

La stagione dei Grandi Adulti

Fabrizio Astrua - Paolo Astrua - Dario Bracco - Silvia Bracco - Giorgio Maria Bressa - Simona Brino - Tiziana Iacomussi - Elio Laudani - Guido Lazzarini - Ugo Marchisio - Piero Prandi - Umberto Stralla - Maria Francesca Vizzi

Editor: Dario Bracco e Ugo Marchisio

L'ANZIANO CHE VERRÀ IL SUO BENESSERE, DALLA CURA AL PRENDERSI CURA



*La vecchiaia è la sede
della sapienza della vita*

(Papa Francesco)

© Tutti i diritti riservati
Giugno 2013

NON IN VENDITA

In copertina: disegno del prof. Gianfranco Calorio, ingegnere e architetto, professore associato di Disegno per l'area delle rappresentazioni (ICAR 17) alla prima Facoltà di Architettura del Politecnico di Torino (Dipartimento di Scienze e Tecniche per i Processi di Innesadimento DINSE).

I QUADERNI DEL CENTRO CORNAGLIA

La stagione dei Grandi Adulti

L'ANZIANO CHE VERRÀ

IL SUO BENESSERE,
DALLA CURA AL PRENDERSI CURA

Autori

Fabrizio Astrua - Paolo Astrua - Dario Bracco
Silvia Bracco - Giorgio Maria Bressa - Simona Brino
Tiziana Iacomussi - Elio Laudani - Guido Lazzarini
Ugo Marchisio - Piero Prandi - Umberto Stralla
Maria Francesca Vizzi

Editor: Dario Bracco e Ugo Marchisio

Autori delle Appendici

Paolo Astrua
Dario Bracco
Silvia Bracco
Francesca Gonella
Sandra Vacchi

QUADERNO N. 7

Questa pubblicazione è stata realizzata con il sostegno

della **FONDAZIONE  CRT** e della  **FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI CUNEO**

Si ringrazia:

La Fondazione Cassa di Risparmio di Torino

La Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo

S.E. Mons. Giacomo Lanzetti Vescovo di Alba

Il prof. Giorgio Maria Bressa

Il Consiglio dei Seniores della Città di Torino

L'ASL CN 2

Il Politecnico di Torino

La Casa di cura privata Città di Bra

L'Associazione Insieme di Cuneo

La Pastorale della Salute della Diocesi di Alba

La FNG Fondation Nationale Française de Gérontologie

L'ISG, the International Society of Gerontechnology

L'ASA the American Society on Aging

Le Edizioni Uni-Art di Roddi d'Alba

La Comunecazione di Bra

Con il patrocinio di:



Città di Canale d'Alba



* richiesto

INDICE

Presentazioni

G. Lanzetti.....	9
G.M. Bressa.....	11
C. Palenzona.....	13

Introduzione

D. Bracco.....	17
----------------	----

I nuovi anziani, la Bioetica e la persona

U. Marchisio.....	25
-------------------	----

Invecchiamento emotivo e cognitivo in serenità

P. Prandi - G.M. Bressa.....	41
------------------------------	----

Attività motoria perché, come ed in quale contesto

T. Iacomussi.....	65
-------------------	----

La percezione che l'anziano ha di sé:

in pensione, non a riposo

G. Lazzarini - S. Brino.....	75
------------------------------	----

Quando non è possibile guarire

U. Stralla.....	99
-----------------	----

Non solo medicina e medicine

F. Vizzi - U. Marchisio.....	109
------------------------------	-----

La Caring, tra assistenza, empatia e controllo di gestione

D. Bracco.....	131
----------------	-----

I moderni servizi territoriali E. Laudani.....	153
Il residenziale avanzato: nuove proposte per i nuovi Anziani S. Bracco.....	159
Progettare un ambiente “age friendly” F. e P. Astrua.....	175
Conclusioni U. Marchisio - P. Prandi.....	189
Appendici	
Chi sono i Baby Boomers D. Bracco.....	21
Anziani e giovani a confronto: l’uso del PC F. Gonella.....	53
La Human Caring S. Vacchi.....	145
La qualità ambientale nelle residenze per anziani S. Bracco.....	171

Presentazione

✝ **Giacomo Lanzetti**
Vescovo di Alba



Presentazione a “L’anziano che verrà”

La Città di Torino è stata perentoria nell’affermare che “la Salute è un bene in Comune”, a testimonianza del fatto che attorno alla salute, specie degli anziani, oggi sono chiamati in causa e si confrontano, anche acutamente, istituzioni e principi, professionalità e metodologie in un nevralgico intreccio di cure, attenzioni e speranze. La persona malata, o “semplicemente” anziana, convoca attorno a sé una molteplicità di “interessi” che documentano l’indubbia evoluzione compiuta dalla nostra società negli ultimi decenni. Tale stagione della vita, così al centro di sguardi e riguardi da parte di terzi, si propone ai “protagonisti” come vera palestra di vita, in cui “giocare” al meglio le proprie “carte”, quelle accumulate e sperimentate negli anni come capaci di dare senso e valore anche a esiti non cercati ma sempre possibili e persino tragicamente in agguato. Sono innegabili le tensioni, endogene ed esogene, cui l’anziano-malato va incontro e che, da una parte, possono metterne a dura prova e anche minarne del tutto l’equilibrio, dall’altra si offrono come terreno fertile in cui trafficare i propri “talenti” nella stagione più delicata della vita. In essa si sperimenta, con una verità evidente quanto mai prima, che “ciascuno è figlio della propria storia”, per cui niente si improvvisa, ma tutto confluisce nell’alveo che è sedimentato negli anni.

Anche la fede si presenta come un vera cartina di tornasole dei valori di un’intera vita, delle possibilità di “benessere” pure in questi suoi frangenti. Ma anche a questo riguardo non si può improvvisare. La fede,

secondo Papa Francesco, aprirà “orizzonti grandi”, consentirà di “sperimentare una grande promessa di pienezza”, arricchirà “l’esistenza umana in tutte le sue dimensioni”, solo nella misura in cui, nel corso della vita, questo grande “dono di Dio” sarà stato “nutrito e rafforzato” (enciclica *Lumen fidei*). Mutuando, con tutte le precauzioni del caso, il principio di Lavoisier, anche a riguardo dei valori – e della fede – “nulla si crea e nulla si distrugge: tutto si trasforma”. In verità la fede, in quanto “esperienza della paternità e della misericordia di Dio” precede ogni iniziativa dell’uomo, ma subito dopo la interpella in un dialogo di ringraziamento e di responsabilità che può “illuminare tutto il cammino della vita”, permettere di “scoprire un disegno più grande dei propri progetti” (*ibid.*) e dare frutti sublimi nella vecchiaia-malattia. Come testimoniano schiere di credenti autentici e testimoni esemplari della fertilità della fede anche – e soprattutto – nelle stagioni più impegnative.

Tutto ciò è tanto più importante nel momento in cui l’anziano-malato sperimenta dolorosamente che la conclamata efficienza degli apparati, delle strutture, delle cure è smentita, a volte smaccatamente, da una cultura che mentre a parole ne afferma la centralità, nei fatti si adatta, con disinvolta contraddizione ma spesso con non minore convinzione, alla sua marginalità, insignificanza, persino inutilità. Quando la Chiesa italiana ha deciso di porre l’educazione al centro della sua azione pastorale per l’intero decennio in corso, non si proponeva di dedicarsi soltanto ai giovani: l’intera società, il complesso mondo degli adulti mostrano fin troppo evidenti sintomi della necessità di una seria opera di promozione di autentica civiltà, di riscoperta e rinnovata adesione a principi e valori non da buttare solo perchè segnati (arricchiti!) dal crisma della tradizione. Ciò per evitare che gli anziani-malati siano vittime fin troppo facili di una vincente mentalità efficientista e consumistica.

Un folto ventaglio di motivazioni, che chiamano in causa una svariata molteplicità di professionalità, responsabilità e sensibilità, rendono questo “quaderno” particolarmente attuale e stimolante e lo propongo alla lettura di un pubblico sia “specializzato” che non: tutti ci proponiamo come traguardo augurabile anni sereni e ricchi di “cura” della “terza” e “quarta” età; molti sono alle prese con l’impegnativo accompagnamento di cari anziani-malati; nessuno può considerare estraneo quanto di umano e religioso c’è – è possibile – in una significativa porzione della nostra comune famiglia, oltre che in ciascuno di noi.

Presentazione



Giorgio M. Bressa

Professore di Psicobiologia del comportamento

Vivremo fino a 140 anni?

Una recente proiezione definiva come l'età massima raggiungibile da un essere umano sia quella di 140 anni cioè circa 50 in più del limite superiore della media attuale nei paesi più ricchi. Riflettendoci, dobbiamo pensare che la rivoluzione social ed economica che ci attende è gigantesca in quanto dovremo progressivamente modificare gli stereotipi di questi ultimi anni, con l'età di 65 considerata l'anticamera della pensione, del fare i nonni, della "Settimana Enigmistica". Ma soprattutto rivedere da capo l'intera organizzazione della vita che attualmente porta ad anticipare i comportamenti infantili ed adolescenziali per portare poi a ritardare quelli tipici della vita adulta, come inizio del lavoro e matrimonio.

Cade quindi a proposito il raffinato lavoro proposto dall'"infaticabile" Dario Bracco a proposito della vita dei cosiddetti anziani, che esamina con intelligenza dei capitoli cruciali, anche nella dimensione della mia introduzione provocatoria: solo se ci preoccupiamo con largo anticipo di una fascia di età destinata a divenire la più popolosa, la più autonoma e la più efficace economicamente potremo costruire ed adattare un mondo che ne sfrutti appieno il potenziale e non venga preso di sorpresa come è sicuramente accaduto nella parte finale del secolo scorso. Da quel momento infatti l'improvvisa accelerazione sociale ha smembrato ed allontanato le famiglie, lasciando spesso soli molti uo-

mini e donne ancora fisicamente integri e psicologicamente adeguati, ma senza supporto ambientale o costretti alla convivenza e deprivati di una possibile “rieducazione” (come l’uso semplificato dei telefonini o di internet) che faceva crescere l’isolamento. Ciò ha determinato l’acquisizione della sostituzione con figure vicarianti capaci di provvedere solo ai bisogni più elementari dell’anziano, non certo alla conquista di un nuovo spazio di vita.

Questo libro tratteggia alcuni di questi macro temi, come l’etica, il caring, i servizi, ma soprattutto è finalmente privo di un taglio commemorativo e quasi contemplativo con cui abitualmente la problematica anziana viene letta. Dobbiamo sapere che in un futuro ormai prossimo si potranno combattere anche le malattie degenerative del cervello e decadranno pietose menzogne che spesso vengono usate per giustificare il “fine vita sociale” di un anziano, e cioè la sua caduta intellettuale.

La speranza è che possano quindi crescere stimoli come questo, fuori dal coro, capaci di essere un incentivo per leggere il futuro attraverso i fenomeni che ci circondano e permettere di giungere ai 140 anni nel modo più integro possibile.

Presentazione



Cesare Palenzona

Presidente Consiglio dei Seniores della Città di Torino

La salute degli anziani a Torino

Il Comune di Torino, nella convinzione che la Salute costituisca per la popolazione un *asset* importante, ha da vari anni dato vita ad enti che se ne prendano cura per l'insieme dei cittadini o per dei loro gruppi specifici. Nel 2000 ha infatti costituito il Consiglio dei Seniores che ha lo scopo base di prendersi cura dei problemi della vita degli Anziani; tutti più o meno relativi ad aspetti di un loro vivere "in salute". Il Consiglio costituisce una delle varie entità consultive che nel tempo hanno dimostrato la percezione che ha la Città del concetto di "Salute": in momenti diversi sono infatti nati oltre al Consiglio per gli Anziani anche una Consulta Femminile, una per gli Immigrati ed una per le Pari Opportunità. Tutte tese ad analizzare lo stato di benessere o di fatica dei singoli gruppi sociali. Nel 2004 Torino ha infine riconosciuto ufficialmente che "la Salute è un bene in Comune" ed ha dato vita ad un "Polo cittadino della salute" in ossequio al principio dell'OMS che la Salute è "uno stato di benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". Questa iniziativa fondamentale, cui è istituzionalmente chiamato a collaborare anche il Consiglio dei Seniores per quanto di sua competenza, ha inserito la città di Torino nel progetto Città Sane, bandito proprio dall'OMS, e partecipato da molte città europee ed italiane (tra queste ultime ad es. Genova, Bologna, Treviso ed altre). A dimostrazione della sensibilità ed attivismo che Torino ha posto su questo importante tema, riportiamo integralmente la prima parte del "manifesto" con il quale è stata avviata l'iniziativa. "La salute è una sfida centrale

nel nostro tempo in quanto stiamo scoprendo che seppur circondati da una certa sicurezza riposta nelle tecnologie e da un aumento della speranza di vita, il progresso non ci rassicura più e che la qualità del vivere conta più della semplice sopravvivenza. Anche il concetto di salute è notevolmente cambiato: un tempo significava principalmente “assenza di malattia” e la richiesta sociale era prettamente sanitaria, ma da diversi anni esso è cambiato e viene considerato come uno stato di completo benessere (OMS) e, a partire da tale percezione, le persone fanno richieste molto più ampie ed articolate. *La salute, quindi, non dipende solo più da un buon funzionamento dei servizi sanitari, ma anche e soprattutto da ambiente, alimentazione, casa, lavoro, trasporti, informazione che risultano determinanti nella vita e per le scelte di ogni individuo.*

Una buona qualità della vita, conseguente all’adozione di stili di vita corretti, consentirà così di ridurre i fattori di rischio nei confronti di molte malattie e costituirà un fondamentale determinante per la tutela e la promozione del ben-essere.

Questo percorso verso una maggiore consapevolezza è possibile farlo singolarmente, ma raggiunge la sua pienezza solo quando è compreso ed avviato in maniera collegiale all’interno dei contesti nei quali operiamo e viviamo: le comunità. Intendendo la salute come bene capace di generare influenze decisive sulla coesione sociale, sulla qualità della vita e sull’accesso ai servizi e facendo proprie le linee guida dell’OMS, il Polo Cittadino della Salute ha intrapreso da tempo un percorso mirato a sviluppare un programma di salute per il miglioramento del benessere dei cittadini, rafforzando una metodologia di rete e cooperazione. *Il Polo cittadino della Salute vuole essere uno spazio dove poter generare e costruire una visione d’insieme e rafforzare le azioni di aggregazione con i diversi enti coinvolti, a vario titolo, nella programmazione della salute per un lavoro di comunità.* Si configura così come l’Ufficio Città Sane del Comune di Torino che aderisce all’omonimo progetto OMS nazionale ed europeo”.

Il Consiglio dei Seniores ha contribuito con propri membri all’attività del Polo Cittadino della salute, facilitando i contatti con altre città italiane e straniere nel realizzare progetti soprattutto orientati ad aiutare i familiari di anziani affetti da demenza o morbo di Alzheimer ad assistere i loro cari. Ha inoltre ottenuto dal Comune la costituzione di un Osservatorio per gli Anziani e condotto una ricerca sul sistema di vita della popolazione ultra settantenne.

Quest'ultima iniziativa, condotta con interviste a 1000 anziani, era tesa a delineare il loro status di vita nella città ed ha messo in luce il loro rapporto con la famiglia, le strutture comunali, l'organizzazione sanitaria e, se del caso, le eventuali associazioni di appartenenza. I risultati della ricerca hanno confermato che lo stato di salute individuale trova sostegno e conforto se l'ambiente che circonda le persone è strutturato per favorirne il benessere personale, rivolgendo all'individuo quel complesso di attenzioni ritagliato sulle proprie esigenze, non puramente sanitarie, ma relative ai più svariati aspetti del "vivere bene".

Introduzione



Dario Bracco

Gli Anziani moderni, i nuovi Anziani, chi sono? Necessitano di nuovi servizi?¹. I settantenni di oggi sono molto diversi da quelli descritti dalla letteratura socio-sanitaria. E lo saranno sempre di più, almeno in tutti i Paesi più evoluti del mondo. Sono i figli del *baby-boom*, sono molti, colti, consapevoli, attenti, prudenti. Questi anziani hanno visto di tutto, dall'evolversi delle tecnologie, dei mezzi di comunicazione, delle scienze in generale e della medicina in particolare, alle scoperte dello spazio. Sono i testimoni di un'epoca, forse irripetibile, contrassegnata da eventi terribili, come le guerre mondiali e le altre di Corea, Vietnam ecc. Sono diventati abili nell'utilizzo della tecnologia, si muovono liberamente nell'ambiente costruito, viaggiano. Aiutano figli e nipoti, cui sono spesso indispensabili. Sono socialmente partecipi e disponibili. Ricercano il benessere, quello vero, fatto di serenità, di riposo o relax, buon sonno perché dormire fa bene, inibisce lo stress migliora le condizioni cardiocircolatorie e quelle cerebrali. Una piccola regola: più sonno e meno ansia e stress. Esistono già sul mercato offerte di operatori del benessere, come lo *sleep tourism*, le *no noise rooms* dove si paga per

¹ Vedi Appendice "Chi sono i Baby Boomers?"

stare zitti. In buona percentuale i “Nuovi Anziani” sono economicamente più fortunati dei loro predecessori perché hanno lavorato negli anni del boom economico accumulando risparmi che consentono ora di poter pagare per migliori servizi e migliore accoglienza. Per dare alla nostra ricerca un riscontro pratico, abbiamo esaminato questo fenomeno in un territorio particolarmente rappresentativo del nord-ovest d’Italia che comprende, nella Regione Piemonte, la Città di Torino e la Provincia di Cuneo, limitatamente alle aree di Alba e Bra. Una zona ricca di industrie (Fiat, Miroglio, Ferrero), di fiorente agricoltura (vini, tartufi, nocciole, pesche, fragole...) con importanti organizzazioni di anzianato (Consiglio dei Seniores della Città di Torino, Fondazione Ferrero di Alba...). La popolazione dell’area studiata gode di un Pil per abitante più elevato rispetto alla media nazionale². Qui, ma probabilmente anche in altre Province e Regioni italiane, i “nuovi” Anziani ambiscono ad essere più partecipi, a poter conservare il più a lungo possibile la loro autonomia ed indipendenza non solo fisica e psichica, ma estesa a 360° su tutti gli aspetti della loro vita. Per questo non smettono di lavorare e di aggiornarsi (*Long Life Learning*) e continuano a “muoversi” nei loro ambienti; ambienti, dal canto loro, sempre più predisposti e organizzati per questo tipo di utenza. Vogliono vivere a casa loro, assistiti dai servizi territoriali domiciliari o presso Istituzioni (Centri di Assistenza Primaria, Ospedali, RSA ecc.) non distanti dai loro luoghi di origine o di vita, ben organizzate e ben inserite nel contesto sociale di quella zona o territorio.

I “nuovi” Anziani hanno un concetto moderno di qualità del servizio, la sanno percepire e ricercare. La vicinanza con grandi Città come Torino, Cuneo, Alba, Asti, offre loro buone possibilità di assistenza medica di ogni livello, anche iper specialistica.

² Circa 30.000 euro/abitante contro i 28.000 del centro ed i 18.000 del mezzogiorno - dati Istat 2011.

L'accesso alle RSA è generalmente veloce grazie ad una sufficiente offerta di posti letto, specialmente in provincia di Cuneo, meno nell'area metropolitana di Torino e cintura, in strutture a diverso livello di intensità di cura/riabilitazione ed una discreta assistenza domiciliare. I “nuovi” Anziani sono dunque pronti e desiderosi di accogliere nuove offerte orientate al loro benessere. Vivere la stagione dell'invecchiamento, oggi, deve necessariamente fare i conti con importanti novità:

- la situazione demografica della popolazione anziana (longevità, *baby boomers*, stili di vita ecc)
- la presa di coscienza delle difficoltà economiche, dovute alla crisi in atto, a sostenere l'attuale livello di welfare e di assistenza sanitaria in particolare
- l'attenzione alle accresciute esigenze, il desiderio/necessità di vivere a casa propria, con un livello eccellente di assistenza e qualità di vita
- la possibilità di accedere a servizi integrativi, più moderni ed estesi di quelli essenziali assicurati dalla collettività: poter scegliere ulteriori attività e pratiche culturali ed artistiche, preziose per supportare al massimo un invecchiamento già di per sé attivo. Anche se a pagamento! Perché non creare un'offerta di mercato che risponda adeguatamente a questa nuova domanda da parte di coloro che dispongono di condizioni finanziarie favorevoli?

Il nostro studio cerca quindi di focalizzare le nuove possibilità di offerta, al cittadino anziano, di un “ben-essere” più completo, al di là delle cure, degli stili e degli ambienti, che gli consenta un miglioramento della qualità di vita globale, senza peraltro mettere in crisi la *governance* del sistema. Il primo passo potrebbe essere quello di verificare l'esistenza di programmi, strutture od almeno progetti orientati al concetto di “ben-essere”. Ben-essere (*Wellbeing, wellness*): un concetto/slogan unificante, fortemente sostenuto, tra l'altro, dalle correnti di Bioetica più attente alla

persona che da tempo insistono sul concetto di passare dal “curare” al “prendersi cura” (*from care to take care*). Un approccio olistico, a 360°, a tutto tondo (*all-around*) dell’invecchiare bene e dell’*advocacy* dell’anziano. Quindi non servizi parcellarizzati ma “cittadelle della salute *all-inclusive*”; non solo la domotica/robotica che risolve la disabilità fisica, ma la cura dello spirito, delle relazioni umane, delle arti. Non solo la salute come assenza di malattia, ma soprattutto come tutela dell’autonomia: poter guidare, migliorare la memoria, curare la forma fisica, la postura, la mobilità ecc.

In altri termini, non solo la medicina (intesa in modo positivista, solo biologico), ma anche *tai chi*, *yoga*, *zero-balancing*, *meditazione*, *musicoterapia*, *danza* ecc. In definitiva il piacere globale di stare al mondo... ancorché anziani, con patologie croniche o diversamente abili. Temi che sono un po’ nuovi, “inesplorati” e “irrituali”, ma che incontrano certamente le aspettative del soggetto che abbiamo individuato come “Nuovo Anziano”, ancora desideroso, pronto e capace di apprendere per invecchiare con una qualità di vita prima d’ora impensabile.

A lui/lei noi dedichiamo questo “Quaderno”. Le Istituzioni in generale ed i servizi territoriali in particolare devono considerare queste loro caratteristiche e predisporre servizi più personalizzati ed integrati. I nuovi concetti di Human Caring e di Medical Humanities, devono guidare la formazione professionale di chi si dedica all’aiuto ed all’accompagnamento, a prescindere dalle tecniche e dalle tecnologie impiegate.

CHI SONO I BABY BOOMERS?

Sono considerati la generazione chiave per l'Europa e la sua economia. Hanno da 50 a 70 anni, sono molti (oltre il 50% della popolazione) e con un tenore di vita medio alto. Sono state le generazioni centrali dal 1950 al 1985, sono cresciuti nel consumismo e se ne sono abituati, hanno una buona sicurezza economica, perché hanno potuto e saputo risparmiare. Il potere d'acquisto medio dei Boomers è di oltre 20.000,00 euro/anno contro i 13.000,00 della popolazione generale grazie ad entrate supplementari. Chi più chi meno, sperimenta eventi famigliari epocali, quali la partenza dell'ultimo figlio da casa, la nascita di nipoti, i primi importanti problemi di salute, la percezione del proprio patrimonio, la fine del mutuo sulla casa³.

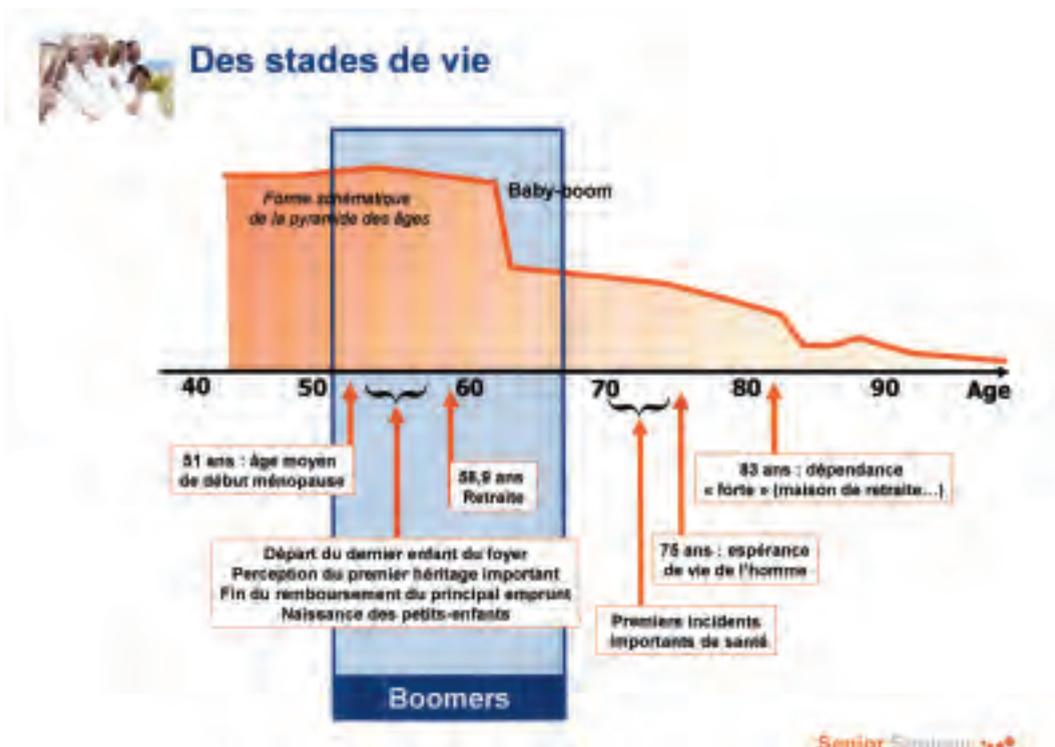
I Boomers hanno caratteristiche diverse secondo il susseguirsi delle generazioni: libertà, individualismo, libero pensiero, nostalgia, spirito di giovinezza ... anche un pizzico di edonismo: sono anziani, ma non invecchiano.

Nei Giovani Seniores (dai 65 ai 70 anni) prevalgono l'ordine e lo stato sociale, il volontariato, l'innovazione, la visione globale delle cose, la religione, il rispetto per le autorità, la storia e le tradizioni, il razionalismo, magari condito con un po' di utilitarismo.

Nei Seniores (70-80 anni) prevale invece la sicurezza, il cameratismo, la complicità tra amici. Tutti vogliono vivere a casa loro (*age in place*), temono l'istituzionalizzazione, piuttosto accetterebbero la coabitazione (*cohousing*), convivono bene con le

³ Boomers: La génération clef pour l'économie française et ses entreprises, Frédéric Serrière - Senior Strategic, Paris, le 13 novembre 2012.

tecnologie (domotica, internet...). Sperano nell'assistenza domiciliare, coniugata nelle sue varie componenti (domestica, tecnica, sociale e sanitaria). Li chiamano anche con molti altri nomi: vecchi, persone anziane, boomers (*youngest B.* o *oldest B.*), seniors, pensionati, 50 e più, adulti, nonni, esperti, maturi. Le cose che contano di più per loro sono: la famiglia, gli amici, i loro interessi, il lavoro e la salute. Al primo posto la salute⁴. Tra questi *items* sono più importanti: la libertà, l'amicizia, la sicurezza, lo stato sociale, sentirsi utili, la verità, il denaro, l'onestà, la riuscita, l'ordine, la nostalgia. Riguardo all'età del pensionamento i Boomers pensano, quasi all'unanimità, che 60 anni sia ancora quella giusta e solo una metà crede che al pensionamento si accompagni l'esclusione sociale.



⁴ Peter Francese, Demographer and John Migliaccio, Director of Research and Gerontology, MetLife Mature Market Institute, Usa, October 4, 2012.

Che cosa vogliono fare dopo il pensionamento? Viaggiare nel loro Paese ed anche all'estero, praticare uno sport, riprendere una "passione" (*hobby*, sport, musica e arti), occuparsi di volontariato, entrare in un'associazione di pensionati. Per ultimo, andare a vivere altrove.

Il pensionamento ha sconvolto i rapporti con il loro *entourage*? Oltre il 50% risponde di no, solo un 15% crede di sì.

I Boomers, i giovani Seniors ed i Seniors, sperano di arrivare a 100 anni? Quasi la metà dei Boomers lo spera contro il 27% dei giovani Seniors ed il 12% dei Seniors. I Boomers sono anche convinti di non avere difficoltà economiche nel raggiungere il secolo di vita. Tutte le "categorie" di anziani si trovano d'accordo sulla paura di divenire dipendenti.

I Boomers sono il perno della famiglia moderna? Per loro, la famiglia e la salute sono le due cose più importanti. Si trovano ad essere in posizione centrale nelle famiglie, tra i più giovani (i nipoti, coloro che aiutano) ed i loro parenti (i figli, i loro eredi, coloro che li aiuteranno); si sentono molto vicini ai loro nipoti per un buon 30% ed a loro dedicano molte ore al mese.

Con loro amano andare a passeggio, in vacanza, al ristorante, a fare acquisti; meno andare al cinema, giocare con i videogiochi o fare sport. Quasi il 60% degli intervistati aiuta finanziariamente i nipoti (da 20 a 100 euro al mese). Le relazioni con i parenti (figli soprattutto) sono abbastanza simili a quelle dei nipoti: molto buone per oltre il 70 per cento. Solo un 10-15% non ha relazioni. Tuttavia i Boomers percepiscono od incontrano una certa difficoltà con i parenti nei momenti decisionali: quasi un 70 per cento trova difficili, poco o tanto, i rapporti in queste circostanze.

