dall'evitazione dello sradicamento, ma allo stesso tempo dalla permanenza nei propri paesi non in una prospettiva di impotenza e declino, ma con uno status diverso e nuovo (appunto, quello riassunto nella definizione di “operaio-contadino”). La Fondazione Ferrero, in generale, ha sempre teso a valorizzare la socialità, il senso di comunità: che è un senso attivo, non passivo e burocratico, di appartenenza. Ha a che fare con la percezione salutare e stimolante di una identità, non di una irregimentazione. Gli anziani della Fondazione continuano a sentirsi parte dell'azienda per la quale hanno lungamente lavorato (da 25 anni lavorativi a 40 e oltre: segno anche questo di un successo, non solo economico, della Ferrero); e se al loro interno si organizzano in una comunità solidale, non sono assolutamente separati o avulsi dal territorio in cui

vivono. La Fondazione permette loro di affrontare l'età della pensione scansando il rischio di isolarsi, di marginalizzarsi, di sentirsi improvvisamente “svuotati” di risorse, ininfluenti, “inadeguati”. È un rischio che può darsi, nell'invecchiamento – e che si prospetta diversamente in una città o in un paese. Sentirsi un “anziano della Fondazione” dovrebbe essere un fattore di sostegno, appunto, una base per riconoscersi a livello comunitario e aprirsi al più vasto contesto sociale con fiducia, sicurezza e progettualità.

Invecchiare oggi vuol dire imbattersi nella nuova stratificazione sociale della famiglia, non più patriarcale o matriarcale, spesso allargata e, per questo deresponsabilizzata. Qual è il ruolo in questo divenire dell'esistente della Fondazione?

La Fondazione Ferrero è fin dalla sua nascita un ambiente inclusivo: tutti i suoi servizi e le sue attività (creative, ricreative, di volontariato) sono aperti non solo ai pensionati dell'azienda, ma anche ai loro coniugi. Vi è inoltre attenzione anche al ruolo, importantissimo, che i nonni ricoprono nell'economia familiare; e non va scordata l'azione educativa che si esercita attraverso l'asilo nido e la scuola dell'infanzia Ferrero. Questo ci fa dire che la Fondazione osserva inevitabilmente ed è presente, in un'ottica di sostegno, nella vita delle famiglie: che certamente sono trasformate e rimodellate da influenze sociali, economiche, culturali. Ma il ruolo principale che può continuare ad avere la Fondazione è appunto quello di non perdere mai di vista la famiglia (quale che sia la sua forma nel tempo) come “luogo” cruciale della vita e dell'educazione della persona.

Le “relazioni sociali” sono cardine fondamentale dell'invecchiare bene e serenamente: come si manifesta, in questo contesto, il ruolo della Fondazione?

La Fondazione Ferrero persegue quel che oggi, nel mondo scientifico e ormai anche nel discorrere comune, si chiama “Invecchiamento attivo”; anzi, l'esperienza, gli orientamenti e la filosofia della Fondazione sono stati da tempo riconosciuti come un modello di «active (o successful) aging». In questo scenario, le relazioni sociali sono essenziali: senza scomodare Aristotele, è un dato di fatto, ormai anch'esso misurato e studiato. La Fondazione poggia sulle relazioni sociali, le promuove,

le custodisce: sempre pensandole come un terreno di crescita, credendo fortemente che, se da un lato conservano la memoria di un gruppo, dall'altro danno lo slancio per nuove acquisizioni, nuove conoscenze.

Quali sono le opportunità e anche i privilegi che una grande Fondazione come quella Ferrero offre, costantemente agli anziani?

Sono oggettivamente molti, e diversi tra loro: dal più immediato (un luogo dove “riconoscersi”, non “perdersi di vista”, coltivare una memoria comune) a quelli che da questo discendono: aver cura di sé (fisicamente e culturalmente), aprirsi al nuovo, interessarsi degli altri e del mondo. Scendendo nei dettagli, per fornire qualche esempio: la possibilità di fruire di un servizio sanitario e socio-assistenziale che non sostituisce certamente, ma rafforza quello pubblico; le moltissime opportunità offerte da laboratori, corsi, attività (dal disegno al teatro, dalla biblioteca alle gite ecologiche); la disponibilità al volontariato; l'apertura ad una formazione continua anche in età avanzata (le mostre, le conferenze, anche mediche, eccetera, sono in primo luogo “a portata di mano” degli anziani Ferrero)... Tutto questo (che, si ricorda per inciso, è gratuito) va considerato nel suo insieme, in quell'idea di comunità (e di potenzialità) che la Fondazione rappresenta.

Una grande Fondazione come la Ferrero funziona da traino per tutto il territorio: come può, secondo lei, favorire la crescita del numero di chi sceglie di uscire dalla città per vivere più serenamente la vecchiaia?