Sono dei consumisti? I Boomers sono figli del consumismo, hanno goduto di almeno trent'anni di benessere sociale ed economico. Amano pertanto i beni materiali, ma la crisi e, soprattutto il suo perdurare senza "luce in fondo al tunnel", li sconvolge e

li obbliga a ristrutturare il loro modo di vivere. Pensano che le loro condizioni di vita possano ancora migliorare (oltre il 60%), restare così (un 25%), o peggiorare (circa un 15%). Sono molto preoccupati per il degrado dell'assistenza sanitaria e dell'ambiente, per il futuro dell'economia ed in particolare per la riduzione delle pensioni. Li spaventa la disoccupazione per i loro figli ed hanno paura della povertà. Questi loro timori li guideranno nei consumi e negli stili di vita, concentrando le spese sui beni ed i servizi essenziali, a scapito di quei divertimenti cui erano predisposti dall'essere vissuti in periodi di benessere economico. La loro maturità ed esperienza consentirà loro di proteggersi dai momenti più difficili anche riducendo i loro bisogni, conservando ciò che hanno più a lungo senza rinnovamento (auto ed vestiario principalmente). Ogni generazione ha la sua tendenza ai consumi e reagisce differentemente ai problemi della crisi: i Boomers ed i Seniores sapranno adattarsi meglio anche a questo impatto.

I “NUOVI ANZIANI”, LA BIOETICA E LA PERSONA



Ugo Marchisio

Gli anziani sono sempre esistiti sulla faccia della terra come naturale (o inesorabile...?) evoluzione (o involuzione...?) biologica di ogni essere umano. Simbolo di saggezza e status sociale nelle aggregazioni umane “primitive” o per lo meno “patriarcali”, dove sono ben poche le persone che sopravvivono fino a tarda età, lieve il peso di mantenerle da parte dei più giovani e profondamente sentiti i valori che rappresentano: tradizione, legami familiari ed etnici, conoscenza della vita. Peso inutile e mentalità superata per la società ricca e tecnologica di oggi dove gli anziani sono sempre più numerosi ed assorbono sempre più risorse in assistenza e sanità; dove il successo, la paura di invecchiare e morire, la libertà individuale e la negazione di ogni peso e vincolo che la possano limitare sono diventati imperativi dominanti.

Ho volutamente forzato il linguaggio e le immagini, in questo incipit, a sottolineare l’ambivalenza esistenziale che ognuno di noi legge nell’invecchiamento: più anni alla vita o più vita agli anni? Poter dare più anni alla vita è certamente un fatto positivo, ma se non si riesce a dare vita agli anni guadagnati, si ottiene so-

lo una sopravvivenza biologica che rischia di diventare un vero fardello di sofferenza, vissuto nell'amara consapevolezza di rappresentare ormai solo un peso senza significato per la società.

Tale è la realtà di oggi, ma per l'anziano che verrà quali nuovi scenari, potenzialità e pericoli riservano i prossimi decenni? Come potrà sostenere positivamente la sua condizione invece di farsi gestire dagli altri o travolgere dagli eventi? Quali strumenti culturali è bene che sviluppino le nuove generazioni per attrezzarsi a governare meglio il fenomeno? A quali valori prioritari possiamo/dobbiamo fare riferimento per dare rilievo alla presenza di tante persone anziane nella nostra società e in quale modo loro stesse vorrebbero rendersi protagonisti? Come sognano di dare significato alla loro terza età e ricevere solidarietà da parte dei più giovani anziché discriminazione?

La problematica è ovviamente immensa. Nello spirito di questo "quaderno", mi limiterò a focalizzare l'attenzione sulle due novità assolute che caratterizzano il mondo dell'anziano che verrà: la globalizzazione e l'evoluzione nel tempo del fenomeno del "baby boom".

Partiamo, dunque, da alcune considerazioni demografiche che sono il presupposto di ogni successivo ragionamento.

La prima è la crescita della popolazione mondiale: eravamo meno di tre miliardi nel 1950, siamo oggi più di sette e saremo nel 2050, se le proiezioni sono esatte, più di nove (Fig. 1).

Anche il nostro Paese ha visto un incremento demografico notevole negli ultimi 100 anni: nell'anno dell'unità d'Italia eravamo 22 milioni e oggi siamo oltre quota 60 (Fig. 2). Va però notato l'arresto della crescita demografica a 57 milioni durante tutti gli anni '80 e '90, dovuto al crollo della natalità, e la ripresa nel III millennio dovuta solo alla immigrazione perché, se si considerano solo i cittadini originariamente italiani, la crescita zero continua ancor oggi invariata.

La popolazione mondiale, oltre che aumentare, invecchia: in-

Fig. 1 - Aumento della popolazione mondiale dal 1950 al 2050 (proiezione).

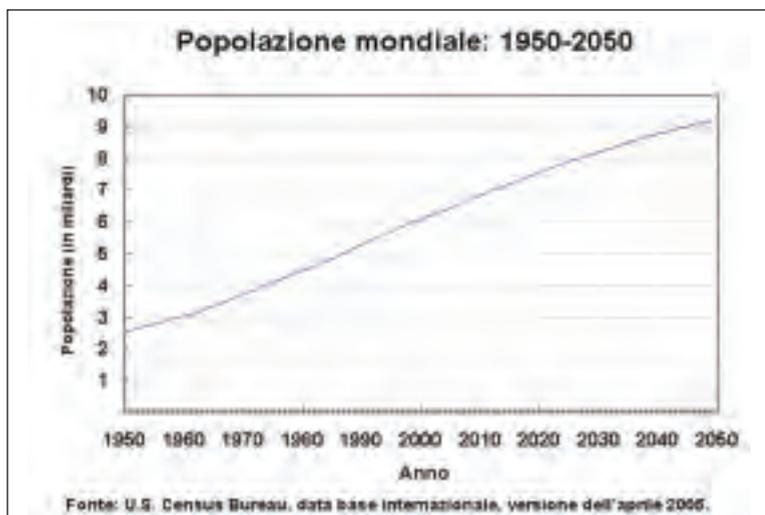
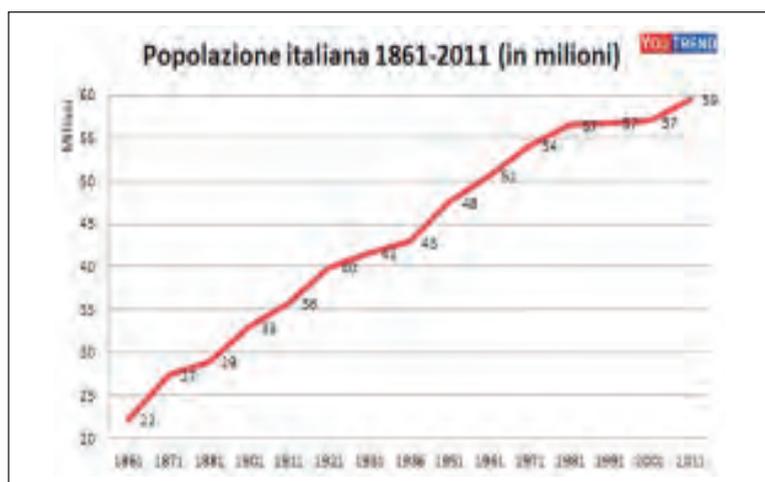


Fig. 2 - Popolazione italiana 1861 - 2011.



fatti le persone con 60 o più anni di età sono aumentate percentualmente più del totale ed i cosiddetti “oldest old” (per definizione “grandi vecchi” con 85 anni o più di età) hanno avuto un incremento percentuale maggiore dei sessanta-settantenni! (Fig. 3). Il fenomeno è maggiormente accentuato nei Paesi ad alto reddito dove le condizioni di vita favoriscono un invecchiamento più protratto: le persone con 65 anni o più di età erano il 5% circa della popolazione nel 1850, sono oggi tra il 10 e il 20% e saranno nel 2050 tra il 20 e il 40%! (Fig. 4).

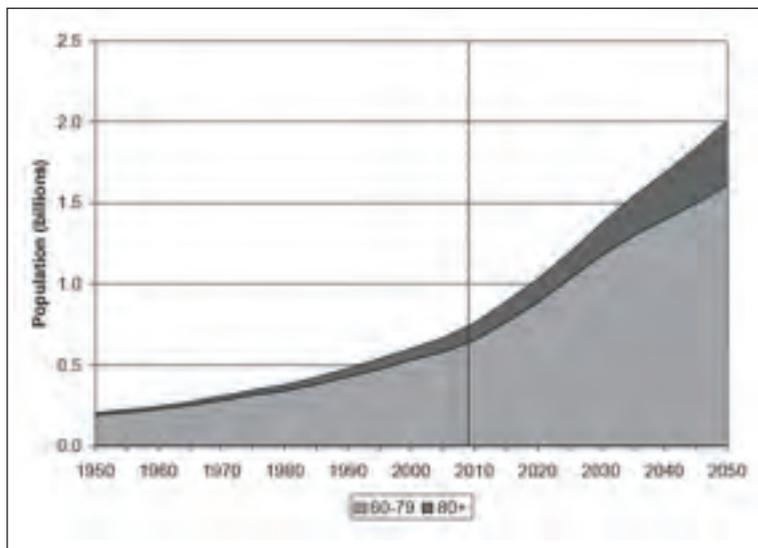


Fig. 3 - Aumento della popolazione anziana e ultra-anziana a livello mondiale (1950-2050).

Inoltre la popolazione anziana ha ulteriormente incrementato la sua velocità di crescita dal 2010 in poi (Fig. 5); non a caso la figura si riferisce alla situazione in USA, Paese che ha assistito per primo al fenomeno del “baby boom”, di cui diremo oltre, già a partire dall’immediato dopoguerra e più precisamente dall’anno 1945. Un altro fenomeno interessante è costituito dalla progressiva prevalenza della popolazione femminile man mano che cresce l’età, per cui a 60 o più anni, essa supera il 50% del totale (Fig. 6). Questo dato demografico non è solo una curiosità su cui speculare filosoficamente o indulgere a scontate battute, ma ha importanti ripercussioni sociali perché evidenzia un più elevato rischio di solitudine, con l’invecchiamento, per le donne rispetto agli uomini.

Certamente l’invecchiamento della popolazione, soprattutto nei Paesi ricchi, è frutto delle migliori condizioni di vita e di salute di cui gode la stragrande maggioranza della popolazione, ma un altro fenomeno parallelo ha contribuito in modo determinante: la riduzione della natalità. Il numero delle nascite si è infatti drasticamente ridotto, dal dopoguerra ad oggi, a livello pla-

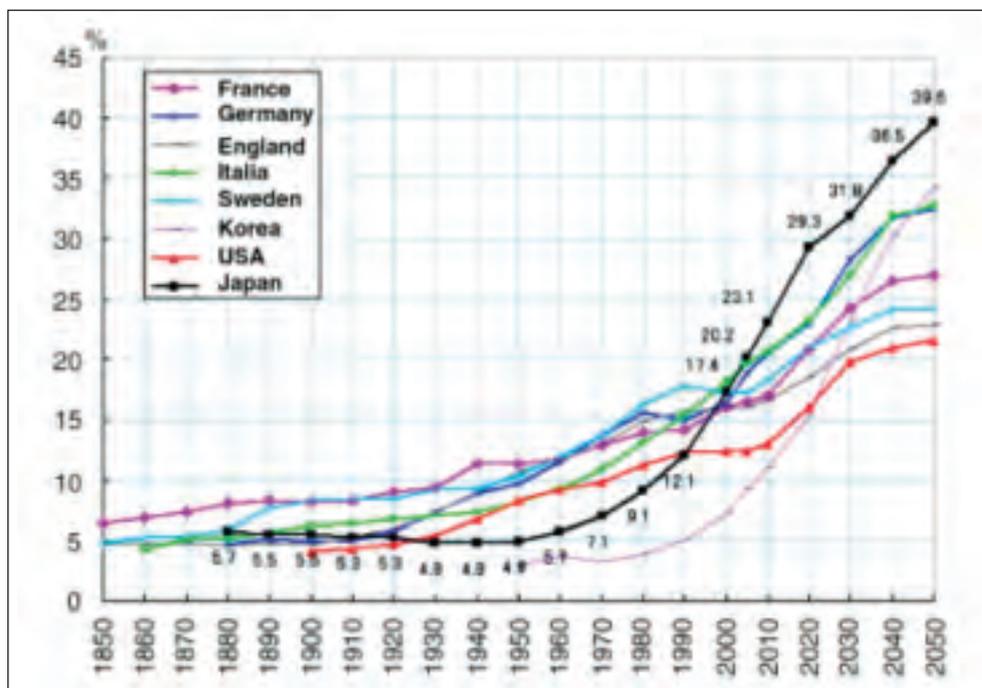


Fig. 4 - Aumento della popolazione di 65 anni o più di età in alcuni Paesi (1850-2050).

netario (non solo nei Paesi ad alto reddito), ed è previsto che continui a scendere almeno fino al 2050 (Fig. 7).

Il fenomeno delle “culle vuote”, associato all’aumentata speranza di vita della popolazione, soprattutto nei Paesi ad alto reddito, ha profondamente cambiato la forma di quella che gli epidemiologi chiamano ancora con la dizione classica di “piramide demografica”. In realtà, se suddividiamo la popolazione per classi di età e per genere, partendo dal basso con i neonati e progredendo verso l’alto con il crescere dell’età, otteniamo una forma “a piramide” ormai solo più nei Paesi a basso reddito (vedi Fig. 8 - Afghanistan come esempio di un paese a rapida crescita demografica). Negli altri Paesi la forma si è fatta piuttosto “a cilindro” (vedi Fig. 8 - USA come esempio di un paese a lenta crescita demografica), oppure addirittura “ad albero” (vedi Fig. 8 - Italia

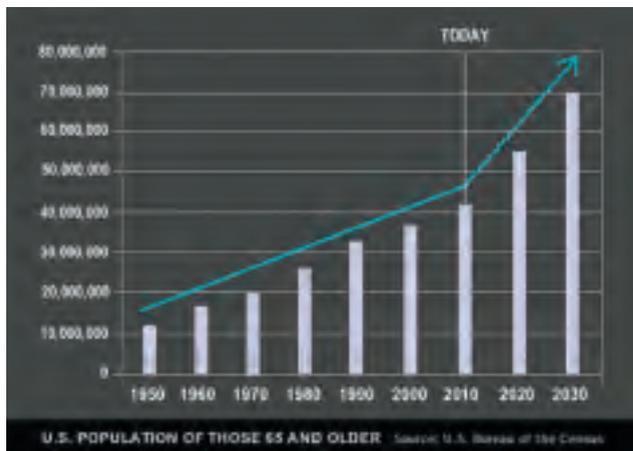


Fig. 5 - Accelerazione dopo il 2010 dell'aumento della popolazione con età > 65 anni in USA.



Fig. 6 - Prevalenza delle donne all'interno della popolazione anziana (USA 2010).

come esempio di un Paese a crescita demografica zero). Per meglio comprendere questa situazione di invecchiamento della popolazione per il sommarsi di incrementata speranza di vita e denatalità, riporto gli ultimi dati demografici dell'Italia (Istat, censimento 2011).

E passiamo ora a esplorare il fenomeno del “Baby Boom”: come ha sconvolto la demografia e quali sono state, sono e saranno le sue conseguenze socio-economiche, soprattutto per l’“anziano che verrà”, figlio appunto del Baby Boom stesso!

Il termine “baby boom” venne coniato in USA a descrivere l’impennata di natalità registrata nel ventennio immediatamente successivo alla II Guerra Mondiale e, più precisamente, dall’an-

Fig. 7 - Caduta del tasso di fertilità (numero medio di figli per donna) a livello mondiale (1950-2050).



no 1945 all'anno 1964 compresi (Fig. 9). Ad esso seguì il cosiddetto “baby bust” (abbattimento delle nascite), nel decennio 1965-1975 e, infine, una stabilizzazione dell'indice di natalità sui bassi valori odierni.

Demografia dell'Italia (Istat, censimento 2011)

• Abitanti	60.851.000 (di cui 8% stranieri residenti)
• Abitanti con età 65 anni o più	20,6%
• Tasso natalità	9,1 nascite/1.000 abitanti
• Tasso mortalità	9,7 morti/1.000 abitanti
• Tasso di saldo migratorio (immigrati - emigrati)	4,3/1.000 abitanti
• Speranza di vita alla nascita:	79,4 anni
• uomini	(+ 0.3 anni rispetto al 2010)
• donne	84,5 anni (+ 0.2 anni rispetto al 2010)
• delta di genere	5,1 anni a favore delle donne (nel 2001 era 5,8)
• Quoziente di fecondità (TFT)	1,42 figli/donna
• donne italiane	1,33
• donne immigrate	2,07

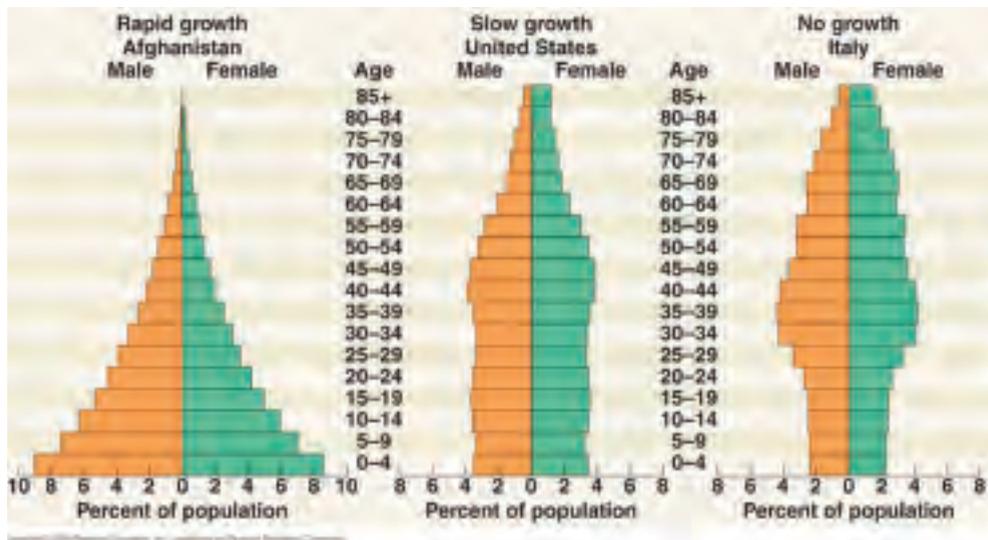


Fig. 8 - Tre esempi di “piramide demografica” - crescita rapida, lenta e zero.

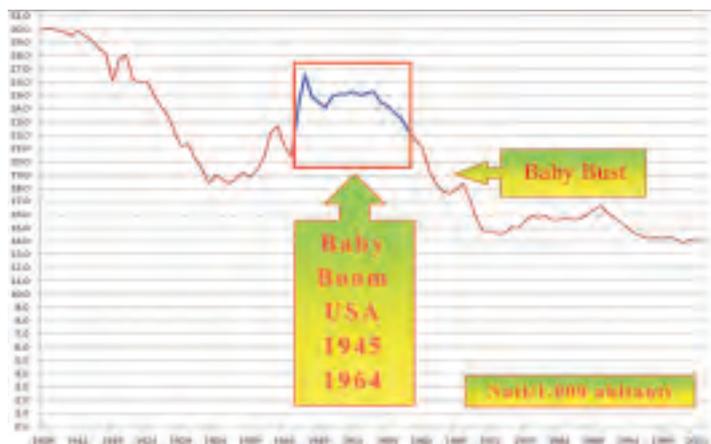
Anche in Europa, e segnatamente in Italia, si registrò un fenomeno analogo, ma il baby boom nostrano è stato più tardivo e più breve (1958-1974); ad esso seguì, anche in Europa, un baby bust e poi una bassissima natalità stabile fino ad oggi, solo leggermente corretta, come è già stato detto, dall’immigrazione degli ultimi anni (Fig. 10).

Il fenomeno del baby boom è stato certamente espressione dell’ottimismo postbellico, quando la libertà dal Nazi-fascismo, l’economia dell’Occidente democratico in espansione, il benessere crescente e gli incredibili progressi della scienza e della tecnica sembravano assicurare a tutti uno splendente futuro di benessere e di pace senza fine... La storia degli anni successivi dimostra che non fu proprio così, ma questa “coorte” di neonati, frutto di quell’ottimismo, è rimasta: i “baby boomers” sono cresciuti e stanno progressivamente invecchiando, tutti insieme, mentre si sono drammaticamente assottigliate le fila (e anche l’ottimismo...) delle giovani generazioni che saranno chiamate, pesto, a farsene carico.

In demografia ed epidemiologia, si indica come “effetto coorte” la situazione in cui un gruppo di soggetti presenta una specifica caratteristica che gli deriva da eventi circoscritti nel tempo, eventi da cui è stato interessato in modo selettivo e le cui conseguenze si porta dietro per tutta la vita. Il baby boom ha appunto creato un effetto coorte perché questo improvviso e temporaneo aumento della popolazione sta risalendo la “piramide demografica”, come una specie di rigonfiamento che si è mosso dalla base (età neonatale) ed è arrivato ormai all’età geriatrica, almeno in USA, diventando un vero e proprio “silver tsunami”: una invasione di capelli bianchi che rischia di travolgere i nostri sistemi di welfare, a cominciare da quello sanitario (Fig. 11).

Ma più che indagare i problemi che creerà al mondo l’“anziano che verrà”, ci preme qui cercare di comprendere che cosa vuole lui dalla società e, soprattutto, dalla vita... È certamente più istruito, esigente e attaccato alla sua indipendenza degli anziani delle generazioni precedenti; certamente vuole vivere più a lungo, come le statistiche demografiche lo autorizzano a sperare, ma, come ho già detto prima, più che dare anni alla vita desidera, sopra ogni altra cosa, dare vita agli anni! La longevità è un traguardo se si guadagnano anni preziosi, regalati alla felicità e all’indipendenza, caratterizzati da un’elevata qualità di vita; di-

Fig. 9 - Tasso di natalità in USA con il fenomeno del “Baby Boom” e del “Baby Bust”.



venta una amara condanna se è solo un sovrappiù di anni afflitti dalla sofferenza, dalla disabilità, dalla dipendenza e dalla solitudine.

È naturale chiedersi a questo punto quale sia di fatto, oggi, il prezzo della longevità. Abbiamo visto che la speranza di vita in Italia è arrivata a 79,4 anni per gli uomini e addirittura 84,5 per le donne; ma in media 3 anni per gli uomini e 5 anni per le donne sono passati in condizione di disabilità... È quindi assolutamente doveroso preoccuparsi fin da giovani di come fare ad “invecchiare bene” (mens sana in corpore sano). È altrettanto giusto che la Comunità Europea abbia consacrato il 2012 “Anno Europeo dell’invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni”, promuovendo ogni sorta di convegni, studi, proposte formative e iniziative promozionali che spingessero l’opinione pubblica in questa direzione.

Ma di fronte al famoso “silver tsunami” che, nel bene e nel male, inonderà il nostro pianeta da qui a qualche anno, è inevitabile chiedersi: “Che cosa possiamo fare in pochi anni per prepararci a fronteggiare questo fenomeno?”. Domanda difficile soprattutto per la complessità dei fronti su cui ci si trova a combattere e, ancor più forse, per l’assoluta novità di molti aspetti del problema.

Per questo è doveroso, prima di lanciarsi alla ricerca di solu-

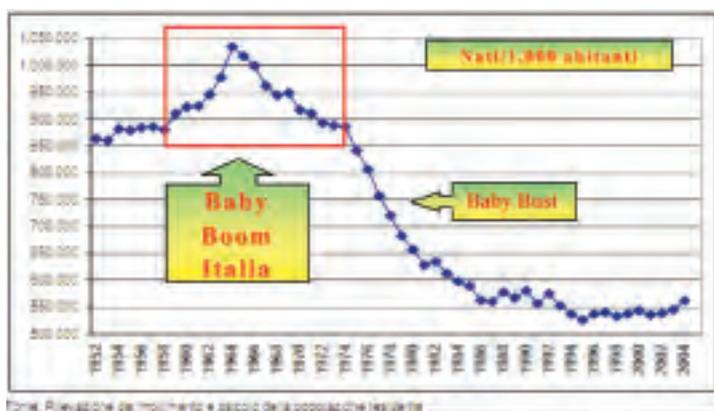


Fig. 10 - Tasso di natalità in Italia con il fenomeno del “Baby Boom” e del “Baby Bust”.

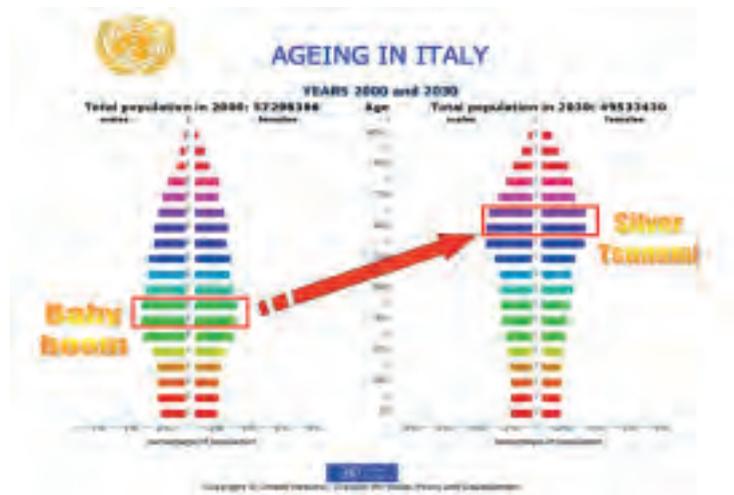


Fig. 11 - Dal “Baby Boom” al “Silver Tsunami”.

zioni operative, mettere a fuoco gli strumenti culturali e una scala di valori condivisa per orientare tale ricerca. Non vorremmo infatti, come si dice in medicina, che i rimedi fossero peggiori dei mali. Disponiamo di strumenti tecnologici sempre più potenti e sofisticati, ma viviamo tempi di globalizzazione e supremazia della dimensione economica su tutti gli altri parametri di riferimento per pianificare e gestire le nostre vite e la nostra società: un miscuglio potenzialmente micidiale per le fasce più deboli. E gli anziani sono certamente persone “fragili” (o ad alto rischio di fragilità) sotto il profilo biologico, sanitario e socio-politico...

Le risposte dobbiamo cercarle, innanzi tutto, alla luce della Bioetica, scienza nuova, nata negli anni '70 sotto la spinta degli enormi progressi compiuti dalla ricerca scientifica nel Dopoguerra, sia sotto il profilo conoscitivo (DNA, energia nucleare, conquista dello Spazio, computer ecc.), ma ancor più sotto il profilo tecnologico bio-medico (trapianti e altri spettacolari interventi chirurgici, anticoncezionali, antibiotici, apparecchiature di rianimazione, ecotomografia, TAC e risonanza magnetica nucleare, strumenti endoscopici a fibre ottiche, protesi e microtecnologie di ogni tipo...).

La Bioetica nacque proprio perché ci si rese drammaticamente conto che la scienza (intesa soprattutto come tecnologia applicata) rendeva realizzabili imprese fino allora inimmaginabili, ma che l'etica tradizionale era impreparata a gestire, a dare loro un senso umano, ad orientarle alla promozione della persona anziché abbandonarle in balia della smania acritica di superare tutti i limiti a tutti i costi. In altri termini, ci si accorse che la tecnologia (dal Greco Antico τέχνη *Téchne* - arte, mestiere, abilità) arrivava sempre prima del λόγος (*Lògos* - pensiero, ragione, parola) inteso come la comprensione profonda di un fenomeno che lo colleghi (o ri-colleghi) al bene dell'umanità. Di qui la ricerca e il confronto sui valori fondamentali di riferimento cui orientare l'utilizzo pratico (etico) delle scoperte scientifiche che in qualche modo vadano a modificare la biologia e la salute delle persone: Bio-etica = βίος (*βίος* - vita) + ἔθος (*ἔθος* - uso, costume, morale). Non posso qui entrare nel merito delle varie correnti di pensiero presenti in Bioetica e delle posizioni filosofiche a cui si ispirano. Credo però che la "scuola" più vicina a comprendere e difendere l'umanità anziana sia quella "personalista" che si differenzia dagli altri filoni (pragmatismo, utilitarismo e contrattualismo soprattutto) perché pone al centro la difesa e la promozione della persona umana in quanto tale, a prescindere dalle condizioni biologiche e sociali in cui si trova a vivere.

Ogni essere umano è persona e, come tale, va rispettato: esistere sulla Terra come essere biologico appartenente al genere umano vuol dire, automaticamente, esistere anche come persona con una sua dignità da rispettare in modo assoluto. Essere persona non è quindi un "attributo" che si acquisisce o si perde in base alle condizioni psico-fisiche o esistenziali in cui si vive e la "qualità di vita" è, caso mai, un impegno verso chi ha bisogno e non un alibi per non trattare più come persona chi finisce al di sotto di una soglia di "qualità di vita" da altri arbitrariamente stabilita.

Il concetto di persona, anche applicato alla realtà degli anziani, è quindi dinamico. La persona è “struttura aperta” e comporta responsabilità: l’impegno a “diventare” persona, sempre più realizzata e autonoma, oltre al diritto di essere considerato/a tale. Inoltre la persona va sempre considerata un essere in relazione. Come diceva Mounier, fin dagli anni ’60, nel suo testo base storico, “la prima esperienza della persona è l’esperienza della seconda persona: il tu, e quindi il noi, viene prima dell’io o per lo meno lo accompagna”.