Credo che la Fondazione non possa incidere significativamente su questo tipo di scelta di vita, che riguarda principalmente le possibilità economiche e gli orientamenti psicologici e di mentalità delle singole persone. Certo, vivere in un paese anziché in città, vuol dire molto spesso sottoporsi a ritmi di vita meno stressanti e caotici, e, se il paese ha di per sé una comunità vitale e accogliente, disporre di strumenti e occasioni più accessibili e immediati, che ti fan sentire parte di un vero “tessuto sociale”, dunque integrato e attivo. Questo, per chi invecchia, è un valore preziosissimo; e la Fondazione Ferrero, riconoscendolo come tale, cerca di coltivarlo anch'essa – facendosi idealmente anch'essa “paese”.

Gian Mario Ricciardi

Ernesto (Tino) Cornaglia

Ernesto (Tino) Cornaglia è presidente, dopo la storica cavalcata di Felice Cerruti. Eredita una banca ed una Fondazione che “ha preso in cura” i clienti che glielo hanno chiesto con centri di riabilitazione che sono il fiore all’occhiello di Langa e Roero e non solo. Ha in cuore di far crescere ancor più le opportunità per tutelare la salute.

Ma ora si tratta di continuare ed andare oltre ampliando l’offerta, quali sono le strategie?

“L’apprezzamento per questo servizio è cresciuto sempre di più ed ha portato la banca ad aprire nuovi centri medici in Piemonte e Liguria.

Continueremo ad investire in nuovi macchinari all’avanguardia e in professionalità per migliorare ancora di più la qualità. Parallelamente continueremo nella nostra attività sul territorio di prevenzione gratuita delle patologie e malattie più frequenti.

I nostri sforzi in campo socio-sanitario sono una delle ragioni principali della fidelizzazione dei nostri Soci e della nostra clientela, che ci riconoscono la cittadinanza attiva che esercitiamo con efficienza e passione, in linea con i principi mutualistici e cooperativi.

La salute della nostra gente è al primo posto. Ad oggi sono cinque i Centri Medici che offrono servizi e assistenza di carattere fisioterapi-



co. Contano su medici fisiatristi e fisioterapisti che hanno raggiunto nel corso degli anni un elevato livello di specializzazione nel settore del recupero funzionale e della riabilitazione grazie al personale altamente qualificato e alle apparecchiature tecnologicamente avanzate. Migliaia di persone usufruiscono ogni anno dei servizi socio-sanitari offerti. Un'utenza che cresce ogni giorno, Per garantire l'assistenza sanitaria ai è stata stipulata una convenzione con la Cooperativa Sociale "Cento Torri".

Qual è il commento migliore che la incoraggia ad andare avanti su questa strada?

La Fondazione Banca d'Alba Onlus è un esempio concreto di mutualità e supporto al benessere del territorio. Avvalendosi dell'operato della Cooperativa Sociale Cento Torri, offre la possibilità di usufruire di tariffe agevolate presso prestigiose Case di Cura private o accreditate con il SSN realizzando così un rafforzamento territoriale dell'assistenza. Le strutture sanitarie erogano prestazioni di ricovero e specialistiche ambulatoriali sia ad utenti del SSN, sia in regime libero professionale ad utenti paganti, iscritti a mutue aziendali o fruitori di assicurazioni mediche. La convenzione prevede tariffe agevolate sulle prestazioni ambulatoriali e sui tariffari di degenza e sala operatoria in regime privatistico. I servizi erogati per conto delle Asl non fruiscono di agevolazioni. Negli anni abbiamo ricevuto moltissimi apprezzamenti da parte di Soci, clienti e cittadini in genere.

Questo è avvenuto attraverso lettere ai giornali, su internet ma soprattutto di persona: il rapporto umano è da sempre alla base della relazione che abbiamo instaurato con i nostri Soci ed è bellissimo quando al termine di un ciclo di terapie il paziente ti ringrazia soddisfatto perché esce da un nostro centro medico senza il dolore.

Ma se dovessi scegliere il commento migliore cito quello di un socio che ha definito il centro medico "una grande famiglia in cui ti senti accolto e dove trovi persone professionali e molto umane".

Quando nella pubblicità scriviamo di essere una "banca differente" non è solo un slogan, lo dimostriamo ogni giorno con i fatti. Il territorio lo sa e risponde.

Gian Mario Ricciardi

Don Mario Merotta

Don Mario Merotta, direttore dal 2019, torinese, è diplomato all'Istituto tecnico superiore a indirizzo meccanico; ha studiato come allievo Fiat di Torino e lavorato per la Magneti Marelli. È stato ordinato sacerdote nel 2019, ed è diventato direttore della Caritas diocesana dall'estate dello scorso anno, oltre che vice parroco in Cristo Re ad Alba. Prima di arrivare alla Caritas diocesana, era collaboratore prima al santuario Madonna del Buon Consiglio a Castiglione Tinella, poi a Feisoglio, Cravanzana, San Benedetto Belbo, Niella Belbo e Castino.



L'impegno dei volontari anziani nella Caritas.

Quello di don Mario Merotta è il racconto di come volontari di età avanzata danno un contributo fondamentale all'attività della Caritas diocesana. Merotta è subentrato da pochi mesi a don Gigi Alessandria, che ha dedicato la vita a far crescere l'organismo sul territorio e il Centro di prima accoglienza (Cpa) di via Pola.