Sotto il profilo strettamente medico, ne deriva un approccio “olistico” (dal Greco Antico ὅλος - tutto, completo, intero), tipicamente geriatrico, che valuti le capacità funzionali globali dell’anziano puntando a promuovere il massimo della sua autonomia e indipendenza. Torniamo a ripetere ancora una volta che bisogna dare più vita agli anni, piuttosto che più anni alla vita; dobbiamo difendere la dignità della persona in tutte le sue componenti, ben oltre la mera salute corporea. Così facendo si riesce anche a superare la visione “positivistica” della Medicina come ci viene ancora insegnata in Università e come viene ancora praticata nel contesto superspecialistico della nostra organizzazione sanitaria: finiamo per eliminare l’idea di vita sostituendola con quella di molecole, di geni, di comportamenti.

Per passare ad un livello più ampio ed “esistenziale” del problema, credo che la parola d’ordine per affrontare la vecchiaia, soprattutto per l’anziano che verrà, sia “resilienza”. Questo termine è nato in ambiente ingegneristico ad indicare la capacità di un materiale di resistere a sollecitazioni forti e improvvise (per esempio resistere agli urti senza spezzarsi) e deriva dal latino “resilire” (rimbalzare). Il termine è poi stato adottato in campo informatico, biologico, ecologico, psicologico, sociologico e addirittura religioso, per cui si parla di “resilienza delle comunità/società”, di “resilienza della famiglia”, di “resilienza di un ecosistema” ecc. Da ultimo, il termine è stato anche adottato in

campo geriatrico quando un organismo anziano, molto compromesso, si dimostra in grado di rispondere positivamente alle cure con risultati inaspettati.

Parlando però dell'anziano non solo come malato, ma in senso più generale e profondo, la "resilienza" è la capacità di saper far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita di fronte alle difficoltà e alla perdita parziale delle capacità che si avevano prima, di restare aperti alle opportunità positive che la vita offre senza perdere la propria umanità. In parole povere, vedere il bicchiere mezzo pieno e mai mezzo vuoto...anche da vecchi!

E gli ultimi studi psico-sociologici sembrano supportare questo modo di intendere la vita. Per esempio un recente (2012) studio dell'Università della Svizzera Italiana sulla qualità di vita percepita nell'anziano (60-70 anni e 80 o più anni), con interviste di tipo narrativo/autobiografico (gli anziani "si raccontano"), ha identificato il segreto per invecchiare bene proprio nella resilienza intesa appunto come approccio positivo al mutamento esistenziale dell'invecchiamento.

L'anziano che verrà quindi, se vuole invecchiare bene, ripudierà innanzi tutto il motto di Terenzio "Senectus ipsa morbus" (la vecchiaia è di per sé una malattia): la vecchiaia, al contrario, è un'età dell'oro se vissuta positivamente, attivamente, da protagonisti e non da fardello assistenziale. Anche se la malattia è ovviamente più frequente e più grave che nei giovani, essa rimane un evento accidentale e non sostanziale alla vecchiaia; un evento da prevenire e curare, ma che non deve farci desistere da una vita il più possibile attiva e autonoma, da una visione comunque

⁵ C. Viafora, Introduzione alla Bioetica, Franco Angeli Milano 2006, p.107.

² E. Mounier, Il Personalismo, A.V.E. Roma 1964, p.49.

³ F. Bellino, I fondamenti della Bioetica. Aspetti antropologici, ontologici e morali, Città Nuova Roma 1993, p.55.

positiva dell'esistenza e delle nostre possibilità di realizzarci pienamente come persone.

L'anziano che verrà ripudia anche la visione della vecchiaia di Anacreonte che si augurava di non sopravvivere alla sua giovinezza per non fare l'amara e inutile esperienza che così descrive: "La canizie già le tempie mi imbianca e calvo è il capo, malfermi i denti. Da me fuggita è giovinezza amabile. Della vita sì dolce poco a viver mi resta e forte gemo al timor della morte".

Su tutt'altra lunghezza d'onda troviamo invece il grande pittore Francisco Goya che, in tarda età, realizzò un autoritratto, un abbozzo molto indistinto a carboncino, in cui si vede un vecchio curvo, che si sostiene a stento con due bastoni, una lunga barba bianca e il viso indecifrabile; ma in un angolo, appena tracciata, la frase "Aun aprendo" (ancora sono in grado di apprendere) (Fig. 12). Credo che questa immagine esprima meglio di tante altre parole il significato del cosiddetto "lifelong learning", della resilienza e della ricetta per invecchiare bene...



Fig. 12 - Autoritratto senile di Francisco José de Goya y Lucientes (1746-1828) - "Aun aprendo" (ancora imparo...).

Bibliografia di riferimento

AA.VV. (a cura di E. Larghero e G. Zeppegno) - Bioetica e persona. Edizioni Camilliane. Torino, 2010.

AA.VV. (a cura di E. Larghero, M. Lombardi Ricci e R. Marchesi) - Medical Humanities e bioetica clinica. Edizioni Camilliane. Torino, 2010.

INVECCHIAMENTO EMOTIVO E COGNITIVO IN SERENITÀ

**Piero Prandi
Giorgio Maria Bressa**



La psicologia della persona anziana è diventata un argomento di importanza primaria per la società con il dilatarsi dell'età anziana. Infatti non si tratta solo di un aumento numerico: sono anche migliorate le condizioni di vita, sono stati introdotti strumenti tecnologici di facilità sempre maggiore tanto da diventare usufruibili anche da fasce di popolazione che in passato sembravano inabili al loro uso. Di conseguenza la condizione ciceroniana di “*Senectus ipsa est aegritudo*, la vecchiaia è da sola una malattia” ha subito ritocchi e variazioni, tanto da aprire alla popolazione anziana accessi di vita serena prolungata e non solo scampoli di modesto benessere strappati a lunghi periodi di buio. La stessa adozione ormai consueta di figure di caregivers, cioè di assistenti alla persona anziana, consente di ridurre l'isolamento che veniva da ricoveri in ambienti spesso tristi e freddi, consentendo di mantenere le proprie abitudini all'interno dei luoghi di residenza precedenti, riducendo lo stress e la fatica derivanti dall'adattamento forzato a condizioni poco soddisfacenti.

Una serie di fattori positivi, quindi, che hanno aperto nuovi confini agli anziani e alle loro famiglie, ma anche nuovi stimoli

per gli studiosi dell'età anziana sia sotto l'aspetto strettamente psicologico, sia sotto quello più complesso di conoscenza dei meccanismi biologici di invecchiamento del cervello. Lo scopo di questo capitolo è quello di individuare le caratteristiche di una condizione che chiameremo “ Invecchiamento emotivo e cognitivo in serenità”, analizzando tutte le possibili componenti che sia in sede preventiva sia in sede di vita vissuta possano risultare determinanti per affrontare positivamente una fase del proprio percorso che mantenga elevati standard di dignità, di soddisfazione e di benessere, contribuendo quindi anche alla riduzione degli effetti negativi, emozionali ed economici, che una vecchiaia stentata fa ricadere sull'intera società.

Partendo dalla ricerca di una soddisfacente definizione di “saggezza” che da sempre si associa all'età matura e che comporta l'assunzione di ruoli familiari e sociali di estrema importanza e di inestimabile valore; percorrendo il sentiero del rapporto tra emozionalità e vecchiaia serena, ci avvicineremo ad un capitolo divenuto cruciale negli ultimi anni grazie allo sviluppo delle neuroscienze: gli aspetti biologici del cervello anziano. La comprensione dei comportamenti psicologici negli ultimi anni



passa ormai inevitabilmente attraverso il nodo cruciale delle funzioni cerebrali, il loro deterioramento ma anche lo sviluppo di funzioni che, grazie ad un rallentamento dei

Fig. 1 - “Allegoria della saggezza” di Benedetto Luti.

ritmi di vita , possono diventare proprietà sole ed esclusive della vecchiaia. Le tecniche di visualizzazione cerebrale consentono sia la valutazione diagnostica che anche la valutazione funzionale, cioè i meccanismi di funzionamento del cervello, evidenziando eventuali anomalie o difetti. Grazie a queste tecniche è diventato possibile studiare il cervello nelle sue attività, chiarendo in modo ormai molto ampio i principali circuiti di trasmissione.

Psicologia della saggezza

Da sempre la figura dell'anziano è risultata determinante quale “educatore aggiunto”, cioè persona cui ricorrere in tutte quelle occasioni in cui la famiglia con i suoi impegni cerca un supplemento gratuito di aiuto senza aggravio economico. E del “nonno” ci si fida attribuendogli quasi naturalmente virtù di consapevolezza, attenzione e pazienza che l'età dovrebbe comportare in modo obbligatorio. Ma la saggezza non è un dono obbligatorio, acquisito in modo automatico: per la maggior parte degli studiosi la saggezza è il risultato ultimo di un lungo processo psicologico di vita in cui hanno confluato una dimensione cognitiva, fatta di intelligenza, pragmatismo, coerenza e correttezza, una di tipo riflessivo (introspezione ed intuito) ed una affettiva, fatta di empatia, compassione e capacità di comprensione.

È abbastanza naturale pensare che questa straordinaria mescolanza di virtù deve essere praticata per tutta la vita, utilizzando una genetica ed una vita sostanzialmente favorevoli, passando attraverso le difficoltà della vita, arricchendosi e traendo esperienza positiva anche dagli avvenimenti sfavorevoli. Infatti la progressiva diminuzione di attività dei lobi frontali, il vero nodo nevralgico delle attività superiori che esercitiamo porta ad una diminuzione dei processi cognitivi. E, di conseguenza, ad una esasperazione delle caratteristiche di personalità che abbiamo condiviso per l'intera vita e grazie alle quali giungiamo all'età

anziana. La saggezza non prevede quindi che nella vita non siano avvenuti eventi gravi o capaci di destabilizzare, oppure che siano avvenute reazioni molto intense in seguito a lutti, problemi di lavoro o malattie. L'anziano saggio è quello che ha imparato presto, sin dalla fine dell'adolescenza, a sviluppare una capacità di adattamento adeguata. La parola chiave è proprio questa: capacità di adattamento.

Da sempre, nel corso dell'evoluzione, l'essere umano si è trovato di fronte a situazioni che possono sconvolgere i ritmi abituali, a causa della imprevedibilità, della violenza o delle dimensioni. Ma il nostro cervello possiede una struttura molto robusta, con dei sistemi di reazione piuttosto potenti, basati sulla finissima rete di rapporti che legano il cervello all'ipofisi e ai sistemi ormonali. La funzione dei sistemi difensivi, come quello immunitario e quello dello stress, sono in grado, in condizioni normali, di analizzare il pericolo, di predisporre una risposta adatta e quindi una reazione congrua. Ma per funzionare correttamente i sistemi devono essere tenuti in allenamento, non sovraesposti e non logorati. La capacità di adattamento è quindi la misura in cui riusciamo a fornire le risposte più efficienti ad uno stimolo esterno e a ridurre le conseguenze, allontanando il pericolo e acquisendo l'esperienza necessaria per avere reazioni sempre più funzionali.

È naturale che sviluppare questa capacità nel corso della vita è



il frutto di una miscela ricchissima della predisposizione genetica e dei risultati dell'educazione e della cultura, ma anche della quantità dei fattori stressanti. Vediamola proiettata nella vita anziana, anch'essa

Fig. 2 - Il cervello umano con, in evidenza, il lobo frontale.

potenzialmente dotata di rischi e di controindicazioni: la capacità di adattamento che sapremo mostrare sarà legata a quella che si è andata creando nel corso degli anni, potenziata da una parziale e non patologica riduzione dei flussi cognitivi, che “distaccano” dalla collera, dall’impulsività e dalla violenza. Ma è proprio per questa ragione che occorre evitare di “proteggere” l’anziano da stimoli che le persone vicine giudicano spesso erroneamente come rischiose per l’equilibrio e l’emotività anziana. Nascondere una eventuale cattiva notizia, come la morte di un coetaneo o la malattia di un membro della famiglia, non svolge in realtà nessuna funzione di protezione, ma spesso abitua la persona ad essere circondata solo di fatti positivi o della sensazione che tutto funzioni a perfezione, isolandolo dal normale fluire della vita. Ovviamente sarà sempre determinante valutare il tipo di personalità con cui ci si confronta, proponendo modi ed atteggiamenti che ne rispettino lo stile e la sensibilità. Non vi è nessuna ragione psicologica o biologica che giustifichi l’idea che l’anziano sia più fragile o meno adatto a sopportare situazioni stressanti. Talvolta questa apparente ipersensibilità è il risultato di lunghi periodi di esistenza con marcata riduzione della vita sociale, minore sollecitazione della capacità critica ed anche ridotta attitudine visiva o uditiva. Il tutto rallenta in modo notevole le funzioni cognitive, rendendo quindi meno valide sia le risposte emotive che quelle critiche. È quindi importante una efficace opera di prevenzione che inizia fin da quando si manifestano segni che indicano un affievolirsi delle capacità sensoriali, senza eccessi ma anche senza sottovalutare il problema: lo sforzo di fingere di sentire bene quando si inizia a fare fatica o quello di sforzarsi a vedere senza occhiali dove inizia a sfumare l’acuità visiva significa sottoporre gli organi di senso ad un impegno che rischia solo di cronicizzare le debolezze, rendendo più ardui i tentativi di correzione.

Tornando alla capacità di adattamento allo stress, considerato

il punto centrale per una vecchiaia serena, non bisogna dimenticare come sia anche giustificato il fatto di proporsi in modo moderato ma stabilire qualche “sfida” con se stessi, sia sul piano fisico che quello psicologico. Valga per tutti l’uso delle nuove tecnologie, come il telefono cellulare o lo stesso Internet: troppo spesso assistiamo a rese incondizionate senza neppure provare e valutare la capacità di introdurre nuovi apprendimenti. La convinzione immotivata di “non saperlo fare”, spesso supportata da una diminuzione della paziente attenzione delle persone intorno, bloccano ogni velleità, laddove è noto che *personal computers* di semplice uso e telefoni con funzioni ridotte possono essere utilizzati con successo senza limiti di età. Infatti la ripetizione di pochi gesti appresi e memorizzati permette piena autonomia e, come sfida, diventa un modo di collegamento ed anche di competizione gioiosa con i più giovani.

A quasi nessuno finora è venuto in mente di creare una comunità virtuale, come Facebook ad esempio che consenta alle persone più adulte di creare, mantenere e sollecitare rapporti tra anziani, utilizzando gli schemi di collegamento cui i più giovani non sanno ormai rinunciare. La presenza in rete di un moderatore che sia anche educatore sarebbe utilissima per convogliare le richieste e guidare le discussioni, evitando per altro alle persone più fragili psicologicamente di cadere in qualche trappola che i criminali potrebbero tendere. I pregiudizi però, da una parte e dall’altra limitano molto l’espansione e l’uso corretto di questi



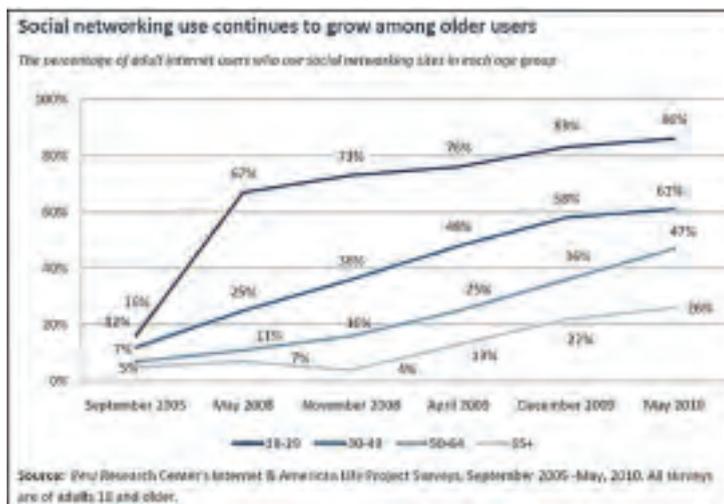
mezzi di comunicazione, contribuendo ad una situazione di isolamento che, specie nelle grandi città, diventa molto pesante da sopportare.

Un altro elemento psicologico che non contribuisce al benessere delle persone an-

ziane è spesso rappresentato dall'approccio quasi esclusivamente assistenziale che si attua nei loro confronti, sebbene spesso il bisogno maggiore non sia quello di "essere assistiti". Le risorse cognitive e psicologiche sono ovviamente diminuite, ma non significa che siano scomparse, ed un approccio che esalti quello che è venuto meno, anziché incoraggiare quanto è ancora valido è solo una strada per incrementare gli aspetti negativi e le conseguenti lamentazioni psicologiche che, con un circolo vizioso, aumentano la proposta assistenziale.

Sicuramente la modalità assistenziale è quella che viene più spontanea, quasi naturale verso una persona anziana, basandosi su atteggiamenti culturali e pseudo religiosi che sono spesso assecondati in modo acritico. In realtà invece la psicologia dell'anziano è meno fragile di quanto si pensi, sebbene vi siano casi in cui si tende ad assecondare modi di porsi che sembrano richiedere compassione e non supporto o, piuttosto, stimolo all'indipendenza. È difficile comprendere se in questi rapporti profondamente sbagliati abbia maggiore importanza la richiesta della compassione o la sua offerta: occorre superare da ambo le parti la collocazione in ruoli di sudditanza e di passività creando, nell'anziano, la sollecitazione ad utilizzare in pieno le proprie risorse e, negli altri, la capacità di individuare le risorse presenti ed agire per tenerle vive e, se

Fig. 3 - L'uso dei networks è aumentato anche tra le persone con >65 anni di età.



serve, farle crescere. Eccetto che in caso di gravi patologie, la capacità di rispondere a sollecitazioni adeguate rimane intatta e il contesto psicologico in cui si svolge l'interazione è fondamentale. È necessario che le persone che sono in rapporto con gli anziani definiscano il loro rapporto in modo aperto, svolgendo quelle funzioni che potrebbero apparire impegnative sotto l'aspetto fisico e di fatica, ma mantenendo un rapporto solidale ed estremamente aperto verso le necessità psicologiche. Specie le figure di assistenza che nel tempo attuale si prendono cura degli anziani hanno provenienze sociali e culturali che tendono a modificare forzatamente il rapporto con le persone di cui si occupano, considerando che le loro difficoltà prevedano obbligatoriamente la sostituzione in tutti i compiti, quasi contribuendo a creare delle persone che diventano dipendenti, anziché affidare dei compiti ad altri più agili e più giovani. Ma, anche qui, a nessuno è venuto in mente quanto sarebbe utile svolgere dei corsi di formazione per il cosiddetto personale "badante", contribuendo all'acquisizione di aspetti culturali e sociali di assistenza che potrebbero contribuire a rendere la senilità, anche quella parzialmente disautonoma, un periodo di sufficiente benessere.

Questi aspetti di cui abbiamo appena trattato confermano l'ipotesi di partenza, quella della necessità dell'adattamento alle risposte stressanti, e non al preventivo meccanismo di sostituzione o di soppressione. Ma occorre un importante cambio di mentalità, quasi una rivoluzione culturale che, partendo dalle famiglie, coinvolga tutte le strutture incaricate di supportare la popolazione anziana. Il prolungarsi della vita media ed i profondi cambiamenti culturali ed ambientali richiedono soprattutto una differente accoglienza della persona che un tempo definivamo anziano.

L'età del pensionamento lavorativo va estendendosi, la realtà psicologica e comportamentale della fascia di popolazione femminile ha profondamente risentito di cambiamenti che influiscono sul ruolo della donna, creando realtà profondamente diverse e

inconsuete. E questi cambiamenti sociali hanno naturalmente creato situazioni diverse che non possono essere affrontate con i modi che hanno caratterizzato gli interventi sociali iniziati dopo la metà dello scorso secolo, quando la diversa posizione delle famiglie, abitualmente badanti naturali degli anziani, ha reso necessaria una nuova politica di interventi.

La medicina ha poi fatto miracoli e la stessa psichiatria, attraverso la diagnosi anche precoce dei disturbi demenziali, ha contribuito a creare di fatto due grandi aree della popolazione anziana: quella malata e quella sana. Naturale che non si possano creare interventi simili per due gruppi profondamente diversi sotto il profilo dell'autosufficienza e della auto determinazione. Ma ciò non appare essere accaduto, tanto che scattano dei meccanismi di supporto solo quando si entra nella fascia della non indipendenza, favorendo misure assistenziali e scarsamente riabilitative. Una valutazione non dissimile a quanto accade nell'adolescenza, altro periodo ad altissimo rischio per l'integrità: un giovane desta interesse ed attenzione quando i suoi comportamenti sembrano richiedere attenzione o cura, mentre non è praticamente assistito quando non presenta sintomi rilevanti per la salute o la società.

Rapporti tra senilità e struttura cerebrale

Le tecniche più moderne di visualizzazione cerebrale, vale a dire gli strumenti che permettono di identificare non solo le caratteristiche anatomiche del nostro cervello in modo statico, ma anche di identificare il suo funzionamento, hanno portato negli ultimi anni ad una gigantesca crescita delle conoscenze. Applicate alla popolazione anziana, permettono di identificare se la vecchiaia è in grado di trasformare in negativo il nostro cervello, assecondando il decadimento fisico, o se al contrario rischiamo di perdere funzioni a causa degli effetti del tempo sul nostro corpo.

Gli studi poi effettuati in tempi diversi sulle stesse persone consentono di seguire i cambiamenti e di correlarli con le modificazioni psicologiche e comportamentali, aggiungendo un grande numero di conoscenze sul fenomeno senilità cerebrale e psicologica. Tali studi hanno certamente definito alcuni parametri certi e di grande importanza, specie per definire l'eventuale confine anatomico tra senilità malata e sana. Essi sono:

1. diminuzione della sostanza grigia in diverse aree cerebrali;
2. anomalie nelle connessioni cerebrali, cioè "traffico rallentato";
3. attività metabolica del cervello diminuita;
4. risposte modificate agli stimoli cognitivi ed emozionali.

Queste caratteristiche anatomiche nel loro insieme caratterizzano soprattutto gli individui che tendono ad avere, senza la presenza di patologie, un funzionamento globale ridotto e questi due aspetti appaiono quindi correlabili direttamente tra loro. Ciò riguarda però essenzialmente gli aspetti emozionali, mentre per quelli cognitivi sembra determinante una funzione inalterata della parte di cervello che risponde al nome di corteccia prefrontale. Questa zona del cervello si sviluppa nel corso dell'adolescenza e completa il suo perfezionamento in gioventù; è particolarmente sensibile a tutte le situazioni tossiche che ne indeboliscono le funzioni, come l'uso di sostanze e lo stress particolarmente elevato. Facile quindi pensare che una adolescenza trascorsa senza insulti chimici e in ambiente favorevole sia l'anticamera per una senilità ricca di soddisfazioni emotive e cognitive.

Dati questi elementi di anatomia e di funzionamento del cervello sembrerebbe quindi che si debba adottare per forza un modello deterministico, in cui quanto è accaduto durante la vita segni inesorabilmente il nostro futuro da anziani. A conferma di questo assunto, alcuni studiosi hanno formulato l'ipotesi della cosiddetta "riserva cerebrale", sviluppata dopo avere constatato che esisteva una differenza tra un buon livello di adeguamento cognitivo in alcuni anziani e le condizioni anatomiche del loro

cervello all'autopsia. Vale a dire che anche un grave deterioramento anatomico cerebrale non sembra produrre, in vita, il grado di compromissione cognitiva che ci si aspetterebbe. Lo stupore di questa scoperta portò ad accentuare le ricerche che sono giunte a conclusioni decisamente interessanti, anche se, una volta di più, la “riserva” deve essere accumulata fin dai primi anni di vita e non può più essere sollecitata quando gli anni si fanno pesanti. Esisterebbero, in realtà, una riserva anatomica ed una riserva funzionale. La prima sembra dipendere dall'esercizio fisico che viene compiuto in gioventù, che contribuisce ad un funzionamento anatomico e forse vascolare del cervello più adeguato, capace di avere una maggiore resistenza all'attacco delle malattie e quindi di proteggere meglio dai processi degenerativi. La riserva funzionale appare invece essere la risultante delle abilità che una persona riesce a sviluppare nel corso della vita, che aiutano il cervello a sviluppare anche connessioni più ampie, ampliando il numero di soluzioni possibili che si sviluppano di fronte agli stimoli, specie quelli più impegnativi. Sappiamo infatti con certezza che le esperienze determinano la creazione di circuiti di interconnessione cerebrale sempre più ampi e sempre più sofisticati. Questo aumento dei rapporti esistenti tra le varie parti del cervello costituisce, in fondo, la vera base su cui si fondano le attitudini più importanti che, proba-

Fig. 4 - Il “badante” è un mestiere che tira, ma le agenzie di servizi non bastano; si tratta di una professione seria che richiede una selezione ed una formazione altrettanto serie.



bilmente, sono determinanti per la qualità della vita in generale e quindi anche per una vecchiaia serena.

Il contributo delle neuroscienze non sembra quindi così determinante nella comprensione dei fenomeni della vecchiaia, che sono diventati progressivamente più noti grazie alle ricerche sviluppatesi dopo l'aumento significativo dei casi di demenza, legati per lo più all'estendersi della durata della vita media. Ma ci permette di capire come il cervello sia una struttura estremamente delicata, un motore che è potenzialmente in grado di condurci per tantissimi chilometri, ma che occorre portare ad un rodaggio adeguato, come accadeva una volta, e che bisogna mantenere con attenzione e saggezza lungo tutte le strade. Il nostro destino è veramente frutto della capacità di auto determinazione e dell'influenza che sappiamo esercitare nel corso della vita sul rapporto esistente tra la nostra personalità e l'ambiente nel quale viviamo, pensiamo, gioiamo e soffriamo. Non possiamo pretendere di cambiare più di tanto le caratteristiche delle quali siamo dotati e con le quali prendiamo pieno contatto al termine dell'adolescenza e dobbiamo presupporre di portarle le nostre caratteristiche all'esterno nei luoghi e nelle situazioni di cui potremo beneficiare. È assolutamente superfluo trattare di una specifica e globale "psicologia della persona anziana", ma dobbiamo fare fronte alla psicologia individuale di ogni singola persona anziana. Solo se sovvertiamo la tendenza massificante, puntando alla



singola persona, è pensabile che si sviluppino dei progetti attendibili e utili al contenimento delle difficoltà della persona anziana e al possibile sviluppo di caratteristiche che utilizzino le possibili "riserve" del nostro cervello.

Fig. 5 - La corteccia prefrontale (in blu).

ANZIANI E GIOVANI A CONFRONTO: L'USO DEL PC



Francesca Gonella

Complessità sociale: la condizione del giovane e dell'anziano oggi

Negli ultimi decenni si è assistito ad un processo di differenziazione dei sistemi sociali; grazie allo sviluppo economico, al progresso tecnologico e alla diffusione della cultura moderna, ogni sistema sociale è diventato più complesso¹. Sostanzialmente si è passati dal sistema *centrato*, il cui principio organizzatore era unico, al sistema *accentrato*, in cui coesistono più principi organizzativi, governati però da logiche autonome². In questo modo la dimensione simbolica, codici e segnali, subisce notevoli variazioni, i modelli culturali si moltiplicano, le agenzie di socializzazione divengono concorrenti ed entrano all'interno di un vero e proprio mercato culturale. Lo stesso mercato, infatti, si trasforma in un sistema in cui vengono scambiati anche simboli e non semplicemente merci materiali³.

¹ L. Gallino, *Della ingovernabilità*, Ed. Comunità, Milano, 1987.

² G. Lazzarini, *Società complessa e generazioni*, in G. Lazzarini (a cura di), *Anziani e generazioni*, Franco Angeli, Milano, 1994.

³ A. Melucci, *L'invenzione del presente*, il Mulino, Bologna, 1982.

I ruoli sociali si moltiplicano, il sistema si frantuma in sottosistemi che divengono sempre più autonomi, ed i conseguenti cambiamenti culturali sempre più repentini: questi processi di differenziazione aprono la strada a nuove esperienze, a nuovi mondi, a nuove formazioni sociali, ma conducono anche l'intera società in una forte indeterminatezza. L'individuo, infatti, trovandosi in contesti assai differenziati senza solidi fondamenti, prova un profondo senso di insicurezza e di incertezza: in un ambiente sempre più instabile, è difficile conservare una coerenza anche nell'intimità di ogni singolo individuo. La complessità sociale ricade anche sull'identità di ogni persona, che risulta anch'essa differenziata, sempre più dispersa e frantumata⁴.

Potremmo definire questo come momento di transazione, in cui le conseguenze risultano significative sotto differenti aspetti, dalle condizioni di vita, ai problemi della quotidianità, ma anche in relazione ai rapporti comunicativi tra le generazioni, allo scambio e alla solidarietà intergenerazionale. Risulta difficoltosa

⁴ G. Lazzarini, *Società complessa e generazioni*, in G. Lazzarini, (a cura di), *Anziani e generazioni*, Franco Angeli, Milano, 1994.



Fig. 1 - L'anno 2012 è stato dedicato dalla Comunità Europea all'invecchiamento attivo ed alla solidarietà tra le generazioni.

oggi la relazione tra l'ambiente e gli specifici problemi dell'appartenenza a diverse classi d'età, alla definizione, mantenimento ed equilibrio dell'identità. Conseguentemente anche nell'ambito inter-generazionale, diventa difficile il rapporto di reciproco scambio tra individui di età diverse: la distanza culturale tra le differenti generazioni sembra divenire sempre più ostacolante e creare una società *a blocchi*, dove la condivisione di spazi e tempi risulta sempre più ridotta. Molto spesso questo spazio non esiste più. I media, la politica contribuiscono ad alimentare un vero e proprio "conflitto generazionale": basti pensare alla riduzione delle pensioni, all'innalzamento dell'età pensionabile, contemporaneamente all'incremento del tasso di disoccupazione giovanile.

Da un lato l'uomo maturo vuole – o si trova costretto a – allontanare il momento della vecchiaia, mettendo in gioco le proprie capacità professionali; dall'altra parte i giovani fanno molta fatica ad inserirsi nel mondo del lavoro, soprattutto se vogliono trovare una professione adeguata ai propri percorsi di studi.

Ecco che le due generazioni si trovano sempre più spesso in forte contrasto: una vuole mantenere il proprio ruolo e status sociale guadagnato in anni di studi ed esperienze professionali, l'altra vorrebbe finalmente poter dare al mondo la sua freschezza, ottenendo il giusto riconoscimento. Giovani e anziani, se pur separati da una forte distanza culturale, condividono esperienze analoghe: "I primi, prodotto di un sistema in rapida evoluzione, spesso fortemente contraddittorio, sempre meno definiti, si trovano a dover fare i conti con la difficoltà di strutturare stabilmente la propria personalità; i secondi, a doversi confrontare con la crisi intervenuta nella strutturazione di una personalità troppo rigida e univoca, non più coerente con i valori post-industriali"⁵.

⁵ G. Lazzarini, *Società complessa e generazioni*, in G. Lazzarini, (a cura di), *Anziani e generazioni*, Franco Angeli, Milano, 1994, pp. 24, 25.

Nella nostra epoca, caratterizzata dal forte progresso, da tecnologie sempre più disponibili e avanzate, si verifica una forte complessità e trasformazione sociale. L'accelerazione conseguente dei ritmi produttivi produce un'asincronia fra i gruppi sociali: chi non dispone dei requisiti necessari, come classe di età, titolo di studio elevato, o non vive nelle aree avvantaggiate, è escluso, o resta ai margini di questa grossa macchina qual è la nostra società ed il suo progresso. L'avanzare della tecnologia è diventato un processo rapido, al punto di escludere dal mondo produttivo molti di coloro che ancora non sono entrati nell'età della pensione. Si afferma uno strano procedimento di scansione delle fasi lavorative: i giovani vedono ritardato il loro ingresso nel mondo del lavoro, gli anziani, dall'altra parte, assistono all'anticiparsi della loro uscita. In una società dove si è considerati in base a ciò che si fa, e non in base a ciò che si è, diventa direttamente conseguente che la perdita del lavoro e, quindi, del ruolo connesso alla propria professione, determini deprivazione della considerazione riservata a chi lavora, e quindi crisi dell'identità personale e sociale, nonché diminuzione della rete di comunicazione e integrazione. Studi recenti evidenziano, però, una differenziazione: non tutti gli anziani sono emarginati, una certa percentuale sembra mantenersi attiva grazie alla volontà di continuare a lavorare, intraprendere nuove attività o partecipare a forme aggregative diverse. "La partecipazione a gruppi, se da un lato evidenzia il desiderio di momenti diversi e comunitari – permette di uscire dalla noia quotidiana e di passare qualche ora in serenità con gli altri – dall'altro esprime una reazione al disagio connesso allo stato di solitudine totale o parziale ed alla carenza di rapporti vitali significativi" ⁶. La partecipazione a forme ricreative, culturali, aggregative in genere, esprime una reazione

⁶ L. Tomasi, *La condizione giovanile in Europa*, Franco Angeli, Milano, 1986.

alla solitudine e alla mancanza di relazioni significative e durature. La frequenza al gruppo allarga la rete di relazioni sociali e facilita notevolmente la comunicazione. Non è facile per l'anziano risocializzare con situazioni nuove, ma riuscire a superare questo scoglio stimola la crescita e la possibilità di esprimere le proprie capacità e la propria inventiva. Il desiderio, la voglia e soprattutto il coraggio di mettersi ancora in discussione aiuta l'anziano a non sentirsi ormai finito, inutile o incapace di essere ancora protagonista nella propria vita⁷. Nonostante siano pochi coloro che riescono a sfuggire alla sensazione di inutilità che proviene dallo stigma del pensionamento, è assai determinante l'inserimento o meno dell'anziano in attività ricreativo-culturali e sociali di coesione: il soggetto permane nel proprio mondo vitale, è più aperto al futuro, e la sua vita non è, come per l'anziano inattivo, ancorata ad un presente senza prospettive⁸. Le condizioni sociali favorevoli, migliorano la qualità della vita anziana e non, andando contro conseguenze tragiche, come quelle di marginalità o rifiuto. È importante evidenziare che, in alcuni casi, l'abbandono dell'attività lavorativa, produce un maggiore inserimento all'interno della stessa famiglia nucleare⁹ che, spesso, risulta capace di stimolare la creazione di maggiori contatti relazionali e soprattutto intergenerazionali. In molti casi, grazie al pensionamento, si vengono a creare rapporti



⁷ G. Lazzarini, *Società complessa e generazioni*, in G. Lazzarini, (a cura di), *Anziani e generazioni*, Franco Angeli, Milano, 1994.

⁸ *Ivi*, p.30.

⁹ *Ivi*, p. 31.

più forti e duraturi tra nonni e nipoti: questo è il primo passo in avanti verso una cura della comunicazione intergenerazionale, che potrebbe essere favorita socialmente e culturalmente anche in ambiti esterni alla famiglia e cioè pubblici.

Un esempio di solidarietà tra le generazioni: il “Progetto di comunicazione intergenerazionale” presso la Biblioteca Civica di Fossano (CN)

Il progetto venne realizzato nel 2006 per dare l’opportunità alla generazione dei nonni (cittadini di età > 60 anni) e dei nipoti (studenti delle medie superiori - età 14-19) di interagire attraverso l’insegnamento/conoscenza delle basi della tecnologia informatica. Ai ragazzi venne proposto di introdurre lezioni di un argomento che ben conoscevano, ma soprattutto di mettersi in discussione relazionandosi con un gruppo “privilegiato” di allievi. I ragazzi erano chiamati ad utilizzare la propria creatività attraverso la relazione interpersonale che diventava importante ai fini della riuscita del progetto: sono stati protagonisti e hanno seguito durante il corso l’allievo (l’anziano) che, alla fine, doveva essere in grado di utilizzare un PC e navigare su Internet. All’anziano venne data l’opportunità di avvicinarsi al mondo del Pc, imparando procedure e codici delle nuove tecnologie attraverso la spiegazione di chi, seppur più giovane, aveva maggiore dimestichezza nel campo informatico. Ogni anziano aveva a disposizione un “insegnante personale” giovane con il quale relazionarsi.

Ed ecco in breve la descrizione del progetto.

Finalità: creazione di uno spazio comunicativo propedeutico ad uno scambio intergenerazionale (giovani dai 14 ai 19 anni e anziani dai 60 anni in su), attraverso l’utilizzo del P.C. e la navigazione in rete.

Obiettivi educativi:

- creare una reciprocità comunicativa tra giovani e anziani, attraverso l’uso della tecnologia informatica;

- riconsiderare il ruolo sociale dell'anziano e del giovane, attraverso uno scambio di ruoli;
- creare lo spazio comunicativo all'interno della biblioteca civica del paese;
- avvicinare l'anziano all'utilizzo della tecnologia informatica, attraverso l'insegnamento del giovane.

Obiettivi didattici: creare un contesto e uno spazio comunicativo in un luogo pubblico, la biblioteca, per uno scambio intergenerazionale. All'interno di tale ambiente di scambio comunicativo, nello specifico:

- conoscere procedure e passaggi per accedere a internet;
- conoscere procedure e passaggi per navigare su internet;
- conoscere procedure e passaggi per creare una pagina di Word.

A chi?

- Giovani frequentanti le scuole medie superiori (14-19 anni);
- anziani (60 anni in su).

In quale contesto?

- Lo spazio reso disponibile dalla Biblioteca civica di Fossano;
- Vengono coinvolte le scuole medie superiori;
- per quanto riguarda i ragazzi; vengono pubblicizzati gli incontri all'interno della Biblioteca Civica di Fossano, e della Società di Mutuo Soccorso del paese.

Attività:

- Coinvolgimento dei ragazzi interessati ad insegnare ed a seguire l'anziano nell'utilizzo della tecnologia informatica;
- coinvolgimento degli anziani desiderosi di imparare ad utilizzare il computer, attraverso gli insegnamenti dei ragazzi;



- organizzazione di 12 incontri di 1 ora c.ca l'uno, nei mesi di ottobre/novembre 2006, per avvicinare l'anziano all'utilizzo di internet e alla creazione di una pagina Word; ma anche e soprattutto per permettere uno scambio relazionale e comunicativo fra giovani e anziani.

La lezione del progetto: la comunicazione è possibile (gli ostacoli del linguaggio e la cura del dialogo)

Ciò che sembra maggiormente dividere le due generazioni è la distanza nel *linguaggio*, nel *codice* utilizzato. L'anziano ha difficoltà nel comprendere le *parole tecniche*, utilizzate per definire le parti o le funzioni specifiche del PC. Entra in gioco, qui, la pazienza e l'impegno dei ragazzi nel ridefinire e spiegare ad ogni lezione tali termini. Si osserva una duplice difficoltà: da parte dell'anziano, si assiste allo sforzo di imparare ad utilizzare, ma soprattutto di comprendere termini per lui sconosciuti, privi di significato fino a quel momento; dall'altra parte, si vede come il giovane debba riconsiderare e mettere in discussione tutto il suo sapere tecnico.

A scuola il ragazzo impara un certo tipo di linguaggio che deve opportunamente utilizzare, ai fini della sua apertura, poi, verso il proseguimento degli studi più avanzati o al mondo del lavoro. Ogni *sapere specifico* è adeguatamente assimilato dal ragazzo ed entra a far parte della sua *forma mentis*, ai fini dell'entrata nel mondo del lavoro. Nel momento in cui il giovane si trova a dover spiegare all'anziano, che non conosce di computer, ad esempio, cosa significa "file" oppure "link", deve fare un passo indietro e riconsiderare tutto questo sapere specifico, che in tale ambito non è "dato per scontato".

Oggi assistiamo ad una continua evoluzione tecnologica; l'uomo diventa parte del cambiamento e, a questo processo evolutivo adegua anche il linguaggio. È rilevante, a questo proposito, considerare l'apporto metodologico di L.S. Vygotskij (1896 - 1934).

Secondo la sua teoria, viviamo in una relazione tra stimoli, in parte dati dal mondo, e in parte offerti dalle altre persone, e mezzi, costruiti dall'uomo stesso. Ogni stimolo creato dall'uomo



viene definito “segno”, ha una sua origine ed una sua funzione. L’origine coincide con l’esigenza dell’uomo di esternare i suoi pensieri e di comunicare con gli altri. La funzione del segno è di permettere un nuovo principio regolativo del comportamento umano in base al suo rapporto con il mondo esterno: il principale sistema di segnalazione è il *linguaggio* che, dunque, non è statico ma in continua e costante evoluzione, insieme alle scoperte e innovazioni umane. “La vita sociale rende necessario subordinare il comportamento dell’individuo alle esigenze poste dalla società e crea con ciò complessi sistemi di segnalazione, i mezzi di comunicazione, che dirigono e regolano la formazione dei nessi condizionati dal cervello del singolo uomo”¹⁰: lo strumento comunicativo, ossia il linguaggio, è costruito dall’uomo come mezzo di mediazione con il mondo esterno. Ecco perché il linguaggio può diventare fenomeno che unisce ma anche fenomeno che allontana.

La differenza di codici può provocare l’allontanamento di due generazioni, così diverse come i giovani e gli anziani, con estrema facilità. Il *prendersi cura* di creare uno spazio in cui protago-

¹⁰ L.S. Vygotskij, *Storia dello sviluppo delle funzioni psichiche superiori*, Giunti-Barbera, 1974, p. 127.



nista sia il confronto fra diversità, conduce ad osservare che la distanza può essere provocata anche (sicuramente non so-

lo), da un tipo di linguaggio differente. La comunicazione diventa *educante*, proprio nel momento in cui si cerca di superare l'ostacolo creato dalla specificità della terminologia, e dalla voglia di mettersi in discussione. Bisogna precisare che il linguaggio è uno degli aspetti della comunicazione che può anche portare alla divisione; la comunicazione, però, non è solamente linguaggio: comunicazione riguarda anche ciò che gli esseri umani riescono a trasmettersi attraverso lo *scambio*, la relazione fra *dare e avere reciproco*. Tale comunicazione prevede una relazione di *cura* tra gli esseri umani, volta a sviluppare una dimensione di ascolto che permette agli uomini di crescere proprio attraverso i rapporti stessi. Si instaura una relazionalità paritaria fra gli uomini.

Secondo quanto si osserva dalla relazione fra questi due mondi, solo apparentemente divisi, attraverso lo *scambio comunicativo*, che si viene a creare nello spazio di condivisione, scatta inevitabilmente un meccanismo: il ragazzo o l'anziano in questione, si *prende cura* dell'altro, ma, nello stesso tempo, anche di se stesso, e costruisce, grazie alla collaborazione, al rapporto empatico, le basi per una *crescita consapevole*. In tale contesto, il sapere (in questo caso legato all'uso del computer), diviene un mezzo che permette la mediazione, conducendo gli individui ad un confronto che favorisce la crescita.

Questo *essere* in comunicazione è frutto di una mediazione che conduce ad una cura reciproca verso se stessi e verso gli al-

tri. L'anziano entra in contatto con il mondo dei giovani e viceversa, cerca di capire i loro codici, i loro stili di vita, il loro modo di rapportarsi nel mondo. Essi diventano complici: il giovane non è il depositario di un sapere specifico e dogmatico, ma cerca di entrare in sintonia con un mondo che a lui, sino a quel momento, poteva addirittura essergli sconosciuto o quasi. La parola detta con cura diviene lo strumento per la crescita. Si vorrebbe proporre, con l'esperienza di questa "sperimentazione", il *conoscersi attraverso lo scambio e la mediazione* che conduce, inevitabilmente, all'approccio comunicativo. Il *prendersi cura* della relazione permette di far prendere coscienza, da parte di entrambe le generazioni, della possibilità di superare anche le barriere linguistiche e caratteriali attraverso la voglia di mettersi in gioco. Ciò che si osserva è la capacità, anche da parte dei partecipanti, di *prendersi cura* di se stessi e degli altri. Se proviamo a pensare che la comunicazione è filosofia, amore per il sapere, e che la filosofia è dialogo, allora ciò significa che bisognerebbe facilitare e organizzare maggiori spazi per poter comunicare, cioè avere uno scambio non solamente di parole, appunto, ma anche e soprattutto di significati, di idee, di emozioni. Ogni singolo rapporto con un altro essere umano ha significato. Si vuole prendere in considerazione che ogni atto ha un peso nel mondo. Ogni rapporto umano soprattutto ci fa capire, ci aiuta a crescere, ci educa, ci forma. Attraverso la sperimentazione del progetto si è potuta dimostrare l'importanza della comunicazione e soprattutto si è cercato di far riconoscere a tutti i partecipanti quanto sia importante comunicare, per capire quali possono essere gli ostacoli e le possibilità di comprensione fra individualità differenti, fra generazioni differenti. "Non esiste dialogo però, se non esiste un amore profondo per il mondo e per gli uomini. [...] Non c'è dialogo neppure quando manca una grande fede negli uomini. Fede nel loro potere di fare e di rifare. Di creare e ricreare. [...] Neppure non c'è dialogo quando non c'è speranza. La



speranza si trova alla radice stessa della inconclusione degli uomini, dalla quale essi partono verso una ricerca permanente”¹¹. Si è cercato di stimolare alle due generazioni una presa di coscienza del loro stare nel mondo e di impegnarsi per trasformarlo, senza perdere di vista il principio fondamentale del processo di comunicazione educante e di ogni relazione umana: la crescita.

¹¹ P. Freire, *La pedagogia degli oppressi*, Ed. Gruppo Abele, Torino, 2002, pp. 79, 81, 82.

ATTIVITÀ MOTORIA, PERCHÉ, COME ED IN QUALE CONTESTO



Tiziana Iacomussi

L'attività motoria nel paziente anziano rappresenta un problema o un'opportunità?

L'importanza di praticare attività motoria nella terza età e soprattutto praticarla con costanza consente di mantenere un livello di efficienza organica che risulta essere, da quanto reperito in letteratura, nettamente superiore nei soggetti attivi rispetto ai coetanei non più regolarmente attivi.

Quanto appena enunciato è supportato da evidenza scientifica: il rapporto dell'impatto della attività fisica con l'età evidenzia una forbice tra stili attivi e inattivi più ampia dopo l'età media, a dimostrazione che i benefici della attività fisica sono maggiori con l'avanzamento dell'età. Il rapporto dose/beneficio dell'esercizio risulta inversamente proporzionale, ossia maggiore è lo sforzo fisico minore il rischio di malattia. Lo stesso rapporto inversamente proporzionale si ripropone rispetto alla intensità dell'attività fisica e la mortalità. Purtroppo nonostante le raccomandazioni almeno il 60% della popolazione mondiale non pratica i 30 minuti raccomandati di attività fisica moderata/intensa al giorno.

Ma quali sono i benefici che derivano dalla attività motoria per l'anziano?

L'attività motoria nell'anziano trova il suo razionale sostanzialmente nel permettere di conservare o di acquisire una buona forma fisica, nel contribuire al benessere psichico migliorando la percezione di sé e rafforzando alcuni aspetti delle funzioni cognitive e, non da ultimo, favorendo la socializzazione. In particolare e nello specifico, la promozione della forza muscolare, dell'equilibrio e della coordinazione assume carattere fondamentale per il mantenimento della autonomia e per la prevenzione del rischio di cadute. Quindi un'attività motoria condotta regolarmente e ben impostata esercita una azione diametralmente opposta a quella esercitata dall'invecchiamento.

In sintesi i benefici si riflettono sulla riduzione del rischio di sviluppo di malattie croniche, la promozione della indipendenza e la capacità di essere autonomi.

- 1. Prevenzione primaria malattia coronarica**
- 2. Controllo dell'assetto lipidico**
- 3. Beneficio sulla forza e funzione muscolare con modificazione della composizione corporea con riduzione della massa grassa e arresto della perdita di massa muscolare legata all'età**
- 4. Prevenzione primaria dello stroke**
- 5. Controllo della pressione arteriosa**
- 6. Prevenzione primaria del cancro al colon e mammella**
- 7. Prevenzione primaria delle fratture all'anca**
- 8. Prevenzione delle cadute**
- 9. Possibile benefico cognitivo e minor rischio di depressione**

Fig. 1 - Effetti dimostrati dell'attività motoria sulla salute dell'anziano

Per poter impostare una corretta forma di attività motoria, è necessario conoscere alcuni aspetti fisiologici fondamentali dell'invecchiamento.

Sistema muscolo-scheletrico

Le variazioni muscolari nell'anziano sembrerebbero più di tipo quantitativo che qualitativo. Con l'invecchiamento la massa muscolare diminuisce. Questa modificazione, legata all'atrofia muscolare, può esser mascherata dall'aumento della massa grassa e del tessuto connettivo. Le variazioni maggiori che avvengono nel muscolo con l'età, soprattutto dopo i 60 anni, consistono in una perdita e riduzione del numero totale di fibre muscolari e conseguentemente una riduzione del numero di unità motorie funzionanti. Il muscolo dell'anziano ha una capacità di endurance sia dinamica che isometrica maggiore rispetto a soggetti più giovani. Naturalmente in senso assoluto la capacità di endurance muscolare è maggiore nel giovane perché è maggiore la sua forza massima.

Sistema nervoso

Il sistema nervoso subisce, con il passare degli anni, una involuzione con moria delle cellule nervose non sono più in grado di riprodursi. Quindi la perdita di una cellula è una perdita definitiva. Le cellule attive hanno però la capacità di determinare una ipertrofia dei tronchi dendritici ed un aumento del numero delle spine e delle arborizzazioni, cioè hanno la capacità di compensare la perdita di altre cellule. Questo fenomeno, che è stimolato dall'attività fisica e dall'alle-



namento, è presente nel soggetto anziano con variazioni individuali. In genere si assiste, nell'anziano, ad una riduzione della velocità di conduzione nervosa, una riduzione dei tempi di reazione, specie di quelli più complessi e della velocità del comando motorio. Queste variazioni, unite ai deficit sensoriali, spiegano la alterazione della coordinazione e soprattutto la difficoltà dell'anziano all'apprendimento di gesti sportivi particolarmente complessi.

Sistema osteoarticolare

La riduzione di concentrazione di minerali a livello del tessuto osseo, con diminuzione della massa ossea e rimaneggiamento strutturale, causa il ben noto problema dell'osteoporosi che ha per conseguenza l'aumento della fragilità ossea con elevata possibilità di fratture. L'osteoporosi è conseguente a problemi di alimentazione deficitaria, variazioni ormonali e riduzione dell'attività fisica, viene quindi aggravata dalla sedentarietà e da stili di vita scorretti. Numerosi studi hanno messo in evidenza l'importanza dell'attività fisica regolare e degli esercizi con sovraccarico che sembrano rappresentare il fattore determinante per il mantenimento ed il miglioramento del benessere scheletrico.

Inoltre l'esercizio fisico, svolto regolarmente, permette di migliorare l'equilibrio e la coordinazione; di rafforzare la muscolatura riducendo i rischi di cadute e la conseguente possibilità di fratture, con un miglioramento globale della qualità della vita.



Per quanto concerne le articolazioni, con l'invecchiamento si ha un'usura progres-

siva della cartilagine articolare con fissazione e rigidità legamentosa capsulare che determina comparsa di rigidità dolorosa delle articolazioni e deformità: fenomeni caratteristici del quadro artrosico. Gli esercizi di mobilizzazione in scarico e di allungamento muscolare risultano essere il mezzo migliore nella terapia dell'artrosi, perché favoriscono il mantenimento della libertà articolare, incrementando e mantenendo la forza muscolare.

Apparato cardiocircolatorio e respiratorio

Con l'invecchiamento si ha una riduzione della capacità contrattile del cuore da cui deriva una riduzione della gittata sistolica ed una riduzione della frequenza cardiaca massima. Per queste ragioni il cuore di un soggetto anziano, a parità di frequenza cardiaca rispetto ad un giovane, invia in periferia meno sangue al minuto con aumento del lavoro cardiaco.

A livello vascolare i processi di aterosclerosi determinano una riduzione dell'elasticità delle pareti vascolari, con aumento delle resistenze periferiche e quindi della pressione arteriosa.

Con l'età si osserva una ridotta funzionalità ventilatoria conseguente sia ad una perdita dell'efficienza meccanica, per irrigidimento della gabbia toracica, sia ad una ridotta efficienza della muscolatura respiratoria, sia ad un ridotto scambio gassoso a livello alveolo-capillare. Il risultato consiste in una riduzione della ventilazione massima e dell'ampiezza degli atti respiratori.

Un lavoro aerobico, condotto regolarmente ed impostato sulla base delle capacità pre-



stazionali individuali, modifica e corregge le performances cardiovascolari e respiratorie.

Quale e che tipo di attività motoria?

Le evidenze scientifiche dimostrano che per mantenersi in salute e prevenire le malattie croniche invalidanti, è sufficiente praticare regolarmente una attività motoria intensa/moderata. L'esercizio fisico può essere classificato in base alla sua intensità in lieve, moderato, intenso. Si intende ad esempio il cammino o la pedalata in bicicletta su terreno piano o ancora la salita delle scale "attività moderata". Mentre la corsa il cammino in salita e gli sport competitivi sono considerati "attività intense". Sicuramente l'intensità dell'esercizio dipenderà dalla condizione fisica del soggetto, per cui ad esempio l'intensità di una camminata potrà essere considerata attività lieve per un anziano allenato, moderata per un camminatore occasionale, intensa per un soggetto inattivo o fragile.

Gli obiettivi prioritari devono mirare ai seguenti obiettivi:

1. miglioramento della mobilità articolare
2. miglioramento della efficienza e forza muscolare
3. miglioramento della coordinazione ed equilibrio
4. incremento delle capacità aerobiche



Fig. 2 - Meccanismi della ridotta capacità funzionale motoria nell'anziano.

Norme generali

Rispetto alla possibilità di migliorare la mobilità articolare, in relazione alla fisiologica riduzione del range di movimento, il programma deve mirare ad esercizi di mobilizzazione lenta articolare associata a stretching statico, con una programmazione delle sedute e frequenza di almeno due volte alla settimana.

Il miglioramento della forza muscolare viene garantito da un allenamento che preveda una progressione del carico di lavoro, con frequenza delle sedute bi-settimanali ed in presenza di una buona motivazione personale.

La capacità aerobica è migliorata con l'impostazione di un lavoro che preveda carichi e tempi di lavoro progressivamente crescenti, anche se per brevi periodi.

Attività Aerobica

- ballo
- cammino
- nuoto
- acquagym
- jogging
- ginnastica di gruppo (dolce, attività motoria adattata)
- bicicletta (o cyclette)
- tennis, golf

Attività di rinforzo muscolare, mobilità articolare, coordinazione ed equilibrio

- esercizi con elastici, isotoniche con sovraccarichi
- esercizi con attrezzi o macchine
- yoga
- tai chi

Particolare importanza dovrà essere data alla fase di riscaldamento ed al periodo di recupero. Le capacità di recupero con il trascorrere degli anni si riducono. Dovranno essere rispettati quindi dei tempi di recupero più importanti, specialmente in caso di sedute particolarmente impegnative come intensità e durata.

Come programmare l'allenamento ed in quale contesto

Le linee guida per la prescrizione dell'esercizio fisico per gli anziani (acsm 2009) raccomandano una complementazione tra attività aerobica, attività di rinforzo muscolare e mobilità articolare, coordinazione ed equilibrio. Le linee guida sono centrate sulla relazione tra dosaggio dell'attività e risposta fisiologica dell'organismo (dose-response relationship), in relazione al livello prestazionale individuale dell'anziano ed allo stile di vita condotto, mirando ad una modificazione dello stesso ed ad una lotta alla inattività. Occorre ricordare che esiste anche una correlazione tra risposta fisiologica e mentale dell'individuo che permette l'attivazione di specifiche funzioni cognitive di tipo esecutivo (quality-response relationship). Quindi nella programmazione dell'allenamento e nella pianificazione degli esercizi si deve impostare un lavoro che migliori



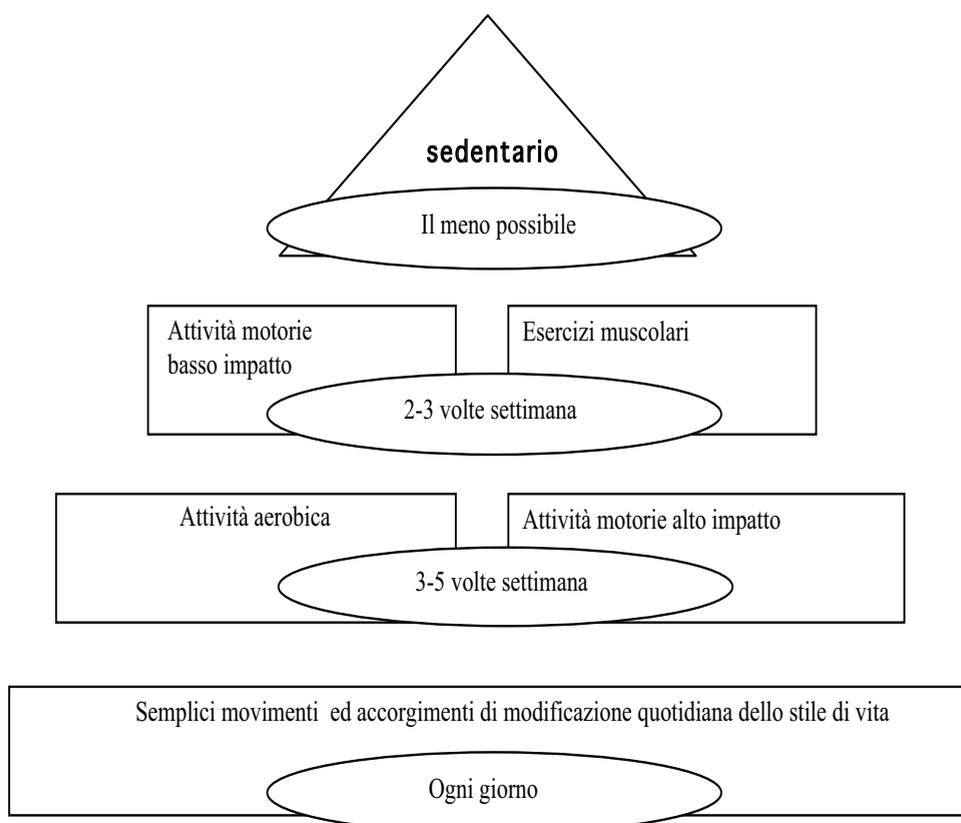
non solo la performance fisica, ma anche la capacità di controllo superiore del gesto nel pianificare e coordinare un'azione, trasferendo ed incrementando le abilità nelle attività e gesti di vita quotidiana. Come raffigurato nella piramide sottostante, in generale vengono indicati obiettivi minimi di partenza, sufficienti a conse-

guidare dei risultati che possano portare ad una modificazione dello stile di vita, incrementando la quantità di attività fisica o il mantenimento della stessa nel tempo.

Suggerimenti per superare gli impedimenti reali dell'attività fisica:

1. Diminuzione della capacità fisica
2. Aumento del deterioramento fisico
3. Accelerazione dell'invecchiamento
4. Diminuzione della capacità fisica
5. Diminuzione dell'attività.

Stile di vita da consigliare:



Il guadagno in salute derivante dallo svolgere una regolare attività fisica non può essere garantito a livello individuale, ma soltanto a livello statistico. Statisticamente la possibilità di vivere più a lungo e meglio viene assicurata se si svolge regolare attività motoria. L'anziano che verrà quindi, se vuole invecchiare bene, deve prendere coscienza della importanza del movimento come stile di vita attivo nella lotta contro le problematiche che vengono dal trascorrere degli anni.