Quali sono le principali attività della Caritas?

“La Caritas non propone un servizio specifico per gli anziani in quanto molte associazioni e il Comune di Alba si occupano di questa categoria. Tre le numerose attività della Caritas, che sono aperte a chiunque ne abbia bisogno, possiamo citare L'emporio della solidarietà di Alba, e il volontariato dei centri di ascolto in città e nella diocesi; in particolare quest'ultimo coinvolge molti anziani in veste di volontari”.

Che età hanno?

“Nei nostri centri di ascolto, come in tutte le Caritas d’Italia, molti hanno più di cinquant’anni: due sono under 35 anni, dieci vanno dai 35 ai 50 anni, e tutti gli altri, almeno una sessantina, sono over 50”.

In che cosa consiste questo servizio?

“L’impegno nei 18 centri di ascolto della Diocesi è di ascoltare le persone con problemi famigliari, economici o semplicemente in difficoltà nel muoversi in città: ad esempio si possono recuperare informazioni inerenti a documenti, o per costruire insieme lettere per la ricerca di lavoro o semplicemente indirizzare chi si rivolge ai centri verso uffici dove potranno essere aiutati. La maggior parte dei soggetti che richiedono questi servizi sono stranieri: indicativamente il 70%. Un altro importante lavoro che svolgono i volontari è creare una rete tra i residenti e gli utenti, una rete di amicizie”.

Quali altre attività svolge la Caritas?

“Altri servizi che però non è svolto direttamente dalla Caritas Diocesana, ma dal Cpa con referente don Luigi Alessandria, sono la mensa per i senza tetto, sempre gestita da volontari anziani, e la distribuzione di abiti. In alcune parrocchie, in particolare Canale e Cinzano, i volontari, già avanti con gli anni, raccolgono mobili da donare a chi ha bisogno. In tutte le parrocchie dove vi è un centro Caritas, fuori Alba, c’è la distribuzione di viveri e indumenti”.

Qual è il valore del contributo degli anziani al mondo della Caritas?

“Questi volontari sono per noi una risorsa molto preziosa: dedicano molte ore del proprio tempo libero ad accogliere persone che spesso non vengono ascoltate o indirizzate in modo corretto”.

Quanti utenti usano i servizi della Caritas grazie anche all’impegno di questi volontari?

“Ascoltiamo oltre duemila persone: più di 800 famiglie in tutta la Diocesi. Gli assistiti dall’Emporio della solidarietà di Alba sono 1077: 326 sotto i 15 anni, 697 tra i 16 e 68 anni e 54 sopra i 65”.

Adriana Riccomagno



Ce.R.R.Co.

Centro Ricerche e Relazioni
Cornaglia

È una libera associazione culturale, apolitica e senza fini di lucro, fondata, dal celebre cardiologo Prof. Pier Federico Angelino nel 1982, per ricordare ed onorare la memoria di un uomo, Francesco Cornaglia, che legò la sua vita al mondo della medicina con grande disponibilità e generosità. Il Centro sviluppa ricerche e relazioni interdisciplinari, tra tecnici e medici, in campo socio-sanitario e socio-assistenziale. L'attività relazionale del Centro è sempre stata ricca di avvenimenti: dall'assistenza alla Segreteria Nazionale della S.I.M.F.E.R. (Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitativa) alla costituzione della So.M.I.Par: (Società Medica Italiana di Paraplegia alla collaborazione per Corsi, Convegni e Seminari di Cardiologia, Chirurgia Plastica, Corsi post-universitari di Progettazione senza barriere architettoniche, universal design ecc. Il Centro è in rapporto con Associazioni e Istituzioni nazionali ed internazionali e si dedica alla ricerca con esperti medici, ingegneri, architetti e tecnici sanitari, per progetti utili a migliorare la qualità della vita di anziani e disabili. Il Centro collabora con Istituzioni e gruppi di ricerca internazionali, Enti ed Università italiane, contribuendo a programmi di studio e formazione.

Tutta l'attività del Centro è di volontariato ed i suoi soci mettono a disposizione conoscenze e competenze per le finalità statutarie: un vero team di esperti professionisti in contatto continuo con Enti di tutto il mondo per aggiornarsi ed aggiornare; geriatri, fisioterapisti, sociologi, ingegneri, architetti, dirigenti socio assistenziali ecc., sono presenti nel Consiglio Direttivo del Centro. Una ricca biblioteca, in continua evoluzione, è a disposizione di tutti i nostri interlocutori.

Sede legale: Via Perugia, 24 - 10152 TORINO

Sede operativa e biblioteca: Via Vittorio Emanuele, 30 - 12051 ALBA (CN)

ricerchecornaglia@tiscali.it • www.centrocornaglia.org

FINITO DI STAMPARE NEL MESE DI GENNAIO 2020
PRESSO LE OFFICINE GRAFICHE DELLA COMUNICAZIONE
STRADA SAN MICHELE, 83 - 12042 BRA (CN)