Fig. 3 - Però non esageriamo... Ernestine Shepherd, la body builder più anziana del mondo... Esercizio fisico eccessivo e, soprattutto, forzato e innaturale, può essere dannoso nell'anziano più ancora che nel giovane.

LA PERCEZIONE CHE L'ANZIANO HA DI SÉ: IN PENSIONE, NON A RIPOSO

**Guido Lazzarini
Simona Brino**



L'anziano perviene oggi allo stato di pensionamento in una condizione psicofisica generalmente buona sia per la riduzione dei lavori pesanti e/o nocivi, sia per i presidi sanitari diffusi sul territorio, sia anche per l'affermarsi di una cultura della prevenzione. Se da un lato risulta essere una persona capace di organizzare una seconda vita continuando l'attività di sempre o avviandone una nuova, dall'altro viene a ritrovarsi in una condizione di relativa de-socializzazione nella quale i modelli acquisiti nell'arco della vita lavorativa perdono funzionalità e potere di riferimento, evidenziando ed accentuando il bisogno di appartenenza e di amicizia. L'adesione o la partecipazione a gruppi politici, ricreativi, culturali o religiosi si pongono come espressione di una ricerca di nuove modalità di relazione e proposta/offerta di modelli e valori alternativi. Inoltre diverse sono le forme di aggregazione spontanea dei vari mondi vitali che si fondano su rapporti di simpatia, su interessi contingenti, sull'adesione a valori comuni ecc. Si afferma così una trama di relazioni tra persone che contribuisce a rendere più vitale il connettivo sociale. È bene, a questo punto, aprire una parentesi e riflettere sulle modalità

progettuali dell'individuo in genere. Secondo Schutz, ogni azione è in primo luogo un'attività spontanea orientata verso il futuro. L'orientamento non è semplicemente una prerogativa del comportamento; piuttosto, ogni processo originariamente costituente, provenga o no da attività spontanea, include in sé vissuti intenzionali orientati verso il futuro (Schutz 1974: 78). Ciò che è progettato, 'anticipato', non è l'agire che si svolge progressivamente, ma l'azione, lo 'scopo' dell'agire quello che da questo deve venire realizzato (ibidem 1974: 81). Lo stesso concetto è espresso da Weber, per il quale il sociale esiste solo nella misura in cui è causa dell'azione del singolo e la spiegazione dei fenomeni sociali deve partire dal punto in cui il singolo si manifesta in tali azioni. L'agire, assunto nel significato di un orientamento del proprio comportamento, intelligibile in base al senso, si presenta come atteggiamento di una o più persone singole, criticando quindi le teorie che partono dal sistema sociale per spiegare l'azione; l'azione ha senso per chi la compie, è intenzionale anche se non strettamente razionale. Appare d'obbligo porsi alcune domande: l'immagine che l'anziano dà di sé corrisponde alla percezione che egli ha di se stesso? Trae significato dalle attività che svolge attualmente o le considera solo riempitive? Quanti, nel periodo lavorativo, dedicandosi ad attività di tempo libero, hanno acquisito un background culturale ed identificatorio tale da facilitare l'adeguamento alla nuova condizione? Ogni persona vive una determinata realtà quotidiana ed in questa instaura rapporti di interazione con gli altri soggetti con cui viene a contatto: ci si influenza a vicenda con la propria personalità, esperienze, mondo vitale, idee, pensieri, comportamenti e aspettative. È un vincolo di solidarietà quello che lega gli uni agli altri e il mondo della vita è un mondo di azione ed interazione, è il palcoscenico in cui si vive e ci si relaziona. Attraverso lo scambio reciproco, ciascuno costruisce un proprio sé, forma la propria personalità, va alla ricerca della propria identità sociale, appare agli altri, co-

munica al mondo esterno. L'interscambio persona-ambiente si fonda su sistemi culturali propri di ogni Paese. Si tratta di sistemi che tendono a trascendere il privato in quanto si intersecano con valori collettivi, credenze e obiettivi.

Per riflettere sull'eventuale discrepanza tra l'immagine che l'anziano dà di sé e la percezione che ha di se stesso riteniamo emblematico riportare qui i risultati di due indagini, una svolta in ambiente urbano (Torino) e l'altra in paesi e piccole città del Chivassese¹. Si evidenzierà, da un lato, la ricerca di senso che sottende la dinamicità delle persone pensionate ultrasessantacinquenni, dall'altro si prenderanno in esame i momenti di soglia della vita dell'anziano per cogliere, nei mutati atteggiamenti e comportamenti, aspetti specifici della visione della realtà quotidiana e del mondo.

Atteggiamenti, comportamenti e orientamenti di valore nella vita quotidiana

Nonostante la differenziazione caratterizzante la condizione anziana, emerge dalle nostre indagini che un elevato numero di persone svolge attività di hobby, bricolage, culturali (anche più d'una), partecipa a gruppi e, qualora svolga un'attività lavorativa, lo fa con ritmi adeguati alla propria condizione personale. Indubbiamente l'area urbana offre una notevole gamma di scelta per pratiche culturali (cinema, teatri, biblioteche, sale da concerto, musei, ecc.), di gruppi aggregativi che stimolano e concorrono alla conoscenza e riproduzione della cultura (club, associazioni, Università della terza età, ecc.). Indubbiamente nei paesi le occupazioni sono diverse, in particolare per chi dispone di un

¹ L'indagine svolta in Torino è stata realizzata su incarico dell'Osservatorio Socio-culturale del Consiglio dei Seniores, città di Torino, 2009/2010, l'indagine svolta nel Chivassese, su incarico dell'Osservatorio Permanente degli Anziani - OPPA - Consorzio Intercomunale per i servizi sociali - CISS - 2011.

po' di terreno, l'impegno della cura dell'orto e/o del giardino occupa gran parte della giornata nelle stagioni adatte.

In linea di massima non sembra che il numero delle relazioni sociali si restringa con l'abbandono dell'occupazione, dal momento che buona parte degli interessati lo considera addirittura aumentato o comunque invariato, ma cambia la loro natura e la struttura a seconda del titolo di studio e dello stato di salute. Sono le persone senza titolo di studio o con titolo di studio alto che lamentano una diminuzione delle proprie relazioni sociali; fondamentalmente perché meno propense a frequentare gruppi o ad allacciare nuove amicizie, in quanto erano inserite in una rete relazionale legata al ruolo svolto. Lo stare con gli altri ha una valenza positiva nel processo di invecchiamento in quanto rappresenta un antidoto allo stress causato dall'ansia e dalle paure emergenti dalla solitudine, un'occasione per conversare o scambiare opinioni ed idee, per 'autocommiserarsi' o 'esaltarsi', difendendosi così dalla situazione di crisi che spesso viene innescata dall'ingresso nella terza età.

L'andamento è scalarmente proporzionale al titolo di studio e registra il massimo di opportunità nella classe di pensionamento 6-10 anni, coincidente, si ipotizza, con l'interiorizzazione e l'accettazione, ormai, della propria condizione di anziano. Inoltre si



ritiene che in tale periodo si siano affievoliti gli atteggiamenti critici connaturali o conseguenti all'abbandono/rinuncia del ruolo occupazionale e si sia pertanto più disponibili allo scambio di idee. Se tale scambio sembra assumere, con l'aumento dell'età, un carattere meno impegnativo in quanto si

parla volentieri delle proprie condizioni di salute e/o di vita, però ciò non comporta un affievolimento nello spirito di solidarietà, dato che, dalle indagini, emerge un aumento generalizzato delle opportunità di ottenere o di offrire aiuti diversi. Sono le donne, prevalentemente, che, con il pensionamento, sviluppano una più intensa rete di scambio di favori, anche perché maggiormente propense a rapporti interpersonali e, in particolare a quelli di vicinato, già in passato coltivati in varie occasioni. Ricorre più intensamente a tale modalità comportamentale chi vive in casa di parenti o chi vive da solo, in parte a causa dello stato di solitudine in cui si ritrovano, i primi in quanto spesso senza compagnia durante la giornata e generalmente incaricati di incombenze diverse, i secondi perché hanno a disposizione lunghe ore senza effettivi o pressanti impegni. In tal senso chi vive solo e chi vive con altri non si differenzia molto, e l'offerta o la richiesta di cortesie diventano opportunità contro la noia e, in alcuni casi, valvole di scarico per le insoddisfazioni o per momentanee situazioni di crisi mentre è diversa la condizione di chi vive col partner.

Pur se superiore, di norma, rispetto al periodo precedente al pensionamento, lo scambio di favori registra un aumento decrescente con l'aumentare degli anni di età per il probabile insorgere della consapevolezza di non poter contraccambiare la cortesia ricevuta. La maggior parte degli intervistati ritiene che il pensionamento offra maggiori possibilità di intrecciare o mantenere relazioni interpersonali improntate al carattere della piacevolezza, intesa come benessere derivante dallo 'star bene' con gli altri. In particolare, nei paesi, quando si va a fare la spesa, l'incontrarsi per strada o al cimitero, mentre si fa visita ai propri cari, sono momenti di piacevole scambio di parole, di idee, di stati d'animo senza essere troppo condizionati dallo sguardo all'orologio.

Per quanto riguarda il bisogno di stima, che le relazioni sociali comportano, e la sincerità, che dovrebbe essere presupposto

fondamentale di qualunque tipo di interazione, non sembra che il pensionamento ne modifichi le modalità, le forme di espressione, o la quantità. Le relazioni amicali tendono ad aumentare con gli anni di pensionamento e con l'età, ma pare possibile affermare che tendono a sfumare pur acquistando caratteri più immediati e compensativi.

Per il maggior tempo libero di cui dispone, il pensionato recupera potenzialità ed interessi che il lavoro, i figli e gli altri impegni sociali avevano soffocato o reso irrealizzabili: il passaggio da ritmi predeterminati e spesso stressanti a tempi più liberi permette di esprimere quei bisogni di creatività e di sviluppo il cui soddisfacimento è indispensabile per un sano equilibrio biopsichico ed è anche, però, un tentativo di compensazione al venir meno delle gratificazioni che il lavoro o il ruolo sociale avevano finora offerto. Occorre infatti sottolineare come l'adesione ai gruppi, proprio per la spontaneità e la mancanza di obbligatorietà che li caratterizza, presenti, spesso, frequenze irregolari e sporadiche, legate alle esigenze che via via si manifestano.

Non è raro che, con il pensionamento, si scopra una maggiore esigenza di spiritualità, il che favorisce un incremento, rispetto al tempo lavorativo, di partecipazione a gruppi d'ispirazione religiosa in cui matura la riscoperta della vita interiore. La donna

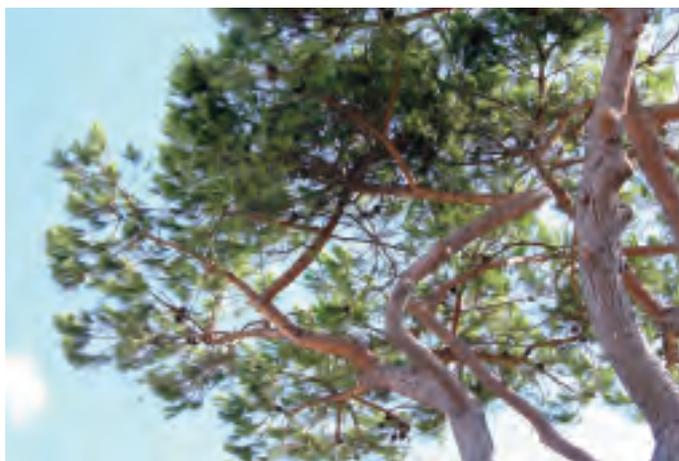


Fig. 1 - Le avversità impongono percorsi 'contorti', ma la vita vince! (Foto: Riccardo Bartolotti - Pontedera).

sembra essere maggiormente capace, rispetto all'uomo, di sviluppare la propria dimensione religiosa e questo può anche dipendere da una tradizione culturale che sovente vede la 'virilità' come incompatibile con la religiosità.

Diminuisce la presenza di anziani nei gruppi sportivi che richiedono prestanza fisica, ma non in quelli che propongono attività fisiche di ginnastica 'dolce' o passeggiate naturalistiche. Aumenta notevolmente anche il numero di coloro che seguono i gruppi ricreativi. Se le motivazioni alla partecipazione ai gruppi ricreativi manifestano, da una parte, il desiderio di momenti diversi e comunitari, dall'altra evidenziano il disagio connesso alla carenza di rapporti vitali e significativi.

Ampio spazio occupa l'attività di volontariato cui spesso viene dedicato un tempo considerevole e viene svolta in ambiti diversi, a seconda della sensibilità di ognuno, sia a livello individuale che facendo riferimento ai gruppi organizzati. I gruppi politici/sindacali non sembrano essere particolarmente attrattivi: risulta, infatti, che con il pensionamento il numero delle persone politicamente impegnate diminuisce. Una piccola parte di chi ha svolto una libera professione continua a frequentare gruppi professionali, di categoria o culturali. Nel complesso, una massiccia maggioranza (i due terzi del campione) degli anziani intervistati dichiara di frequentare almeno un gruppo anche se, con l'innalzarsi dell'età, subentra un decremento per l'accentuarsi di problemi psicofisici. I gruppi rappresentano momenti di aggiornamento e/o di informazione, di socializzazione, di partecipazione alla vita sociale, di sviluppo della creatività e di disponibilità a stare con gli altri. Frequentando un gruppo il pensionato allarga la rete di rapporti sociali e si reinserisce, almeno parzialmente, in quella realtà che il pensionamento sembrava avergli sottratto.

Se da un lato la dinamicità dell'anziano offre un quadro fondamentalmente di partecipazione attiva che, in molti casi, è simile a quella dell'adulto, dall'altro si è voluto approfondire ulte-

riormente la percezione che l'anziano ha di sé. Molto interessante è l'analisi dei cosiddetti "momenti di soglia" vissuti dalle persone anziane, con la consapevolezza che tali passaggi segnano una condizione nuova che determina una differente visione del mondo, nella quale le variabili età, lo stato di salute, la presenza o assenza dei figli, la vedovanza, si influenzano a vicenda creando situazioni limitanti rispetto all'immagine stereotipata di anziano sempre attivo.

Ingresso nello stato di pensionato

Assume particolare rilievo, nell'analisi della condizione anziana il trauma da abbandono del lavoro, specie per coloro che ne traevano soddisfazione. Il passaggio dal lavoro allo stato di pensionamento determina la perdita del ruolo occupazionale, perdita tanto più grave in una società centrata esclusivamente sul lavoro, e soprattutto perché segna il venir meno della posizione sociale collegata.

Se durante il periodo lavorativo la persona ha coltivato interessi significativi può costruirsi una 'seconda vita' avviando attività gratificanti, tuttavia – anche se molti si ribellano, presentandosi come persone piene di iniziativa – subisce la definizione sociale imposta dalla società, che lo colloca in una condizione periferica, deputata al riposo, a vivere in disparte, "godendosi la pensione".

La situazione di disagio è più grave nei primi anni di pensionamento: il pensionato evita di identificarsi nell'area anziana, spesso si percepisce nella mezza età e cerca di frapporre una distanza sociale con i coetanei, in particolare se più anziani e/o in stato di salute precario. Nella nuova situazione la ricerca di soluzioni e di opportunità, dipenderà dal titolo di studio, dalla professione svolta, dal sesso ecc.; comunque il passaggio, in tempi rapidi, da una posizione sociale ad un'altra, da una vita ritmata nei tempi e nei modi ad un'altra totalmente diversa e sconosciuta,

solo apparentemente analoga ai momenti del tempo libero vissuti durante il periodo lavorativo, sconvolge la vita della persona.

Se la donna, in molti casi, considera il pensionamento un'opportunità per superare il conflitto di ruolo per la doppia attività: lavoro e famiglia, l'uomo, per contro, eccetto i casi di presenza di malattie, di lavoro particolarmente stressante o alienante, di pendolarismo, considera il pensionamento come una deprivazione di qualcosa che gli apparteneva e in cui si identificava. Anche nell'eventualità di non subire eccessiva o preoccupante decurtazione dello stipendio, il pensionamento, in linea di massima, causa traumi perché il lavoratore si trova collocato a riposo in un momento in cui reputa di possedere ancora integre sia l'energia fisica sia l'esperienza e la conoscenza tecnico-organizzativa per continuare la propria attività e perché la perdita della gratificazione connessa alla posizione raggiunta pesa sulla persona. Certamente il prolungamento dell'età lavorativa, con le recenti disposizioni di legge, da un lato viene incontro a questo stato di cose, ma la soluzione migliore potrebbe essere rimanere sì, in questi ultimi anni, al lavoro, ma con ritmi rallentati e col ruolo di tutor nei confronti dei nuovi assunti. Per molti degli attuali pensionati la carriera non è dipesa dal titolo di studio, ma dall'impegno personale, che, in alcuni casi, ha assunto i caratteri della totale dedizione al lavoro: l'allontanamento, in questo caso, può essere vissuto come causa di disagio.

Importanza dell'abitazione

Per molti la casa diviene l'ambiente principale di vita e si avvia un nuovo processo di adattamento reciproco tra coniugi, se non altro, perché l'abitazione diviene



il centro obbligato per entrambi. Essa è al centro degli interessi della famiglia anziana sia per una risistemazione più adatta all'età e al numero dei componenti sia per la gestione diversa del *ménage* quotidiano. Molti hanno atteso la liquidazione per l'acquisto dell'alloggio, ma non tutti, poi, hanno realmente effettuato l'acquisto perché, investendo i risparmi nell'abitazione, non avrebbero più potuto disporre di una somma ad integrazione del reddito da pensione. Costoro, però, continueranno a vivere in uno stato di insicurezza per il timore di subire lo sfratto senza la certezza, per la scarsità di alloggi in città, di trovarne un altro adeguato.

Nei paesini questo problema è emerso con minore intensità perché gran parte degli intervistati era proprietario della casa (spesso quella di famiglia, ristrutturata dopo il pensionamento da quanti sono tornati alle origini anche per potersi dedicare ad attività agricole e per poter essere a contatto con la natura, certi di guadagnare in tranquillità e salute). Sovente, si rivedono le dimensioni del proprio alloggio e spesso lo si considera troppo grande perché ormai i figli se ne sono andati e si propende per un altro più piccolo o per il ritorno al proprio paese d'origine, tuttavia lo spostamento da una zona all'altra della città o l'andare ad abitare fuori città si realizza solo finché si dispone di una certa energia fisica. Nella vita quotidiana della coppia anziana, il tempo dedicato a fare la spesa aumenta rispetto al periodo lavorativo perché è un'occasione di uscire ed incontrare persone; rimane costante quello dedicato alla preparazione dei pasti perché si mantengono costanti le abitudini precedenti. Molte attività che, prima del pensionamento, erano svolte dalle donne vengono assunte dai maschi: questo può significare sia una nuova divisione di compiti ed il superamento di una certa supplenza, sia una risposta al bisogno di avere delle occupazioni da parte dei maschi. Le attività domestiche diventano, per l'uomo che vive in città, quasi un hobby, un modo di occuparsi di qualcosa che non sia in-

tellettualmente molto impegnativo e consenta di fare qualcosa di gratificante. Per chi vive nei paesini la situazione è diversa perché l'attività si trasferisce nell'orto o nel giardino o nell'aiutare qualche amico, agricoltore o artigiano. Inoltre, nella mattinata, quando i ragazzi sono a scuola e gli adulti al lavoro, i pensionati sono i protagonisti della vita del paese e se ne vedono capannelli intenti a interminabili discussioni.

Per chi vive solo, la soglia del pensionamento non porta variazioni di rilievo nel *ménage* quotidiano, finché se ne hanno le capacità; i rapporti con i parenti si fanno un po' più intensi per le femmine, specie verso i residui componenti della propria famiglia d'origine.

Quanti hanno figli, in questo momento di crisi, offrono aiuti economici. Le mamme sono più generose verso i figli perché offrono anche aiuto domestico. Chi vive solo non ha una grande considerazione della propria vita e ne è solo relativamente soddisfatto, anche per il grave peso che assume il problema della solitudine.

In una intervista in profondità, una signora affermava: *«non voglio disturbare nessuno – né figli né parenti – comunicando le mie ansie e preoccupazioni, ma se, di giorno, sto benino perché posso uscire ed andare a trovare qualcuno, di notte mi sveglio e...non so come fare a far giorno!»*. A livello materiale i figli sono spesso un sostegno, ma offrono una compagnia non continuativa per vari motivi (famiglia propria, distanza, ecc.) e chi non ha figli finisce per doversi rivolgere all'assistenza pubblica.

La sindrome del nido vuoto

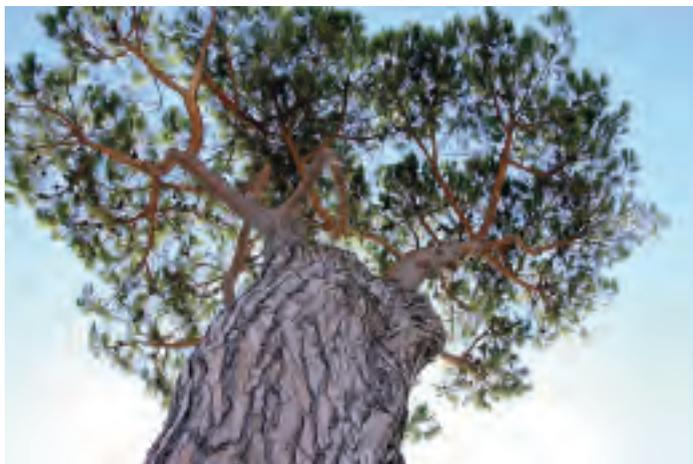
La famiglia anziana ha generalmente sviluppato una forte dedizione nei confronti dei figli per poter offrire loro le opportunità di cui i genitori non avevano potuto godere, e ciò è vero in particolare per le famiglie di ceto medio-basso. Per altro, il rapporto di coppia, anche se originato da una scelta di tipo persona-

listico e con una buona intesa relazionale, metteva in primo piano, come scopo primario della famiglia, la dedizione ai figli. La vita di coppia coincideva con la vita di famiglia e la vita di famiglia con la dedizione ai figli. Con la loro uscita di casa l'equilibrio familiare va in crisi e la relazione di coppia ha bisogno di ristrutturarsi.

Gli anziani che dispongono di un titolo di studio alto ed hanno svolto una libera professione, o comunque un ruolo di responsabilità, dispongono di un background ricco di interessi personali, legati sia alla professione sia alle tante opportunità avute. Il figlio, pur essendo molto importante, è vissuto all'interno di una costellazione in cui sono presenti altri interessi personali e la sua uscita di casa è accolta come fatto naturale. Nel caso in cui il titolo di studio sia medio-basso e si sia svolta una professione di tipo esecutivo, la proiezione sul figlio è più precisa, il figlio si trova in una posizione centrale nella famiglia anziana, continua ad essere al centro delle attenzioni e preoccupazioni e svolge un ruolo di vitalizzazione della famiglia. I genitori, se da un lato sono desiderosi che il figlio realizzi la propria sistemazione sia in campo lavorativo sia affettivo, dall'altro sono consapevoli che il 'perderlo' significa, in qualche modo, avviare un processo di smobilitazione della famiglia. Gli scopi e i progetti dei figli, oltre a suscitare interesse, attenzione o preoccupazione, svolgono per i genitori anche un'azione di cerniera con la società, promuovendo una valutazione della realtà più conforme alla sua complessità e alle sue diverse sfaccettature, specie per l'uso delle nuove tecnologie.

Molti anziani di età avanzata, soprattutto se vedovi, un tempo entravano a far parte della famiglia del figlio e il loro ruolo era quello di accudire i nipoti mentre i genitori erano impegnati nel lavoro. Oggi gli anziani sono orientati a scegliere di vivere per conto proprio, tuttavia non mancano casi in cui si avvia, per mancanza di alloggi o per altri motivi, al momento delle nozze

Fig. 2 - La solidità della coppia è roccia per i figli, poi è la loro vitalità che la rivitalizza (Foto: Riccardo Bartolotti - Pontedera).



di uno dei figli, una coabitazione pensata temporanea che poi, di fatto, in alcuni casi, diventa permanente. Dalle indagini risulta che è alta, nei primi anni di pensionamento, la percentuale di coloro che erogano aiuti economici ai figli: primeggiano le persone che vivono col partner, seguite da quanti vivono con altri parenti e, al livello più basso, da chi vive solo. Il fatto può dipendere dall'aver ancora dei figli giovani e quindi più bisognosi d'aiuto e, naturalmente, dalla disponibilità economica. Per quanto riguarda gli aiuti di prestazione personale è diffusa l'attività di custodia dei nipoti, da parte dei nonni, più elevata nelle classi di età più alte, tra coloro che vivono col partner e con titolo di studio medio-alto. In una intervista in profondità, una signora affermava: *«Mia figlia ha due bambini piccoli, lei lavora e fa i turni e quando è impegnata nel terzo, la sera vado a dormire a casa sua e la mattina accompagno i bambini all'asilo»*. In linea di massima, tale servizio è scarso tra coloro che non possiedono alcun titolo di studio, probabilmente più propensi ad attività domestiche per i figli o remunerative, all'esterno della famiglia. Un terzo circa del campione dichiara di svolgere pratiche burocratiche a favore dei figli, con maggiore diffusione tra i maschi e nelle prime classi di pensionamento.

Fra gli scambi relazionali più rilevanti, il più frequente è costituito dagli inviti conviviali dei genitori, formulati con maggior intensità dai maschi: tale modalità di comportamento è diffusa fra tutte le classi di pensionamento, è più assidua fra coloro che vivono col partner e non ha un particolare andamento correlato al titolo di studio. La pratica degli inviti è diffusa anche in senso inverso, da figli a genitori, con la costante della maggior propensione maschile al formulare l'invito stesso. Finché la famiglia dei genitori e la famiglia dei figli sono distinte, la casa dei genitori è considerata luogo di incontro di figli e nipoti in un rapporto di libertà e d'intesa amichevole, soprattutto se i genitori vivono in paese e i figli in città. La classe di pensionamento dei primi due anni è quella maggiormente rappresentata nell'ambito degli aiuti economici ai figli, ma è anche quella che più aiuta a livello domestico: persone relativamente giovani hanno spesso nipoti piccoli da accudire e aiutano le mamme lavoratrici nei compiti domestici. Oggi si sta presentando un fenomeno nuovo: a causa della crisi economica il sostegno dei genitori alla famiglia dei figli è diventato vitale per molti e spesso sono i nonni, con la loro pensione, a sostenere anche i costi degli studi dei nipoti.

Concludendo si può asserire che la rete relazionale dell'anziano è piuttosto composita: si va da situazioni di vera solitudine a situazioni del tutto normali, come per chi ha il partner convivente, vi sono persone che vivono isolate, sole, quasi sempre in casa perché impossibilitate a provvedere anche agli acquisti quotidiani, ma la maggior parte ha una notevole rete di rapporti. In una intervista in profondità, una signora affermava: *«Vado d'accordo con tutti! Rido con l'uno, con l'altro... chiacchiero, anche nel condominio non bisticcio con nessuno, ognuno a casa sua, però se uno ha bisogno di qualcosa, di un piacere ben volentieri. Abbiamo anche degli extracomunitari, però bravi, molto educati, quando sono stata in ospedale sono venuti a trovarmi, mi hanno lasciato il numero di telefono se avevo bisogno...»*.

Si nota che man mano che diminuiscono gli impegni e gli interessi (occuparsi dei nipoti, leggere, avere hobby, ecc.) aumenta il ripiegamento su di sé ed il senso di inutilità, si afferma la ricerca di compagnia e l'impossibilità di avere una compagnia permanente determina tristezza e solitudine frustranti, anche se, oggettivamente, il tempo trascorso con altri o l'intensità delle relazioni parentali registrano, in generale, un'intensità significativa.

La perdita del partner

Altra soglia difficile da affrontare è la morte del partner, in seguito alla quale la persona, abituata a condividere tutto con il coniuge, si trova sola a svolgere i ruoli di organizzazione del quotidiano oltre che ad affrontare i vuoti della comunicazione della memoria comune, della condivisione dei vari problemi della vita e l'assenza della possibilità di confidarsi. Per riempire questi vuoti la persona si rivolge a parenti e/o amici. In una intervista in profondità, una signora affermava: *«Dopo la morte di mio marito mi sono attaccata a mia sorella e ci telefoniamo tutte le sere»*.

La mancanza del coniuge priva l'anziano di una fonte determinante di validazione sociale dei propri giudizi personali: privato del conforto del partner trova difficile comportarsi con adeguata sicurezza. Tenendo presente che gli attuali anziani sono stati guidati dal valore della complementarietà di coppia – contrariamente a quanto succede oggi in cui ognuno è stimolato a sviluppare la propria personalità senza dipendere dall'altro – si comprende come, alla morte del partner, subentri un disagio molto grave che, nonostante l'autosufficienza, costituisce un serio stato di rischio. Il dolore del-



la perdita, pur con i suoi risvolti tragici, è attenuato dal tempo e, per molti, reso sopportabile dalla fede. In una intervista in profondità, una signora affermava: *«Mio marito è mancato nel 2001 ed è stato un momento bruttissimo... andavo dalla Madonna, guardavo il soffitto, non mangiavo più, non avevo più la compagnia.. poi il tempo, più o meno, aiuta...»*. In un'altra intervista: *«La vedovanza è brutta: al mattino prendo il giornale... al pomeriggio vado al cimitero... i figli lavorano... mi manca la compagnia: quando esco non c'è nessuno, a casa, che mi aspetta! Quando sono triste leggo i salmi, la preghiera mi dà sollievo: senza fede sarei una persona morta»*.

Con l'avanzare degli anni, la persona vive la difficile esperienza di orientare e gestire diversamente la propria vita (cattiva salute, solitudine, difficoltà di spostamento), non sorretta spesso da adeguate politiche di intervento; al bisogno costante di dare un senso alla propria esistenza corrisponde la consapevolezza di essere soli e con pochi sbocchi, affidati alla propria iniziativa ed alle opportunità di cui si dispone. Si corre il rischio di considerare favorevole, per la nuova condizione, il fatto di entrare a far parte della famiglia del figlio o di parenti, ma ciò comporterà un mutamento strutturale nella vita quotidiana. L'anziano che entra a far parte della famiglia del figlio/figlia deve spesso abbandonare la propria casa o quartiere, il proprio modo di vivere con le relazioni che lo costituiscono, per adattarsi al modo di vivere e di organizzarsi della famiglia che lo accoglie; capita anche che egli sia sollecitato in modo pesante a non uscire di casa, per evitare incidenti o malattie che potrebbero capitare durante gli spostamenti e farne una persona bisognosa di assistenza. Si sente allora relegato più che protetto, limitato più che aiutato e vive uno stato d'animo che alterna remissività e ribellione, fiducia nelle proprie residue possibilità e timore di far qualcosa che davvero lo riduca dipendente, con conseguente visione pessimistica della propria situazione.

Inoltre, nel momento in cui i genitori o il genitore entrano a far parte del nucleo familiare di uno dei figli, la rete parentale assume connotazioni strutturali diverse: il rapporto con gli altri figli e/o nipoti perde di spontaneità, si seleziona e si restringe, dato che subentra la paura di disturbare la famiglia presso cui l'anziano vive, a meno che non si sia esplicitamente invitati. Molti anziani scelgono anche di vivere con altre persone (fratelli, cognati, nipoti, amici o parenti in genere); il tempo dedicato da queste persone alle attività di tipo domestico aumenta notevolmente rispetto al periodo lavorativo, probabilmente per sentirsi utili a chi li ospita dimostrando la propria efficienza. I rapporti con il resto della parentela si restringono. Anche se vi è scambio di doni, sono molto limitati gli incontri: scarsi sono gli inviti conviviali o l'occuparsi di malati, probabilmente perché assorbiti e ridotti nel proprio potere decisionale.

Rilevante, in questi gruppi di persone, la scarsa stima della propria vita: qui si registrano i valori più bassi di soddisfazione anche se, dall'esterno, potrebbe sembrare logico che fossero le persone sole ad essere le più scontente. Forse il prezzo pagato in termini di perdita di libertà giustifica questo dato, assieme anche al sentirsi talvolta di peso per gli altri membri del nucleo; inoltre

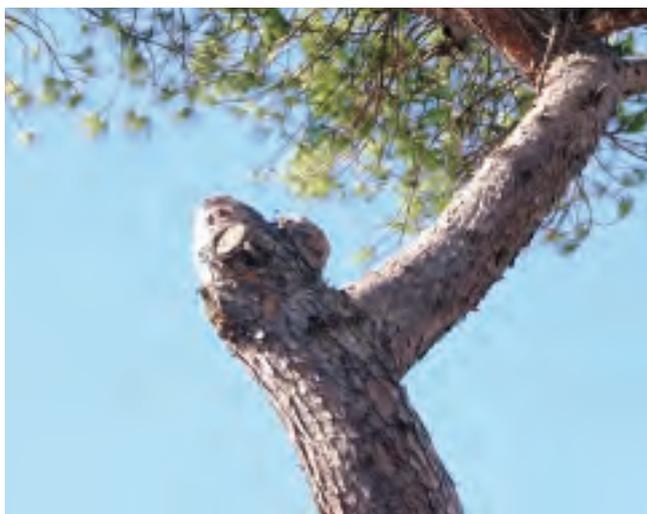


Fig. 3 - La vita oltre la perdita (Foto: Riccardo Bartolotti - Pontedera)

pare importante rilevare come, per chi ha figli, il fatto di essere presso altri ‘scarichi’ i figli non coinvolti da gran parte delle responsabilità che potrebbero assumersi e, pertanto, i rapporti si limitano a qualche dono o a qualche sporadico aiuto o visita. Nei paesi è più facile che anche la persona vedova resti a casa propria contando sulla presenza e l’aiuto dei vicini. In una intervista in profondità, una signora affermava: *«Ogni tanto mi farebbe piacere un po’ di compagnia, però vivo bene anche da sola. Penso alle cose che devo fare, al futuro.. io sono bisnonna e quindi penso alle mie pronipoti, oltre che alle nipoti.. quindi non ho problemi. Poi quando c’è una vicina, una conoscente che non sta bene, cerco di starle vicino, di aiutarle, di fare una piccola parola come posso... ho un’amica che è rimasta vedova da poco, io le telefono di sovente e allora si parla dei tempi passati, quando si andava coi figli a fare le scampagnate, queste cose... e allora lei si rincuora un po’»*.

Perdita dell’autosufficienza

Con l’affermarsi della solidarietà parentale a distanza, molti sono gli anziani che vivono soli anche se hanno figli e che, finché la salute lo permette, continuano una vita autonoma. Sono numerosi anche gli anziani, soprattutto donne proprio per la loro longevità, che vivono soli, quasi senza parenti. Molte sono vedove e i parenti più prossimi sono spesso i nipoti collaterali; per altre, il vivere sole può essere un fatto ‘normale’, perché sono sole da sempre, ma certamente l’età avanzata le rende più vulnerabili. Il timore della malattia o di malori improvvisi preoccupa moltissimo, tanto da creare uno stato permanente di ansia cui spesso si tenta di rimediare con la sicurezza proveniente dall’uso del telefono inteso come strumento che rompe l’isolamento.

Riguardo alla paura di ammalarsi, o di una ricaduta, in una intervista in profondità, una signora affermava: *«Mio marito guarda la televisione tutto il giorno seduto sul divano... lo scorso in-*

verno ha fatto la polmonite, ora sta bene, ma è rimasto molto male e adesso sta sempre in casa come se avesse paura di riammalarsi. Io insisto ma non esce neanche con me». Da un punto di vista culturale, si è affermata l'attenzione sia verso un'alimentazione corretta sia verso la prevenzione o, comunque, a tener sotto controllo i vari parametri per evitare, nella misura del possibile, di ammalarsi seriamente. In una intervista in profondità, un signore affermava: *«Controllo regolarmente la salute e, se il medico mi dice di fare esami o interventi, li faccio. Dopo i 60 anni ho sentito il salto d'età: tanta fatica a diventare grandi, poi sei subito vecchio».*

Il problema più grave, in caso di perdita dell'autosufficienza, consiste nel fatto che l'anziano spesso è costretto a passare dalla famiglia di un figlio a quella di un altro, per non gravare per troppo tempo su un'unica famiglia, ma questo stato 'nomade' causa frustrazione e umiliazione. L'impossibilità ad esprimere le proprie preferenze ed a realizzarle determina uno stato di irritabilità che rende difficile la vita sia all'anziano sia a chi se ne occupa. Diversi anziani vivono l'esperienza dell'istituzionalizzazione in un pensionato o in un cronicario – che si rende inevitabile quando la famiglia del figlio, o le famiglie dei figli, non sono sufficientemente provvedute o disponibili per accudire un genitore invalido o non in grado di affrontare le spese per una badante – come un rifiuto o un abbandono. Se l'interesse per la vita ha una valenza indubbiamente psicologica correlata alla personalità del soggetto e dipendente dalla storia e dalla situazione contingente, l'età e lo stato di salute precario assumono, a loro volta, un'incidenza determinante che si manifesta nella progressiva diminuzione dell'importanza attribuita alla vita. La perdita della persona cara, la riduzione delle proprie capacità mobilitate che inducono l'anziano a sganciarsi progressivamente dalle persone e dagli oggetti, ridimensionando la paura di morire e attribuendo nuovi significati alle esperienze e situazioni. Talvolta

l'anziano desidera essere solo e, in tali momenti, rivisita la sua vita, ne considera attentamente gli episodi cruciali, rivede persone e luoghi e si vede proiettato in una dimensione lontana dalla realtà attuale forse anche per evitare di pensarci.

Comunque la solitudine viene vissuta o scelta più come momento che come *modus vivendi* e sovente viene 'riempita' dal pensiero rivolto al soprannaturale e il ricorso alla preghiera si fa frequente. La sensazione di essere di peso, la consapevolezza della propria solitudine, l'esperienza del decadimento fisico ed intellettuale spingono spesso l'anziano, come si diceva, a fuggire il presente, ripiegarsi sul passato e ricercare nella spiritualità un significato e una soluzione ai propri problemi. In una intervista in profondità, una signora affermava: «*Le difficoltà, anche quando sono rimasta sola, le ho sempre superate senza l'aiuto di nessuno, le ho sempre superate. Bastava una parola magica ed il giorno dopo era tutto superato... e la parola magica era: "Dio aiutami, aiutami, non ce la faccio, aiutami, aiutami!" Uno dice: è possibile? È possibile, bisogna avere fede, perché ci credi, certo non è che con questa parola risolvi però si aprivano le porte, però non bisogna dirlo solamente a chiacchiere*».

Si può concludere che le difficoltà dell'anziano, il suo disagio, le sue limitazioni non sono solo conseguenza della "vecchiaia biologica", ma anche della "vecchiaia sociale". È dalle relazioni con gli altri che egli



impara ad essere rassegnato, a percepirsi incapace, inutile e spesso di peso alla società. La società basa il senso della vita sulla produzione, sul consumo, sul successo individuale, sulla bellezza fisica, non può certo considerare positivamente gli

anziani che della vecchiaia sono il segno indelebile anche se oggi, per il prolungamento della speranza di vita e dell'affermarsi della prevenzione lo stato di non autosufficienza si verifica quasi solo nei grandi anziani.

L'atteggiamento della società civile e delle istituzioni nei riguardi della popolazione anziana è orientato verso una considerazione passiva dei bisogni degli anziani e non è, in linea di massima, in grado di sviluppare modalità di intervento e di comunicazione fondata sui bisogni di partecipazione, di relazione e di solidarietà caratterizzanti, oggi, la condizione degli anziani. Vi è quindi una distanza molto grave tra i bisogni reali degli anziani e la percezione che di tali bisogni ne hanno la società e le istituzioni.

Bibliografia di riferimento

- ALESINA A., ICHINO A., 2009 - *L'Italia fatta in casa*, Mondadori, Milano.
- ARCHER M.S., 2003 - *La conversazione interiore*, Centro Studi Erickson, Trento.
- BAUMAN Z., 1996 - *Le sfide dell'etica*, Feltrinelli, Milano.
- 2001 - *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, Milano.
- 2002 - *Il disagio della postmodernità*, Bruno Mondadori, Milano.
- BECK U., 1999 - *Che cos'è la globalizzazione*, Carocci, Roma.
- 2000 - *La società del rischio*, Carocci, Roma.
- BELARDINELLI S., 2005 (a cura di) - *Welfare community e sussidiarietà*, Egea, Milano.
- BICHI R., 2002 - *L'intervista biografica*, Vita e Pensiero, Milano.
- BRAMANTI D., 2006 - *La comunità esperta: servizi 'community oriented' a favore degli anziani non autosufficienti*, in «Politiche sociali e servizi», VIII (2), pp. 171-189.
- 2009 - *Le comunità di famiglie. Cohousing e nuove forme di vita familiare*, FrancoAngeli, Milano.
- BROWN G., 2008 - *Una vita senza fine? invecchiamento, morte, immortalità*, Cortina, Milano, trad. it. 2009.
- CASTEL R., 2004 - *Insicurezza sociale*, Einaudi, Torino.
- CENSIS, 2005 - *La vecchiaia che non fa più paura. Dossier Anziani*, in «Note e commenti», 41, (1-2).
- 2006 - *Sogno e realtà di una vita relazionale. Dossier Anziani*, in «Note e commenti», 42 (7).
- 2007 - *Il tempo (di lavoro e di svago) nell'era della longevità attiva. Dossier anziani*, in «Note e commenti», 43 (4).

- COLASANTO M., MARCALETTI F., 2007 - *Lavoro e invecchiamento attivo*, FrancoAngeli, Milano.
- COLOMBO E., 2007 - «L'estraneità di casa: la relazione quotidiana tra datori di lavoro e badanti», in Colombo E., Semi G. (a cura di), *Multiculturalismo quotidiano. Le pratiche della differenza*, FrancoAngeli, Milano.
- CORRAO S. (2004), *Il focus group*, seconda edizione, FrancoAngeli, Milano.
- COSTA G., 2007 - *Quando qualcuno dipende da te*, Carocci, Roma.
- CRESPI F., 1985 - *Le vie della sociologia*, Il Mulino, Bologna.
- CRESPI F., 2004 - *Identità e riconoscimento nella sociologia contemporanea*, Laterza, Roma-Bari.
- CUGNO A., 2003 - *Essere anziani in Valle d'Aosta. Linee di intreccio tra domanda di servizi e nuova imprenditorialità*, FrancoAngeli, Milano.
- CUGNO A., 2004 (a cura di) - *Il dialogo tra generazioni*, FrancoAngeli, Milano.
- DA ROIT B., FACCHINI C., 2010 - *Anziani e badanti. Le differenti condizioni di chi è accudito e di chi accudisce*, FrancoAngeli, Milano.
- DEL FAVERO A.L., 2010 (a cura di) - *Rapporto sulla Non autosufficienza in Italia*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Roma, reperibile al sito <http://www.lavoro.gov.it> (gennaio 2010).
- DI NICOLA P., 2008 - *Famiglia: sostantivo plurale. Amarsi, crescere e vivere nelle famiglie del terzo millennio*, FrancoAngeli, Milano.
- DONATI P., TRONCA L., 2008 - *Il capitale sociale degli italiani*, FrancoAngeli, Milano.
- FACCHINI C., 2006 - *I 'care-givers' degli anziani affetti da Alzheimer: tra stress e autovalorizzazione*, in «Politiche sociali e servizi», VIII (2), pp. 191-207.
- 2009 - *Gli assegni di accompagnamento nel contesto delle politiche per gli anziani non autosufficienti* (4.3.0./III), in «Autonomie locali e servizi», XXXII (1), pp. 65-78.
- FACCHINI C., 2005 (a cura di) - *Anziani e sistemi di welfare. Lombardia, Italia, Europa*, Rapporto 2005 Spi-Cgil-Cadef, Milano, FrancoAngeli.
- 2010 (a cura di) - *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti di welfare*, FrancoAngeli, Milano.
- FOLGHERAITER F., 2009 - *Saggi di welfare. Qualità delle relazioni e servizi sociali*, Trento, Centro Studi Erickson.
- GIUMELLI G., 2007 - *Vecchi, vecchiaia e solitudine*, in «Oggi domani anziani», XX (3), pp. 57-72.
- GORI F., PESARESI F., 2009 - «Il welfare futuro, una mappa del dibattito», in IRCCS - INCRA - *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009*, Maggioli Editore, Rimini.
- INGROSSO M., 2007 (a cura di) - *Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute*, in «Salute e società», VI (1).
- LAZZARINI G., SANTAGATI M., 2006 - *Anziani e impegno sociopolitico*, Ed. Lavoro, Roma.
- LAZZARINI G., GAMBERINI A., PALUMBO S., 2011 - *L'home care nel welfare sussidiario, reciprocità e ben-essere nelle relazioni di cura*, FrancoAngeli, Milano.

- LAZZARINI G., SANTAGATI M., BOLLANI L., 2007 - *Tra cura degli altri e cura di sé. Percorsi di inclusione lavorativa e sociale delle assistenti familiari*, FrancoAngeli, Milano.
- 2008 - *Anziani, famiglie e assistenti. Sviluppi del welfare locale tra invecchiamento ed immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.
- LAZZARINI P., 2006 - «Protagonisti del proprio invecchiamento» e «Anziano fragile, comunità locale e formazione del caregiver», in Lazzarini G., Santagati M., *Anziani e impegno sociopolitico*, Edizioni Lavoro, Roma.
- 2007 - «Prendersi cura in famiglia: il rapporto tra caregiver e anziano non autosufficiente», in Lazzarini G., Santagati M., Bollani L., *Tra cura degli altri e cura di sé*, FrancoAngeli, Milano.
- 2008 - «Diritti di cittadinanza dell'anziano non autosufficiente e della sua famiglia», in Lazzarini G., Santagati M., *Anziani, famiglie e assistenti*, FrancoAngeli, Milano.
- LIVRAGHI R., 2009 - *Efficienza ed efficacia per promuovere il bene comune e quello personale*, in «Oggi domani anziani», XXII (20).
- MAGATTI M., 2010 - *Anziani, una risorsa per il futuro*, in «Oggi, domani anziani», XXIII (1), pp. 23-31.
- MAURI L., POZZI A., 2007 - *Le politiche di long term care in Italia. I principali nodi del dibattito*, in «Mutamento sociale», (17), pp. 1-19.
- MENICACCI F., 2007 - *Il trattamento del malato moriente*, Atti del Convegno Internazionale «Il medico e il malato terminale: il problema dell'eutanasia e il testamento biologico», Roma.
- NUSSBAUM M.C., 2002 - *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, Il Mulino, Bologna.
- PACI M., 2008 - *Welfare locale e democrazia partecipativa*, Il Mulino, Bologna.
- Paroni P., 2004 - *Legami di cura. La famiglia e i suoi anziani non autosufficienti*, FrancoAngeli, Milano.
- PEIRONE L., GERARDI E., 2009 - *Il sole e la sera. La ricerca del benessere nel passare del tempo*, Torino, Antigone.
- POZZI A., 2007 - *Un modello di autovalutazione delle politiche di active ageing*, FrancoAngeli, Milano.
- ROSSI G., 2005 (a cura di) - *Politiche sociali e sussidiarietà*, numero monografico di «Politiche sociali e servizi», VII (1)
- SAPIO A., 2010 (a cura di) - *Famiglie, reti familiari e cohousing. Verso nuovi stili del vivere, del convivere e dell'abitare*, FrancoAngeli, Milano.
- SARACENO C., NALDINI M., 2007 - *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna.
- Scuderi M., 2008 - *Welfare locale e politiche familiari. Uno studio di caso*, Bonanno, Roma.
- SGRITTA G.B., 2007 - *Le famiglie possibili. Reti di aiuto e solidarietà in età anziana*, Edizioni Lavoro, Roma.
- SIMONI M., ZUCCA G., 2007 (a cura di) - *Un welfare fatto in casa*, IREF - ACLI, Roma.

- SPEDICATO E., 2009 - *La vecchiaia della donna fra deriva e percorsi costruttivi*, in «Anziani oggi e domani», XXII (1), pp. 31-44.
- STRANGES M., 2007 - *Le sfide sociali della longevità umana: anziani, rapporti intergenerazionali e reti sociali*, in «Sociologia e politiche sociali», X (1), pp. 161-173.
- TACCANI P., 2005 - *Aiutare ed aiutarsi attraverso il gruppo. Qualche riflessione sull'esperienza di auto-mutuo aiuto tra persone che curano familiari non autosufficienti*, in «La rivista di servizio sociale», XLV (1), pp. 33-41.
- TOGNETTI BORDOGNA M., 2007 - *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
- TRABUCCHI M., 2005 - *I vecchi, la città e la medicina*, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, B.

QUANDO NON È POSSIBILE GUARIRE



Umberto Stralla

In una società caratterizzata da grandi progressi tecnologici e dal mito dell'onnipotenza e dell'eternità vi è l'erronea convinzione che non si possa non guarire e che l'unico "dovere" del medico sia solo questo. Tutto viene esasperato in questa direzione, dalla diagnostica alla terapia. Il concetto del "curare" viene pertanto inteso in senso decisamente riduttivo. In questo panorama l'assistenza sanitaria all'Anziano, persona provata dall'età, con polipatologie, rappresenta un capitolo molto importante della "care".

Di fronte al continuo incremento dell'Anzianità e del suo progressivo invecchiamento (gli over ottantenni sono più che quadruplicati) la società si trova impreparata, disorientata e costretta a rivedere molti suoi atteggiamenti. Inoltre ci si trova di fronte a soggetti sempre più Oldest-old, "particola-



ri”, in cui col progredire dell’età si accentuano quelle peculiarità tipiche che fanno di ogni persona un individuo a se stante e richiedono pertanto un approccio diversificato.

Non è più sufficiente la mera abilità tecnica, il nozionismo rigoroso, bensì occorre cercare di entrare in sintonia col paziente, non focalizzare l’attenzione solo sulla malattia e/o sul disagio, ma preoccuparsi delle sue necessità a 360 gradi e soprattutto interessarsi della persona che rappresenta: curare non la patologia ma il malessere! Occorre pertanto tenere ben presenti anche le difficoltà economiche, sociali, fisiche e psicologiche. Di qui il dovere di proporre nuove esperienze gestionali che prevedano protocolli e programmi differenziati a seconda delle esigenze del singolo e farsene promotori.

La politica, come purtroppo spesso la medicina, ha invece una visione non corretta della vecchiaia: vengono così presentati piani sanitari nazionali e regionali ispirati da uno stereotipato pensiero di “tutela”, ove l’unico intervento consiste nel custodire una persona in rapido declino senza azioni per bloccarne un decadimento globale. Assistiamo al perpetuarsi di quell’ “ageismo” culturale, termine coniato nel 1969 dal gerontologo statunitense Robert N. Butler per indicare appunto la *discrimination against seniors* nata intorno alla metà degli anni ’60 in una società ad impronta giovanilistica che riduce-

Come procedere ?

Affrontare SUBITO e CONTEMPORANEA MENTE

- Comorbidità
- Follow-up
- Aspetti assistenziali, economici e burocratici
- Care givers



va, in forma di spreccio, l’immagine anziana a caricatura o, peggio, a sole immagini deteriori per cui la filosofia alla base di tutto si poteva riassumere nel seguente concetto “...è vecchio, non facciamo niente... in

quanto giunto al preludio della morte”. Viceversa oggi l’età anagrafica ha un significato completamente diverso. Vi sono tanti Anziani intellettualmente impegnati, che fanno il giro del mondo con molti e poliedrici interessi e bisogni. Sicuramente si deve avere una gestione oculata del paziente ponendo attenzione ad un razionale ed equo utilizzo delle risorse, al recupero della funzionalità, ma soprattutto alla qualità di vita. L’applicazione di linee guida deve essere flessibile e non causare nuovi problemi, senza però nel contempo cedere alla trappola di un “gioco al ribasso” in cui l’età avanzata si pone come giustificazione ad ogni rinuncia ed arbitrio.

Chi agisce in questo ambito deve lavorare in tre aree fondamentali come quella fisica, mentale e sociale, ed operare come se dovesse ricomporre il famoso cubo di Rubik: far combaciare correttamente aspetti diversi ma tutti da omogeneizzare:

- 1) Salute fisica, mentale, sociale
- 2) Comorbilità
- 3) Riduzione della compliance
- 4) Follow up
- 5) Aspetti economici e burocratici
- 6) Assistenza (care-givers).



Si evince allora come sia indubbiamente fondamentale quella “valutazione multidimensionale” che la Geriatria da anni propugna. La valutazione multidimensionale o *assessment geriatrico* nacque in Inghilterra negli anni '30 ove fu osservato che non tanto la guarigione, ma una corretta valutazione dal punto di vista medico, psicologico e sociale e l'immissione in un programma riabilitativo individualizzato, presentavano un netto miglioramento delle capacità funzionali e della qualità di vita. Essa rappresenta lo strumento che il geriatra utilizza per effettuare una valutazione globale del paziente anziano ed è stata definita da Solomon (1988) come “...una valutazione multidisciplinare, con la quale vengono identificati e spiegati i

molteplici problemi dell'individuo anziano, vengono valutate le sue limitazioni e le sue risorse, vengono definite le sue necessità assistenziali e viene coordinato un programma di cura complessiva per commisurare gli interventi a tali necessità...”.

La vera rivoluzione sta dunque in un approccio diagnostico globale volto non solo all'individuazione delle patologie da cui è affetto il paziente geriatrico, ma anche alla definizione delle sue capacità funzionali, all'ambiente in cui il soggetto vive, nella piena consapevolezza che attraverso piccoli guadagni è possibile ottenere grandi risultati, quali il mantenimento dell'autosufficienza. Così, a differenza della medicina tradizionale, centrata sulla malattia, la geriatria si pone come medicina centrata sul paziente (Moja e Vegni, 1998). Del resto, l'invecchiamento è esso stesso un processo multidimensionale, espressione di fattori biologici, sociali, economico-finanziari, dell'ambiente e del tempo in cui viviamo.

Altrettanto importante è basare il proprio operare su una serie di principi inderogabili che qui proponiamo citandoli da un documento della SIGG (Società Italiana di Geriatria e Gerontologia):

- 1) **Principio dell'autonomia e della dignità delle persone anziane** per cui si deve avere la libertà di scegliere e di prendere decisioni compatibilmente col proprio livello cognitivo
- 2) **Principio del beneficio** ovvero dare risposte ai bisogni fisici, ma anche alle esigenze sociali, emotive, spirituali
- 3) **Principio del “non nocere”** anche nel senso di non accanirsi inutilmente
- 4) **Principio di giustizia** che prevede una corretta suddivisione degli oneri e dei benefici fra tutti.
- 5) **Principio di solidarietà** che garantisce tutti i mezzi per accedere alle cure necessarie
- 6) **Principio di sussidiarietà** per aiutare dove più la situazione è difficile non soppiantando le libere iniziative di singoli o gruppi

- 7) **Principio di verità** circa le corrette informazioni sulle condizioni cliniche in modo da permettere decisioni terapeutiche basate su un consenso esplicito
- 8) **Principio di riservatezza** che obbliga al rispetto del segreto su eventuali confidenze ricevute dagli anziani, con implicito il problema di come e quanto esplicitare informazioni attinenti ai pazienti quando a rischio è il loro benessere o la loro vita.

Ma per muoversi correttamente in campo sanitario e cercare di fare le scelte giuste si deve essere anche ben consci su come, in età geriatrica, cambi la presentazione delle malattie, il loro reale impatto sulla qualità della vita e su come, di conseguenza, debba cambiare il lavoro del medico. Innanzi tutto occorre tenere ben presenti tre fattori: il cambiamento dei quadri di presentazione, l'alterata risposta e la sottostima delle malattie.

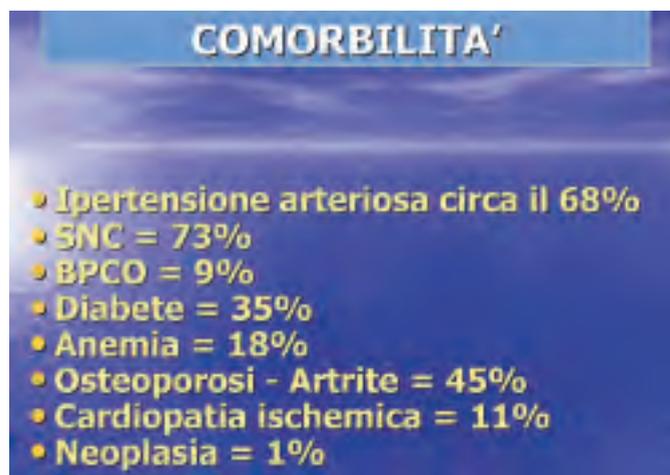
La maggior parte dei pazienti *olders-old* presenta almeno una malattia cronica (vedi figura) i cui sintomi possono esacerbarne o mascherarne quelli di un'altra o complicarne l'evoluzione clinica. Una grave forma di artrosi dell'anca può mascherare i sintomi di una malattia cardiovascolare in quanto l'ipomobilità, non sottoponendo a stress il cuore e la circolazione, non fa raggiungere al paziente la soglia del dolore anginoso.

Altro aspetto tipico del paziente geriatrico è una risposta anomala alla malattia: percezioni di malattie severe possono essere attenuate per disfunzione degli organi di senso, modificate dal livello culturale e da fattori sociali. Il dolore anginoso, ad esempio, può essere assente o poco intenso in chi ha già una cardiopatia ischemica cronica. Inoltre sintomi tipici per una patologia d'organo (confusione, agitazione = patologia cerebrovascolare) possono presentarsi per altri problemi (febbre

dovuta ad infezione, globo vescicale, etc.). Le malattie possono poi essere sottovalutate. Si ritiene che più l'età avanza più si diventa ipocondriaci! Al contrario esiste spesso una sottostima di sintomi importanti ed un relativo sottoutilizzo dei Servizi. Vari sono i motivi, di natura caratteriale oppure sociale, legati all'isolamento in cui ci si può trovare.

Fraasi come "...cosa ti vuoi aspettare alla mia età..." non sono così infrequenti e denotano un errato modo di intendere l'invecchiamento, ma anche una convinzione diffusa che manchi una risposta efficiente da parte del Sistema Sanitario per dislocazione di ambulatori in sedi lontane, scomode, atteggiamenti "frettolosi" e distaccati da parte di medici, infermieri, operatori. Anche la depressione, oltre alla rinuncia alle cure per motivi economici o psico-sociali, riduce il desiderio di curarsi. Paura di spendere troppo, di vivere soli, o l'impossibilità di parlare con qualcuno dei propri problemi possono determinare un minor desiderio di rimanere in salute.

A fronte di tutto ciò come deve allora cambiare l'atto del "curare" del medico? Basta determinare, cosa già di per sé non facile, l'eziopatogenesi esatta di una malattia e fino a che punto? Si è proprio obbligati a guarire? Indubbiamente trovare la diagnosi esatta quando una malattia è guaribile è fondamentale,



ma nell'Anziano, come già detto affetto da pluripatologie, sovente croniche, non è lo scopo principale della gestione del suo malessere anche se può sembrare che il trattamento mirato delle ma-

lattie sia il più efficiente per ridurre i sintomi. Esiste una stretta relazione tra malessere (= manifestazioni e sintomi) e malattia (= disfunzione fisiologico-anatomica) benché molti malesseri non si riescano a predire dalla conoscenza delle malattie e molte malattie possano non produrre malesseri.

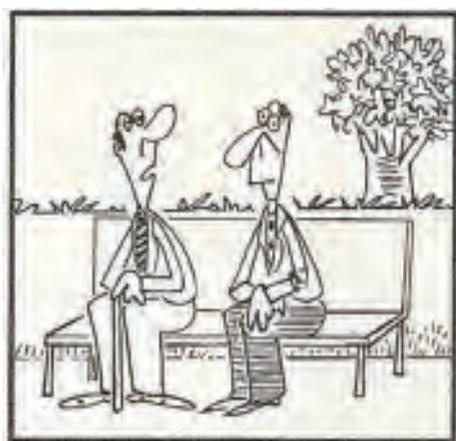
Trovare e risolvere una patologia reversibile non può rappresentare l'unico scopo di un rapporto medico-paziente! Individuare la causa reversibile dei nuovi sintomi è sì gratificante, riduce le incertezze cliniche ed aiuta a gestire le patologie, ma ciò non rappresenta, ribadisco, l'obiettivo principale nella gestione delle malattie croniche nell'Anziano. Quando tutte le cause curabili fossero escluse cosa ne sarebbe del rapporto medico-paziente? Qui la finalità deve essere quella di ricreare il massimo benessere psico-fisico incrementando le capacità funzionali del soggetto ed in genere non la si raggiunge solo curando la malattia!

Spesso poi per avere una diagnosi accurata si deve procedere ad accertamenti invasivi, o comunque indaginosi e stressanti per chi li subisce e per i care-givers, le cui informazioni possono essere, alla fine, elusive e poco dirimenti. Sono a volte analisi che rappresentano solo un lenitivo per le coscienze dei familiari o anche un modo per il medico di prendere tempo prima di formulare una diagnosi o ridurre le proprie ansie difensive, ma non rispondono affatto alla domanda "cui prodest"? Nel caso del sospetto di una malattia cronica evolutiva in cui il trattamento eradicante fosse non applicabile per l'età, le patologie concomitanti, i rischi maggiori ai benefici ottenibili avrebbero senso? Credo di no, anzi sarebbero fonte di nuovi disagi ed angosce. Di qui l'obbligo, a mio giudizio, da parte del Curante di giungere ad una decisione equilibrata, suggerendo i comportamenti più utili in accordo col paziente stesso o coi familiari. Dare il giusto peso ad una malattia nell'ambito della cronicità permette di evitare accanimenti inutili. Una

maggiore capacità ed accuratezza diagnostica non incrementa né la qualità né l'aspettativa di vita, ma soprattutto mai può sostituirsi all'assistenza alla persona che si ha di fronte.

Stesso ragionamento dovrebbe valere per la prescrizione delle cure, ma in realtà non è così. Formulare una prognosi accurata e quindi ipotizzare una stima più o meno esatta dell'aspettativa di vita sembrano rappresentare un altro aspetto importante della "care" dell'Anziano. In realtà rispondono alle imposizioni volute da una mentalità corrente basata sul mito dell'eternità e che sottintendono la volontà di una cura a tutti i costi.

Tale stima può essere in questa fase del tutto insignificante in quanto un lieve aumento della propria esistenza non può giustificare un peggioramento della qualità della vita dovuta a tutta una serie di risvolti psicologici ed effetti collaterali. Per esempio la scelta di intraprendere una chemioterapia non può essere presa solo sulla base di protocolli e linee guida, ma dopo averne considerato tutti i risvolti compresi la tossicità, gli effetti collaterali ed i disagi. Prescrivere un farmaco ipoglicemizzante od un antiipertensivo in situazioni di lieve iperglicemia o ipertensione, sicuramente



— E' brutto diventare vecchio,
ma è peggio non diventarlo...

controlla la patologia e ne riduce le conseguenze tardive, ma espone a rischi iatrogeni ed a stress (ricordarsi di assumere il farmaco, controllare pressione e valori glicemici e così via). Imporre una dieta rigorosa povera di grassi agli old oldest per ridurre l'ipercolesterolemia espone a rischi di depressione, astenia, inappetenza a fronte di una riduzione del rischio cardiova-

scolare assolutamente irrilevante, a fronte di un'attesa di vita residua che non va oltre dieci anni.

Ci si dimentica che la malattia è sovente solo una parte del problema e la prescrizione delle cure deve essere frutto di un'attenta analisi tra i reali benefici e le conseguenze in modo da permettere una serena determinazione della soglia del trattamento accettabile ed eticamente corretta, evitando di cadere tra la "Scilla" dell'eutanasia e la "Cariddi" dell'accanimento. La maggiore precisione diagnostica e terapeutica nel paziente geriatrico non aumenta né l'aspettativa di vita né tanto meno la sua qualità. Considerare le capacità funzionali è molto più utile che accentrare l'attenzione solo sulla malattia. Occorre capire la differenza tra malanno e malattia: trattare il disturbo piuttosto che la causa permette di aiutare in un modo più corretto ed efficace.

Nell'Anziano, al contrario che nel giovane, l'aspetto funzionale deve essere il primo punto da dover considerare. La perdita della capacità di vivere in maniera indipendente è uno dei punti critici e rappresenta la "vera malattia" grave che può portare all'istituzionalizzazione. Talora la perdita dell'autosufficienza è la manifestazione di una grave disfunzione (per esempio un grave scompenso cardiaco), ma è l'eccezione. Una corretta quantificazione delle polipatologie e le loro ricadute funzionali permette di predire i veri bisogni dell'Anziano molto più che la mera valutazione della malattia. Di qui, ribadisco quanto detto all'inizio, l'importanza di



una valutazione multidimensionale, ovvero cercare di Conoscere e Capire l'Altro.

Un approccio semplicemente diagnostico-terapeutico può essere fallimentare in pazienti che frequentemente presentano numerose patologie croniche ed in buona parte incurabili. Fattori psicologici, sociali, ambientali, iatrogeni possono limitare le possibilità di guarigione. Ecco perché l'agire del medico deve basarsi su cinque punti fondamentali:

1. osservare attentamente
2. evitare condizioni non confortevoli o non dignitose
3. valutare gli aspetti fisici, mentali e sociali
4. ricercare tutti i segni di malattia
5. eliminare tutti gli effetti iatrogeni.

Ritengo, in conclusione, sia ormai chiaro come spesso l'obiettivo non sia guarire l'Anziano perché quasi sempre ha malattie croniche, inesorabilmente evolutive, ed opporsi alla natura è come il combattere dei Giganti contro gli Dei. Bisogna invece far sì che sia efficiente il più a lungo possibile, che resti a casa, che abbia una buona qualità di vita. Le nuove tecnologie possono aiutare, ma solo un approccio attento, modulare ed ispirato dall'Amore per l'Altro possono permettere di centrare l'obiettivo.

Probabilmente la patologia principale della vecchiaia è l'idea che ne abbiamo! Infatti l'invecchiamento è la maggior



Marco Tullio Cicerone.

paura dei nostri tempi e ciò blocca la mente ed il cuore, anche di chi cura. Ma, come ci diceva già Cicerone nel “ De Senectute Cato Maior” “...non è verosimile che la natura abbia descritto bene tutte le parti della vita per poi buttare via l'ultimo atto come una parte senz'arte...”.

NON SOLO MEDICINA E MEDICINE



Ugo Marchisio
Maria Francesca Vizzi

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o WHO), Sezione dell'ONU che si occupa di promuovere la salute a livello globale, nella sua Costituzione del 22 luglio 1946, così definisce la salute: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità. Il possesso del migliore stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, d'opinioni politiche, di condizione economica o sociale. La salute di tutti i popoli è una condizione fondamentale della pace del mondo e della sicurezza; essa dipende dalla più stretta cooperazione possibile tra i singoli e tra gli Stati”.

L'impostazione di fondo di questo quaderno si ispira appunto a questa visione “allargata” di salute che, evidentemente, comprende la “Sanità” (servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) ma non si limita ad essa. Infatti il nostro stato di salute dipende, ancor più che dai servizi sanitari, da quelli che vengono definiti “determinanti sociali della salute” (DSS o SDH). Nel loro studio “*Globalization and social de-*

terminants of health”, gli epidemiologi canadesi Ronald La-bonté e Ted Schrecker così definiscono i DSS: “le condizioni in cui la gente vive e lavora e che influenzano le sue possibilità di condurre una vita sana”. Si tratta quindi della disponibilità di acqua non inquinata, di servizi igienici, di cibo sufficiente e di buona qualità, di ambienti lavorativi e domestici salubri, di un ecosistema rispettato e integro, fino ad arrivare a una istruzione di base adeguata, ai trasporti e alla qualità/accessibilità dello stesso sistema sanitario.



Fig. 1 - Gerhard Armauer Hansen (1842-1912) scopritore del *Mycobacterium leprae* e una delle sue tavole illustrate che ritrae una paziente, norvegese, da lui direttamente studiata e descritta.

Per far comprendere il significato dei DSS, proponiamo un esempio storico: la lebbra. Il bacillo della lebbra fu scoperto dal medico norvegese Gerhard Armauer Hansen nel 1873, a seguito di studi condotti su malati che incontrava nella sua pratica quotidiana, appunto in Norvegia, paese allora poverissimo, dove la lebbra era endemica. Come mai la lebbra è com-

pletamente scomparsa dalla Norvegia in pochi decenni, senza una cura efficace (i primi antibiotici attivi sul bacillo di Hansen vennero introdotti in commercio dopo la II guerra mondiale) né un vaccino (che non abbiamo ancora oggi)? Proprio per il miglioramento dei determinanti sociali della salute in Scandinavia tra fine '800 e inizio '900: maggior benessere economico, migliori condizioni di vita e di lavoro, dieta ricca e completa, abitazioni riscaldate e non più malsane, igiene personale adeguata ecc.

Per invecchiare bene, è quindi indispensabile un sistema sanitario di buona qualità ed accessibile, ma ancor più la possibilità di autogarantirsi ambienti salubri, alimentazione e stili di vita corretti, attività fisica e mentale adeguata, un welfare solido a 360 gradi ed il massimo livello di autonomia possibile. La salute, così intesa, costituisce quindi uno dei cardini (forse il principale) dell' "empowerment" dell'anziano, termine intraducibile direttamente in Italiano che ingloba i significati di "autopromozione", "sviluppo", "difesa" e "pienezza di vita". Il nemico dell'empowerment è l'"ageism", atteggiamento di discriminazione, consapevole o inconscia che sia, verso le persone anziane in quanto tali, sentite come un peso inutile da non considerare o una controparte debole da aggredire.

Nella nostra carriera di medici del Servizio Sanitario Nazionale, ci siamo chiesti più volte, nei confronti dei cittadini anziani, se stavamo facendo i medici, oppure gli assistenti sociali, chiamati a fronteggiare bisogni assistenziali "impropri" in ambiente sanitario, oppure i buttafuori, costretti a ricusare i ricoveri non indispensabili ed a difendere i pochi posti-letto a disposizione, riservandoli solo ai casi gravissimi... E' infatti evidente che l'anziano si rivolge al servizio sanitario per (o almeno con) bisogni complessi che spesso esulano dal campo della sola salute. A questo insieme di bisogni va quindi data



Fig. 2 - Avvisi promozionali dell'ultima edizione della "settimana contro la discriminazione delle persone anziane" (4-8 giugno 2012) e la copertina di un recente numero della rivista americana "Newsweek" dedicata al problema dell'"ageism" e alle possibilità di combatterlo e superarlo, attraverso la solidarietà tra le generazioni.

una risposta completa e risolutiva là dove l'anziano si rivolge di fatto: l'ospedale e il pronto soccorso. La parola d'ordine è quindi integrazione: integrazione di tutti gli altri servizi necessari all'anziano, intorno a quello sanitario che viene, quasi sempre, interpellato per primo e più drammaticamente (Fig. 3).

Vediamo innanzi tutto come le persone anziane vivono i propri problemi di salute e se trovano risposte adeguate dal Servizio Sanitario nelle sue varie espressioni e componenti. Dalla indagine "Anziani e Servizio Sanitario" (Studio CENSIS su tutte le Regioni d'Italia, anno 2012), emergono i seguenti dati:

gli anziani della fascia di età meno elevata (65-70 anni) dichiarano:

- di godere di uno stato di salute "buono / ottimo" 64% dei casi
- di godere di piena autonomia 83% dei casi
- di avere una esistenza definibile globalmente come "felice" 77% dei casi

Ma i "grandi anziani" (85 anni o più) dichiarano:

- di godere di piena autonomia 29% dei casi
- di avere una autonomia parziale 56% dei casi
- di avere un'esistenza "felice" 46% dei casi

Dall'insieme degli studi socio-demografici condotti sull'argomento, emergono evidenti due dati:

L'anziano è preoccupato di conservare la propria autonomia come persona, molto più che restare in vita o godere di una salute perfetta.

La figura del "caregiver" resta quasi sempre, in prima istanza almeno, un familiare (93,5% dei casi): è essenziale per tutelare la dignità e l'autonomia residua del paziente anziano e assume un'importanza strategica preminente anche nel processo di empowerment.

Una conferma di queste tendenze viene dalle indagini circa le "paure" vissute dagli anziani:

- Perdita dell'autosufficienza 40,7% dei casi
- Morte 17,8% dei casi
- Perdita della persona più cara 17,7% dei casi
- Solitudine 16,6% dei casi

E in Europa...? Dallo studio "*The Politics of Healthy Ageing and European Public Opinion*" (famosa inchiesta condotta dal *Consensus Research Group di New York* nei vari Paesi della Comunità Europea - anno 2004), emerge che gli anziani soddisfatti della qualità del Servizio Sanitario erano globalmente il 44%, mentre i cittadini di fascia di età < 65 anni erano soddisfatti solo nel 35% dei casi. Inoltre i 2/3 degli Europei di tutte le età pensavano che i governi avrebbero dovuto devolvere più risorse per la tutela della salute, proprio perché la popolazione stava invecchiando... Però l'85% dei cittadini europei votanti, quando venivano chiamati ad esprimersi su quali priorità doveva avere il programma di un candidato per incontrare le loro aspettative, si dimostrava ancorato ad una visione solo curativa della salute e riteneva prioritario investire nella ricerca di farmaci e terapie piuttosto che in altri settori ed altri programmi di intervento quali prevenzione, ambiente, riforme legislative ecc...

Inoltre, come già illustrato nei capitoli precedenti, non bisogna dimenticare che sono soprattutto in aumento i “grandi vecchi” (ultraottantenni) e le persone non più autosufficienti. Infatti, sul totale delle persone ricoverate in ospedale, gli anziani (20% circa della popolazione italiana totale) incidono per il 40% e sono responsabili del 49% delle giornate di degenza e del 45% della spesa (vedi Fig. 4 e 5). Con l’arrivo del “silver tsunami”, dopo il 2020 in Italia, gli esperti hanno già calcolato che, mantenendo invariato il tasso di ospedalizzazione attuale delle persone anziane, non basteranno i posti letto oggi a disposizione anche se fossero totalmente riservati a loro!!!



Da queste considerazioni prende le mosse l’importante e drammatico dibattito sui “ricoveri inappropriati” che implica necessariamente una rivisitazione organizzativa globale del sistema sanitario per creare alternative al ricovero ospedaliero che siano valide e accessibili. Infatti il ricovero inappropriato è quasi sempre per l’anziano una “opzione forzata” (come definita dal Rapporto Ospedali e Salute - X edizione - anno 2012 - Ermeneia).

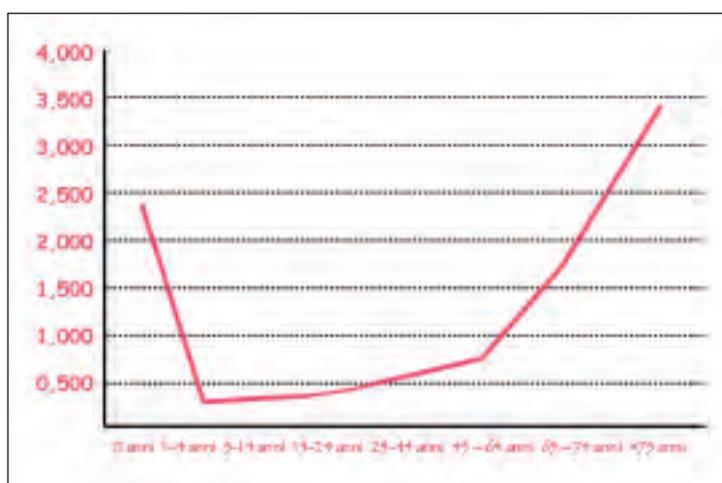
L’anziano si rivolge all’ospedale come “opzione forzata” quando la vita destabilizza il suo fragile equilibrio (non solo per una malattia, ma anche per malattia o morte del coniuge, mancato aiuto dei familiari, problemi logistici o

economici ecc.). Spesso il ricovero, motivato da una reale patologia acuta, per i suoi esiti invalidanti (temporanei o definitivi), si protrae solo più per motivi assistenziali (tipico esempio l'ictus). Già nel 1670, si leggeva in un decreto dell'Ospedale Sant'Orsola di Bologna: “Non si pigliano vecchi ancor che avessero novant'anni perché, mettendosi a letto simili vecchi e imboccandoli, tengono occupati dieci e più anni i letti con pregiudizio dei molti curabili...”

L'anziano quindi, dopo una serie di passaggi al Pronto Soccorso e di ricoveri in ospedale, per l'insorgere di patologie sempre più gravi e debilitanti, spesso anche iatrogene, vede decadere sempre più la sua autonomia (Fig. 6). Anche se le cure ospedaliere sono efficaci sotto un profilo strettamente medico, la mancanza di una valutazione multidimensionale dei bisogni e dell'autosufficienza, la mancanza di una riabilitazione precoce e di adeguate cure domiciliari, portano inevitabilmente al ricovero in casa di riposo, spesso dopo infiniti peregrinaggi per lungodegenze e ospedali vari.

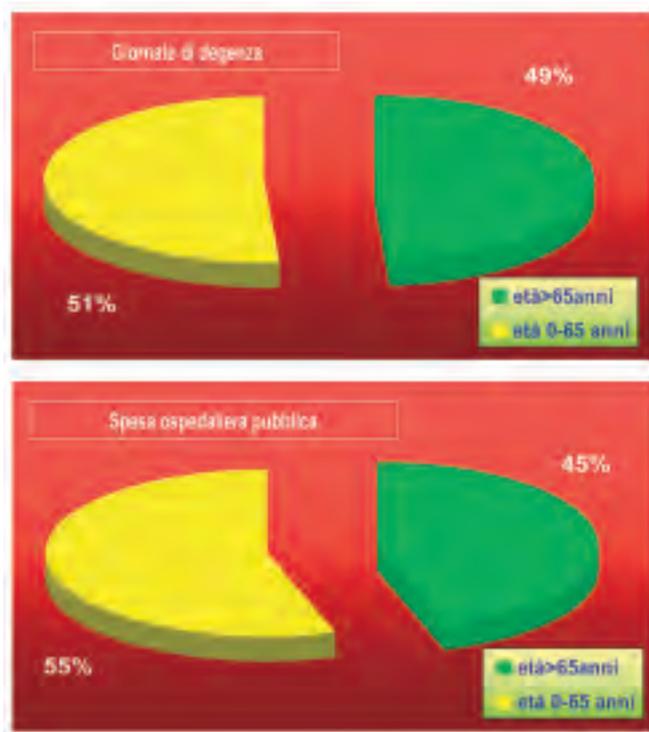
La risposta culturale e organizzativa giusta per ottenere il massimo dell'*empowerment* è rappresentata, oggi, dalla messa in rete, integrata e governata, di tutti i servizi e di tutte

Fig. 3 - Ricoveri in acuzie per classi di età in Italia (ASSR 2013).



le competenze necessarie per dare una soluzione completa al bisogno di salute e di assistenza espresso dall'insieme delle persone anziane. Non più quindi segmenti staccati o accavallati di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale accidentato, ma un unicum lineare e continuo, accessibile e di qualità, dove viene fatto, a tutti, tutto quello che serve e solo quello che serve. Infatti le situazioni di discriminazione dell'anziano nascono proprio dalla mancanza, nelle varie strutture sanitarie cui deve rivolgersi, di una attenzione specifica e qualificata ai suoi problemi peculiari, alla sua autonomia, al collegamento con altri servizi di cui via via ha bisogno.

Le molteplici strutture di ricovero per anziani, più o meno medicalizzate, chiamate con termine internazionale "nursing homes", sono oggi poco polivalenti e molto sparpagiate: RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), riabilitazioni, centri diurni, "letti di continuità" ecc. dovrebbero essere riorganizzati in



Figg. 4 e 5 - Giornate di degenza e spesa ospedaliera per cittadini italiani di età maggiore o minore di 65 anni (Rapporto Ospedali e Salute - X edizione - anno 2012 - Ermeneia).

“cittadelle della salute” centralizzate, ponte tra l’ospedale (solo per acuti) e la domiciliarità, di cui si è già parlato in altri capitoli di questo quaderno.

Siamo convinti che il cittadino anziano, attraverso l’insieme integrato dei servizi sanitari e assistenziali, e soprattutto una valida Rete Servizi Anziani ed un intelligente disease management mirato ai suoi bisogni “estesi” di salute, possa non sentirsi più un peso morto, un “corpo estraneo”, nella società come nel Servizio Sanitario. Solo se supportato da operatori attenti ai suoi bisogni e da strutture orientate a soddisfarli in modo completo ed integrato, potrà diventare veramente protagonista della sua esistenza e sentirsi “a casa sua” anche quando è ricoverato in queste *Nursing Homes*.

Passando ora dall’organizzazione del sistema sanitario alla relazione terapeutica personale che deve instaurarsi tra la persona anziana “malata” e i vari “guaritori” di cui ha bisogno, ricordiamo, innanzi tutto, l’approccio funzionale e “olistico” (dal Greco Antico ὅλος – òlos - tutto, completo, globale) di cui è già stato detto nel capitolo “quando non è possibile guarire”. Vorremmo però ora completare questa “rivoluzione culturale” accennando alla cosiddetta “alleanza terapeutica”. L’argomento è importante e di grande attualità non solo in campo geriatrico e non solo nell’ambito ristretto degli addetti ai lavori e degli esperti di Bioetica. Purtroppo, come tutte le parole d’ordine alla moda è anche spesso abusato, distorto o sfruttato come slogan buono per ogni circostanza. Come sottolinea la parola stessa “alleanza”, si tratta di una relazione che si stabilisce tra due persone:

1. Il “malato” - Questo è il termine che noi utilizzeremo perchè meglio esprime la situazione che la persona percepisce di se stessa e proietta nella relazione con il guaritore: “c’è qualcosa che non va nel mio stato di salute e ho bisogno di qualcuno che mi guarisca”. Lo preferiamo ai termini “pa-

ziente” (che sottende un ruolo assolutamente passivo), “utente” (tipico di una visione della relazione biecamente burocratica), “cliente” (frutto di un’impostazione prettamente contrattualistica) e “cittadino” (insipido termine ipocritamente *politically correct*).

2. Il “medico” - È il secondo termine della relazione/alleanza e va inteso nel senso, più generale e pregnante, di “guaritore”. Rientrano quindi in questo ruolo tutti gli operatori sanitari, tutti i terapeuti e molte figure “laiche”, al di là dei confini stessi del SSN e della Medicina scientifica occidentale. Anche lo stregone, il taumaturgo che propone una qualche forma di “medicina alternativa”, gli stessi familiari del malato, i vari *proxies, care givers* ecc. possono essere chiamati, almeno parzialmente e per certi aspetti, a vivere un’esperienza di alleanza terapeutica.

L’interazione tra i due attori è quindi un’ ”alleanza”, termine che racchiude in sé il significato di “patto”, un impegno sottoscritto bilateralmente per un fine comune, non solo utili-



Fig. 6 - L’ospedale è come una porta rotante: si entra in barella, per una malattia acuta e si esce “guariti”, ma disabili e condannati su una sedia a rotelle ... (Lynn J. *et al*, West J Med 2001).

taristico, ma anche solidale; di “vincolo”, un patto che genera doveri; di “relazione”, un’esperienza esistenziale di stima, condivisione, amicizia e unità; di “sinergia”, qualcosa di nuovo e più grande di quanto i due attori, singolarmente, sono in grado di produrre.

Il concetto di alleanza malato-guaritore, nei suoi termini moderni, nasce all’inizio del XX secolo in ambiente psicoanalitico. A Sigmund Freud spetta il merito indiscusso di aver scoperto la relazione malato-terapeuta come elemento essenziale del processo di guarigione e di descrivere l’alleanza terapeutica come strumento e condizione indispensabile per superare insieme (paziente e analista) la resistenza all’analisi, alla terapia ed alla guarigione stessa. Essa viene infatti definita come “alleanza d’aiuto” o “alleanza di lavoro”.

È interessante vedere come in psicoanalisi, la partecipazione attiva del “cliente” era già ritenuta essenziale al raggiungimento di un pieno risultato terapeutico un secolo fa, mentre nell’ambito della medicina somatica (e anche della psichiatria) molti si illudono, ancora oggi, di poterne fare a meno... Ed è anche impressionante il ritardo culturale con cui nella pratica medica si è cominciato a difendere il diritto di libertà e di autodeterminazione della persona malata rispetto agli altri diritti personali del cittadino (politico, di opinione, di religione, giudiziario, sul lavoro ecc.) che hanno avuto grande attenzione in Occidente fin dall’Illuminismo. La qualità della relazione tra “medico” e “paziente” non venne presa assolutamente in considerazione fino al dopoguerra; era anzi ritenuta di disturbo sia per la ricerca scientifica sia per la pratica clinica: una sorta di confondente e poco professionale “effetto placebo”. Bisogna infatti ricordare che all’alleanza terapeutica si approdò dopo secoli di dominio di altri modelli comportamentali:

1. Il modello “paternalistico” in cui la relazione è assoluta-

mente “asimmetrica”: il “paziente” (colui che subisce) non ha gli strumenti per capire qual è il suo bene e quindi non può decidere autonomamente. Il medico, in “scienza e coscienza”, sa qual è il bene del paziente e decide anche per lui. È una relazione di fiducia/dipendenza la cui metafora è quella padre-figlio.

2. Modello “contrattualistico” in cui la relazione è “simmetrica”: terapeuta e “cliente” hanno lo stesso potere. Viene così tutelata l’autonomia del malato ed i due attori negoziano un contratto: prestazione professionale in cambio di onorario. È una relazione professionista-cliente le cui metafore sono il libero mercato ed il tribunale.

Era però evidente che mancava qualcosa... Innanzitutto la dimensione esistenziale: l’alleanza terapeutica non dev’essere generica amicizia – esistono ruoli precisi da mantenere – ma una partecipazione più piena ed umanamente appagante di un semplice contratto economico. E poi la dimensione etica al di là del codice deontologico e del rispetto di un contratto: esi-



Fig. 7 - Medico del '600
in tempo di peste.

stono diritti e doveri reciproci, non scritti e non tutelabili da leggi e contratti, ma nondimeno indispensabili per una relazione positiva medico-malato.

Infatti “È un errore pensare di interagire con il corpo (organi, apparati, cellule, ormoni...) e rimanere “tangenziali rispetto alla persona” (Giovanni Russo, 2005). Nel '600 i medici, in tempo di pestilenza, tutti protetti con pastrani, maschere a becco ripiene di essenze ritenute battericide ecc, toccavano il paziente solo a

distanza e con un bastone (Fig. 7)... Spesso i medici supermoderni finiscono anche loro per “tenere il paziente a distanza”, questa volta attraverso sofisticate diagnostiche per immagine e di laboratorio. Giovanni Russo ha una felice intuizione, ripresa poi dal British Medical Journal (“*From compliance to concordance*”) nel sintetizzare questo cambiamento profondo di mentalità: bisogna passare dal contratto alla concordanza, dove etimologicamente per “con-tratto” si intende qualcosa che “tira insieme” i due attori (l’interesse mercificato), mentre per “con-cordanza” si intende qualcosa che mette i “cuori insieme” (appunto l’alleanza terapeutica).

La necessità di un’alleanza nasce spontanea dalla domanda di aiuto più che di salute, soprattutto da parte delle persone anziane che sanno spesso benissimo di non poterla più conservare appieno... La richiesta di aiuto significa: aiutami a ritrovare benessere con l’esistenza, la mia indipendenza, la mia dignità, essere considerato persona umana a pieno diritto... Un’iscrizione sulla porta d’ingresso del vecchio Ospedale San Giacomo di Roma sintetizza magistralmente questo concetto: “Vieni per essere guarito ...Se non guarito, almeno curato ...Se non curato, almeno consolato”.

Arnaldo Pangrazzi ha efficacemente sintetizzato come segue le componenti essenziali della domanda di aiuto:

1. Fisica: ho male
2. Emotiva: ho paura
3. Intellettiva: ho responsabilità verso altre persone, compiti nella società, affetti da gestire ecc. che vengono scompaginati dalla malattia



4. Sociale: da quando sono malato, mi sento percepito e trattato in modo diverso
5. Spirituale: come mi gioco i valori in cui ho finora creduto? E se anche non ne voglio avere, che senso dò alla mia vita in questa nuova situazione?

Tutte queste componenti devono essere prese in considerazione e armonicamente gestite. Nessuna deve essere considerata come un fattore interferente o inquinante l'atto professionale del medico.

Si tratta di passare “dal curare al prendersi cura” (Adriano Pessina, 2003): responsabilizzarsi sulla domanda di aiuto, su tutta la persona. Una volta si diceva che fare il medico non era un mestiere come gli altri, ma era una “missione”. Termini fideistici come questo li sentiamo applicare con disinvoltura, oggi, al management aziendale (la *mission* di un'azienda, la nuova *vision* del *CEO*...), in un contesto dove ci si muove rigorosamente a fini di lucro.

Chissà perché ci si vergogna di applicarli, anche in una dimensione del tutto laica e immanente, alle professioni di aiuto alla persona, Medicina in testa, lasciandole in balia del modello contrattualistico? Si ammanta di metaforica trascendenza



l'economia e la finanza e se ne spoglia l'arte del guarire, lasciandola in preda al libero mercato!

Ma continuiamo con la storia... La prima teorizzazione esplicita dell'alleanza terapeutica, come estensione a tutte le situazioni di relazione malato-medico dell'alleanza di aiuto/lavoro di Freud, si deve a Edward S. Bordin ed alla sua storica pubblicazione “*The generalizability of the psychoanalytic concept*”

of the working alliance” (*Psychotherapy: theory, research and practice*. 1979). I capisaldi della teoria di Bordin si possono così riassumere:

1. Impegno comune di malato e medico ad esplorare i problemi insieme
2. Sviluppo di una reciproca fiducia
3. Condivisione di un realistico obiettivo di guarigione o, almeno, di miglioramento.

Curare non è più soltanto ripristinare la salute come “vita nel silenzio degli organi” (secondo la storica definizione, un po’ positivista, di René Leriche, 1879-1955), ma soprattutto aiutare la persona malata a recuperare un pieno benessere umano e sociale, a salvaguardare il più possibile la propria autonomia e libertà. E questo obiettivo, che si identifica nell’*“empowerment”* di cui abbiamo già detto prima (il potenziamento globale ed equilibrato delle risorse psico-biologiche della persona anziana), diventa ragione di vita tanto del malato quanto del guaritore. Ma ricordiamoci soprattutto che l’alleanza terapeutica è relazione e non va ridotta, come fa qualcuno, ad un semplice programma terapeutico condiviso. “Deve essere basata non su un contratto o un progetto rigido, ma su uno scambio di promesse che viene poi declinato insieme nella mutevole realtà clinica ed esistenziale” (Paolo Cattorini, 2001).

Schematizzando, lo scambio di promesse si può così scomporre:

1. Promessa del malato:
 - a. Aderenza (non “compliance” = sottomissione passiva) alla terapia
 - b. Motivazione e non disimpegno nella promozione della propria salute (*empowerment*)



2. Promessa del medico:

- a. Competenza professionale
- b. Non venir meno della sua risposta alla domanda di aiuto anche quando è mal posta o addirittura il malato “tradisce” l’alleanza.

L’alleanza si crea e si mantiene attraverso la comprensione, l’accoglienza e il rispetto: tutti valori che portano speranza, anche contro le stesse leggi della biologia. E questo è di fondamentale importanza quando si tratta di persone anziane, al crepuscolo della propria esistenza, con patologie degenerative, inguaribili e sempre più limitanti la loro autonomia. Adriano Pessina afferma che l’alleanza terapeutica è “antidarwiniana” perché “si prende cura proprio di coloro che la cosiddetta lotta per la sopravvivenza condannerebbe. L’arte medica trascende l’esperienza della semplice finitezza biologica”.

E qui si innesta la riflessione sul ruolo che la dimensione spirituale può giocare nella dinamica dell’alleanza terapeutica: essa infatti può essere un potente mezzo per sviluppare l’alleanza stessa e la scienza medica deve superare la diffidenza culturale verso i fenomeni spirituali in genere e cominciare a considerarli un potente elemento terapeutico. Bisogna però saper fare una “diagnosi di persona” (Speciani, 2004) e non solo di malattia: globale, originale e coinvolgente. Ad un bisogno “multidimensionale” si deve rispondere con un “mosaico terapeutico” (Pangrazzi, 2007): tessere (atti terapeutici) in sé circoscritti, delimitati e anonimi, ma nell’insieme un’opera d’arte (la cura nell’alleanza) con un suo messaggio profondo e personale.

Noi crediamo che questa sia la via maestra per esercitare con arte (comporre il mosaico) la professione medica (fatta di tante tessere scientifiche da mettere insieme, in modo personalizzato, per ogni singolo malato). Si risolve così anche il tormentoso, eterno dilemma: “la Medicina è una scienza o

un'arte?"... Noi crediamo che sia una scienza (oggi sappiamo con sicurezza che cosa bisogna e che cosa non bisogna fare in ogni specifica circostanza con la “*evidence-based medicine*” – medicina fondata sulle prove [scientifiche]). Ma è una scienza che va applicata con arte: in modo personalizzato e unico per ogni situazione e ogni malato. Nessuna linea guida ci dirà mai come affrontare il groviglio di co-patologie con cui ci si presentano i malati anziani né come evolvere dalla cura al prendersi cura. Solo la ricerca di una vera alleanza terapeutica, come fin qui abbiamo cercato di esprimere, può esserci di aiuto.

Ma la dimensione forse più importante dell'alleanza terapeutica, sul piano pratico, è l'ascolto; ma deve essere un ascolto attivo in cui ci chiediamo continuamente non solo che cosa comunichiamo, ma anche che cosa vogliamo comunicare e che cosa capiamo di quanto ci viene comunicato. L'ascolto, infine, deve essere anche riflessivo: ripeto all'altra persona che cosa ho capito del messaggio che lei mi voleva comunicare, anche circa i sentimenti e le sensazioni e non solo i sintomi e la posologia delle medicine da assumere.

E non è mai così facile... Nella maggioranza dei casi il malato instaura verso il medico un *transfert* ambivalente e mette in atto, in misura variabile da caso a caso, sia l'alleanza terapeutica che la resistenza al trattamento (quasi sempre inconscia).

Il malato, da un lato, si impegna a costruire un'alleanza terapeutica rispettando la propria autonomia e valorizzando il ruolo del medico; dall'altro opera una – inconscia – regressione terapeutica tentando di gestirsi



da solo e tradendo l'alleanza. È cruciale, da parte del medico, ritornare sempre allo spirito del patto originale, inteso come scambio di promesse, e ricordarsi di non venir meno all'impegno di rispondere alla domanda di aiuto anche quando è mal posta o addirittura il malato "tradisce" l'alleanza stessa.

Nel prendersi cura delle persone anziane, le attenzioni da avere per salvaguardare gli aspetti qualificanti l'alleanza terapeutica si possono così sintetizzare: saper governare le negoziazioni, aver ben presenti dei limiti da rispettare, mantenere neutralità ed astenersi dal giudicare l'altra persona, giocare tutte le proprie qualità personali per creare fiducia, motivazione, *empowerment*.

I principali nemici dell'ascolto (e dell'alleanza terapeutica nel suo complesso) sono invece: passarsi l'anziano malato di mano in mano ("tutti mi curano qualche organo, ma nessuno cura me..."), la burocrazia e la disorganizzazione (conta anche la "cornice" in cui si muovono gli attori dell'alleanza), la mancanza di collegialità, deontologia ed etica degli operatori sanitari tra di loro, la stima del medico solo come tecnico ma non come persona.

Con queste attenzioni, l'alleanza terapeutica rende possibile una relazione di rispetto e di promozione umana anche quando l'interazione con l'anziano malato è oggettivamente asimmetrica e pone pesanti interrogativi etici:

1. Dementi e malati psichici
2. Situazioni di emergenza
3. Tutte le situazioni in cui una persona è "costretta" ad essere curata come in caso di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)
4. Tutti i casi in cui il malato non è in grado di sostenere l'alleanza ed il medico è chiamato a decidere anche per lui.

In tutti questi casi, solo un'alleanza basata sul passaggio dal curare al prendersi cura può garantire un comportamento eti-

camente ineccepibile in cui alla asimmetria professionale (di conoscenza, competenza, autorevolezza, integrità cognitiva ecc.) fa riscontro una intatta simmetria morale: pieno rispetto della persona e assoluta reciprocità anche se “a senso unico” (fa’ all’altro quello che vorresti fosse fatto a te...) (Fig. 8).

Oggiogiorno, soprattutto per le persone anziane, sarebbe anacronistico parlare di alleanza terapeutica limitandoci ai soli due attori classici: il malato e il medico. Le figure di familiari, “proxies” e “care givers” sono sempre più importanti, visto il dissolversi della famiglia tradizionale e il moltiplicarsi di badanti, associazioni di supporto ai malati gravi, famiglie e relazioni “irregolari”. Sono tutti attori, almeno potenziali, dell’alleanza cui possiamo anche aggiungere le amministrazioni ed il management dei servizi sanitari pubblici e privati. Il primo fronte su cui lavorare è quello di estendere l’alleanza terapeutica dal medico all’*équipe*: sempre più spesso il malato ha a che fare con gruppi di lavoro di operatori sanitari più che con un singolo medico e la prima sfida alla tenuta dell’alleanza è mantenere un livello elevato di collegialità, quindi di coerenza e di correttezza tra i singoli operatori.

Uno dei rischi maggiori di fallimento dell’alleanza terapeutica è infatti la superspecializzazione a comparti stagni che frantuma la relazione anziché svilupparla in modo globale e coerente: l’integrazione collegiale tra i vari specialisti deve essere “un’alleanza nell’alleanza”. Necessita



Fig. 8 - I Santi Cosma e Damiano, medici, detti “Anargiroi” perché non chiedevano parcelle a chi non aveva di che pagare, mentre “trapiantano” la gamba di un Etiope a un paziente europeo. Esempio di chi non solo sa curare, ma sa anche “prendersi cura”...



comunque spesso definire un “direttore d’orchestra” che va collegialmente identificato in modo esplicito: può essere di volta in volta il Medico di Famiglia (sul territorio), l’Internista o il Geriatra (in ospedale), per non parlare della nuova figura dell’“Ospedalista” che viene sempre più fortemente propugnata dalla letteratura medica, soprattutto mitteleuropea e anglosassone.

Per il management sanitario, valgono gli stessi principi che per l’alleanza terapeutica malato-medico a partire dall’impostazione di una relazione

paritetica e reciproca. Il Patto per la Salute, per esempio, definisce un ordine di priorità nell’allocazione delle risorse condiviso tra cittadini, amministratori e operatori sanitari. Lo stesso principio di appropriatezza (dare a tutti tutto quello che serve e solo quello che serve), nella prescrizione diagnostica e terapeutica come pure nella allocazione delle risorse del SSN, rappresenta veramente una nuova frontiera dell’alleanza terapeutica “collettiva”. Anziché a due dimensioni, l’alleanza terapeutica e la stessa etica medica diventano così “tridimensionali” (Sandro Spinsanti, 2000):

1. Bene oggettivo del malato come espressione della scienza/arte del medico
2. Autodeterminazione del malato come espressione di *empowerment*

3. Appropriately delle scelte diagnostiche e terapeutiche come espressione dell'interesse della collettività nel definire democraticamente e consapevolmente le priorità nell'allocatione delle risorse (Fig. 9).

L'alleanza terapeutica ha anche trovato riconoscimento ufficiale come concetto ispiratore per politici, amministratori, associazioni professionali e di tutela dei cittadini nella cosiddetta "Carta di Firenze" (del 14 aprile 2005) che ne riassume i punti salienti. È stata redatta da un gruppo multiprofessionale di esperti e si compone di 15 brevissimi articoli. I suoi contenuti essenziali si possono così schematizzare:

1. Autonomia del malato
2. Rapporto paritetico medico-malato
3. Informazione completa, corretta, utile e condivisa
4. Rispetto delle scelte del malato anche se contrarie a quelle del medico che non viene comunque mai meno alla relazione di aiuto
5. Comunicazione multidisciplinare univoca
6. Comunicazione come materia di studio nel corso di laurea in Medicina & Chirurgia.

Per concludere ricordiamo le parole chiave che si devono sempre collegare alla comunicazione malato-medico: "dialogo" e "alleanza". Ma soprattutto ricordiamo che un vero dia-



Fig. 9 - Alleanza terapeutica "tridimensionale": malato, medico e management/organizzazione del servizio sanitario.

logo ed una vera alleanza si creano solo se i due attori della relazione riescono a vedere il guaritore che c'è nel malato ed il malato che c'è nel guaritore.

Forse aveva ragione Voltaire quando, citando il grande Molière (Fig. 10), affermava: “*L’art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit*”.



Fig. 10 - Jean Poquelin dit Molière (1621-1673) e François-Marie Arouet dit Voltaire (1694-1778).

Bibliografia di riferimento

- RONALD LABONTÉ E TED SCHRECKER, 2007 - “*Globalization and social determinants of health: introduction and methodological background*” _ <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/5>
- “Therapeutic alliance” (independent study with exercises) _ [http://amhd.org/About/ClinicalOperations/MISA/Training/Therapeutic Alliance Curriculum activity quiz.pdf](http://amhd.org/About/ClinicalOperations/MISA/Training/Therapeutic%20Alliance%20Curriculum%20activity%20quiz.pdf)
- MEISSNER W.W., S.J., M.D., 1996 - “*The therapeutic alliance*” _ Yale University Press
- ADRIANO PESSINA, 2007 - “*Curare e prendersi cura: le due face dell’arte medica*” www.iltelaio.org/bioetica/Curare%20e%20prendersi%20cura.htm-20k-
- SANDRO SPINSANTI, 2000 - “*Modelli etici in rapporto all’assistenza*” _ www.gimbe.org/report/lea_2000/spinsanti.doc
- “*Carta di Firenze*” _ www.aduc.it/dyn/salute/docu-php?id=145133

HUMAN CARING E CONTROLLO DI GESTIONE, EMPATIA E QUALITÀ DEL SERVIZIO



Dario Bracco

Il rinnovamento delle Strutture socio-sanitarie, i Servizi Residenziali, le Cure Primarie, la Human Caring, le Medical Humanities ed il moderno Controllo di Gestione costituiscono la trama dei servizi territoriali, e non, che gli anziani moderni, i Nuovi Anziani, si aspettano dalle Istituzioni.

La storia

Le strutture residenziali per persone anziane, in particolar modo se disabili, sono un prodotto dell'evoluzione del *welfare state*, dovuto in Italia principalmente all'On. Carlo Donat Cattin, Ministro della Sanità alla fine degli anni '80. A lui si deve l'introduzione del nuovo concetto di residenzialità assistita, integrabile con interventi di tipo sanitario, che s'identifica nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, le RSA. Nuove strutture destinate a sostituire "ospizi" e "case di riposo"¹. Con l'avvento delle

¹ Il rinnovamento venne finanziato con la Legge Finanziaria 1990 (art. 20) che prevedeva la realizzazione di nuovi 150mila posti letto per anziani e disabili.

RSA crebbe il bisogno di dotarsi di nuova cultura gestionale passando da sistemi basati sulla solidarietà, la compassione o la pietà, configurati nelle Parrocchie, negli Enti Religiosi, nelle Associazioni e nelle Ipab, a forme moderne di gestione finalizzate alla qualità del servizio. Servizio prestato agli ospiti residenti, così considerati in quanto abitanti stabili (non dimoranti soltanto) in quella determinata struttura. In essa l'ospite riceve anche i servizi alla persona e tutta l'assistenza socio-sanitaria necessaria al bisognoso di cure e di supporto umano.

Negli Stati Uniti nasce la *Human Caring*, trasformazione ed evoluzione dell'assistenza alla persona, grazie alla professoressa Jean Watson². Jean Watson, che ha ormai un'esperienza trentennale, ha tradotto l'umanizzazione del Nursing in una tecnica i cui principi teorici sono tratti e integrati con la Filosofia, l'Etica e la Spiritualità. Una Tecnica completata da metodologie e strumenti di controllo, di misurazione e di promozione.

Nel corso del tempo alle RSA, via via si applicarono le regole del controllo di gestione orientate alla qualità del servizio: quella percepita dall'ospite, dai suoi familiari e dagli Operatori. Il concetto dominante è porre l'ospite sempre al centro della *mission*: è il "cliente" in quanto fruitore dei servizi erogati e gli operatori coinvolti nell'assistenza diventano anche promotori di qualità.

L'attualità

Oggi non bastano più l'efficienza, la qualità delle cure e dell'assistenza; siamo di fronte ad una nuova generazione di Anziani che "non invecchiano", che restano attivi, fanno ancora progetti ed hanno maggiori esigenze. Ma quando si ammalano, diventano cronici o peggio disabili. La *Human Caring*, grazie ai suoi principi, ha aggiunto nuovi significati e maggiore dignità all'assistenza ed alle cure alla persona. Unisce all'esperienza

² Jean Watson - Nursing - 2008 - Univ. Press of Colorado.

professionale, sedimentata nel tempo, la filosofia, l'etica, l'intellettualità di chi la pratica. Ma che cosa significa, oggi, curare e che cosa essere umani? Certamente sono necessarie tre condizioni:

1. il coinvolgimento professionale nella mission dell'assistenza (specie se sanitaria),
2. l'etica che sostenga la Human Caring a tutela della dignità umana,
3. l'estensione dell'assistenza alla difesa della dignità della persona specialmente quando è psicologicamente fragile, o minacciata, da crisi esistenziali o dalla morte.

I processi che ne conseguono trascendono le malattie, le diagnosi, i trattamenti e le terapie, ma sono e rimangono stabili e duraturi, senza tempo, nello spazio e nei cambiamenti sistematici, sociali, della civiltà e delle scienze. Quando la riforma delle pubbliche amministrazioni è sfociata nel decentramento, nell'autonomia e nella sussidiarietà, i cambiamenti hanno consentito la clientelizzazione del cittadino, una sua maggior partecipazione perché più capace di comprendere il linguaggio dei vari Enti e più informato sui vari servizi. Il *management* dello stato si è portato a livelli di maggiore e più ampia responsabilità; molti Enti si sono trasformati in aziende migliorando il loro impianto istituzionale. Il modello della pubblica amministrazione è passato da burocratico e centralistico ad un sistema reticolare.

Il settore sanitario e socio-assistenziale pubblico con RSA, Ospedali, Consorzi ecc. ha visto attuarsi una riforma analoga a



quella generale dell'intera pubblica amministrazione, circa finalità, autonomia e responsabilità manageriale, miglioramento dei servizi, visibilità e comunicazione, percezione della qualità ecc. Nelle RSA, in particolare, ma anche negli ospedali, si sono avviati processi di umanizzazione. Il sistema residenziale sociale e sanitario è passato dagli "ospizi", luoghi di mera solidarietà, a veri servizi socio assistenziali, articolati sul territorio, per anziani e disabili in quanto cittadini.

La necessità di creare nuovi percorsi formativi diventa ovvia e irrimandabile; ad iniziare dagli operatori dell'assistenza (chiamati OSS – operatori socio sanitari e ADEST – assistenti domiciliari sul territorio), per arrivare a tecnici e progettisti (ingegneri ed architetti) ed ai dirigenti delle strutture. La concertazione tra le norme e la progettazione ha dato vita a nuove realizzazioni ambientali, anche interne alle strutture, come ad es. il bagno assistito, le sale polivalenti, le mini palestre, i locali per la cura estetica ecc. È stata la risposta strutturale ai nuovi programmi di riattivazione, animazione ecc. che hanno completato nel tempo i servizi primari, rispondendo alle crescenti aspettative degli utenti.

Particolare interesse hanno ottenuto i corsi di qualificazione per "responsabili nel controllo di gestione", organizzati da alcune Regioni Italiane. Il nuovo ruolo di direttore di struttura, per molti aspetti simile a quello del dirigente pubblico, deve essere ancora ulteriormente rinforzato, soprattutto per quanto concerne la cultura organizzativa. Al direttore spettano infatti compiti gestionali, amministrativi e di controllo della qualità, specialmente se si sviluppa un coerente sistema di accreditamento e certificazione.

L'assistenza alla persona, la *Human Caring* e le *Medical Humanities*, i ruoli, la formazione, la ricerca del benessere

Le figure professionali dell'assistenza alla persona sono dunque OSS e ADEST oltre, naturalmente, a quelle classiche di in-

fermieri, terapisti della riabilitazione e medici, in primo luogo i Medici di Medicina Generale ed i Geriatri. I corsi di formazione, in Italia, trattano ancora superficialmente la *Human Caring*, ma senza di essa l'operatore non può praticare il *nursing* nel pieno senso del termine, ma soltanto essere un tecnico, un "artigiano" delle cure sanitarie o della medicina stessa³. Il pensiero contemporaneo, post-moderno, stabilisce che una professione non possa esistere senza un suo proprio linguaggio. È quindi importante dare un nome ai fenomeni di assistenza e cura, perché essi possano rispondere al loro mandato, agirlo, rivendicarlo ed articolarlo di conseguenza.

Ma l'aspetto più importante è il riconoscimento esplicito delle dimensioni spirituali della cura e della guarigione. Altri concetti si sono sviluppati sull'arte di curare trans-personalmente per rispettare, nel contesto delle scienze, una filosofia della libertà umana, della scelta e della responsabilità. Biologia e psicologia dell'olismo: l'importanza ed il maggior valore di un organismo nella sua totalità rispetto ai singoli organi ed apparati. Un'epistemologia che, con lo studio critico della natura e dei limiti della conoscenza scientifica, permetta, non solo empiricamente, il progresso dei valori etici, l'intuizione personale e spirituale, ed accompagni il processo della scoperta, dell'immaginazione creativa ed ogni forma di studio e di consultazione della natura e della conoscenza



³ Jean Watson, *Nursing: the Philosophy and Science of Caring*, University Press of Colorado, 1979.

scientifico. Un'ontologia del tempo e dello spazio, di un contesto di eventi, processi e relazioni umane in sincronia con l'ambiente apre la prospettiva di un più ampio universo per una più aperta visione scientifica del mondo che contempra il concetto di Dio, inteso come «qualcosa di cui non si può pensare nulla di più grande». Quindi l'orientamento umano alle cure e alla scienza medica, differenti dalle altre scienze per gli aspetti qualitativi diversi che diventano legittimi e necessari quando si opera a contatto di persone con grande esperienza umana (gli Anziani specialmente), per la loro assistenza e cura e la qualità della loro vita.

Purtroppo assistiamo, in questi tempi, ad un fenomeno contrario: la Biolatria, l'idolatria del bios, culto e fiducia incondizionata del potere dell'uomo sulla natura. La medicina attuale s'interroga sul significato della vita e della morte, della salute e della malattia⁴. La risposta pratica alle domande che pone alla bioetica, la scienza moderna, si chiama Medical Humanities ed affronta le sfide della medicina moderna verificando la prospettiva infinita di miglioramento della condizione umana: non basta più la salute fisica, bisogna integrarla con la salute psico-sociale.

La medicina deve soddisfare i desideri dei pazienti, non solo assolvere ad un programma terapeutico: si passa dalla medicina dei bisogni a quella dei desideri. Assecondare il desiderio di un paziente è deontologicamente corretto? Può diventare prestazione voluttuaria? Dalla cronaca rileviamo quanto ogni fase della vita sia ormai medicalizzata: dalla fecondazione in vitro agli uteri in affitto per soddisfare il bisogno di genitorialità. L'anelito ad esprimere una sessualità "personalizzata" impone terapie farmacologiche e chirurgiche che arrivano fino al cambiamento di sesso; la chirurgia plastica ed estetica soddisfa sempre più il biso-

⁴ Enrico Larghero, Mariella Lombardi Ricci, Rosaia Marchesi, Medical Humanities e Bioetica Clinica, Edizioni Camilliane, 2010.

gno edonistico di non cedere all'inesorabile declino del tempo o il bisogno di correggere presunte imperfezioni anatomiche anche in soggetti ancora giovani. Sono solo alcuni esempi di superamento dei limiti fisiologici che trasformano eventi naturali in patologie da curare. Slogan come Medical Humanities e Human Caring esprimono la priorità di unire al rigore della formazione degli operatori sanitari un'adeguata dimensione umanistico-antropologica⁵, per percepirne il reale e pieno valore conoscitivo e pratico.

Prendersi cura ha oggi un'accezione più ampia che intende rafforzare il vincolo tra medico e paziente, al di là di diagnosi e cura, unendovi ascolto, attenzione, rispetto, solidarietà, condivisione, partecipazione ecc.⁶. Da queste brevi considerazioni si può spiegare la spontanea richiesta di aiuto dei pazienti a ritrovare un benessere, nonostante le loro condizioni e la situazione in cui si trovano; benessere che si esprime in termini di dignità, considerazione umana, indipendenza, partecipazione. Nasce così l'alleanza terapeutica (vedi capitolo specifico), come espressione di una nuova relazione interpersonale tra il malato e il guaritore. Una volta stabilita l'alleanza terapeutica, si possono auspicabilmente verificare integrazioni e sinergie che pongono al centro il soggetto più debole, il malato o l'an-



⁵ Giorgio Israel, Per una medicina umanistica. Apologia di una medicina che curi i malati come persone, Lindau, Torino, 2010.

⁶ (Enrico Larghero, Medical Humanities e Bioetica Clinica, Edizioni Camiliane Torino, 2010).

ziano non autosufficiente, garantendogli un continuo dialogo con gli operatori per riuscire a strutturare il miglior benessere possibile in quelle determinate condizioni⁷.

Nuove regole e nuovi manager per la Caring?

È stato messo ben in evidenza come la riforma delle pubbliche amministrazioni, in Italia ed in altri Paesi (Francia, Spagna, Usa ecc), sia coincisa con quella dell'assistenza alle persone anziane e disabili ed al rinnovamento delle strutture ad esse preposte. I concetti di *leadership* e di valorizzazione delle risorse umane, unitamente al concetto di qualità del servizio, hanno via via assunto un valore particolarmente significativo per il *management* di queste strutture. Negli ultimi anni si è consolidata la convinzione di poter vivere più a lungo, invecchiare di più e meglio. L'anziano oggi è più evoluto e più partecipe ma anche più critico e ciò consente di considerare prioritaria una nuova riforma che, proiettata nel futuro, consenta di gestire la longevità, insieme ai problemi sociali ad essa collegati (solitudine, povertà, fragilità, rapporti intergenerazionali oltre le tre generazioni ecc) e sanitari (polipatologie, cronicità, demenza senile), potendo contare su strutture aggiornate e ben equipaggiate, in grado di erogare moderni ed efficaci servizi, prestati da operatori ben formati ed aggiornati, gestite da *manager* particolarmente sensibili e capaci.

Il Responsabile del Controllo di Gestione è una figura cardine del sistema: tra *manager e leader*, deve conoscere la *Caring*, meglio la *Human Caring*, saper gestire le risorse umane e materiali, creare, misurare e promuovere la qualità (anche quella percepita), assicurare l'innovazione, personalizzare sempre più il servizio sia nelle strutture che presso il domicilio dell'assistito.

⁷ Ugo Marchisio - L'alleanza terapeutica - 2009 Comunicare in Sanità, Torino.

Infatti il progresso incalzante consentirà agli anziani di vivere sempre più a casa propria, assistiti dalle strutture territoriali (CAP - Centri Assistenza Primaria - o RSA) pronte ad accogliere il cittadino bisognoso di maggiori cure ed assistenza e di seguirlo evitandogli quei pericolosi e fastidiosi pendolarismi con gli ospedali cui oggi è costretto. La formazione continua, l'aggiornamento e la comunicazione sono indispensabili per tutti gli operatori di qualsiasi livello di responsabilità. Anche gli anziani sono chiamati ad aggiornarsi e formarsi perché possano conservare meglio le loro abilità e la loro salute ed imparare ad avvalersi pienamente delle tecnologie e dei servizi disponibili. Sono i programmi di *Active Ageing* e di *Long Life Learning* predisposti dalla Unione Europea e dall'Onu. Dalla riforma di oltre vent'anni fa si arriva ad un sistema funzionale che incontra, studia ed anticipa la domanda dell'utenza generando un *feedback* positivo per le amministrazioni locali e per lo Stato, utile per riformulare la normativa, per interventi mirati a sostegno degli anziani più fragili e per regolamentare meglio tutto il settore. È auspicabile e forse già possibile indurre un analogo progresso in ambito più generale, cioè in tutta l'Amministrazione Pubblica, ponendo sempre l'uomo al centro di ogni progetto, legge o normativa.

Human caring e medical humanities nel contesto assistenziale odierno; l'esperienza internazionale

Il Caring – per i francesi “le care” – è un insieme di pratiche integrate tra loro, talune più generali, altre più specifiche. Ad esempio la pratica di una particolare chirurgia fa parte della medicina che appartiene alla Sanità che, anche a questo livello,



partecipa alla Care. S'intravede un rovesciamento della gerarchia: il lavoro quotidiano della Care si trova al top, la chirurgia specializzata più in basso. Ma forse ciò non corrisponde alla scala di valori che vengono attribuiti in ambito universitario e ospedaliero! Per questo motivo sono auspicabili studi che riescano a determinare come potranno articolarsi tra loro l'etica, la politica e la pratica della Care. Ne esistono alcuni interessanti. Immaginiamo di riunire tutti gli operatori dell'assistenza che operano sul territorio: prima di tutto, le famiglie, gli addetti all'ADI, i dirigenti dei consorzi socio assistenziali e delle strutture socio sanitarie, psicologi, sociologi, medici, volontari e loro associazioni, da una parte; dall'altra parte ricercatori, scienziati in ambito umano e sociale, nell'etica e nelle policy del "Caring". Questi ultimi non sono numerosi, ma i loro studi sono importanti per tutti ed utili per chiarire i dubbi che rimangono ancora tra gli operatori territoriali. Il termine Caring è praticamente in traducibile. Jean Toronto, autore del libro "Un monde vulnerable. Pour une politique du Care" ha definito così questo sostantivo: "al livello più generale possibile, noi suggeriamo che la Care sia considerata come un'attività generica che comprende tutto ciò che noi facciamo per mantenere, perpetuare, riparare il nostro "mondo" in modo che possiamo vivere nel miglior modo possibile. Questo "mondo" comprende il nostro corpo, noi stessi ed il nostro ambiente. Tutti elementi che cercheremo d'inserire in una rete complessa a sostegno della vita". Concetto peraltro già largamente trattato da Marie-Françoise Collière nel suo libro "Soigner... la premier art de la vie" (1996). Per superare i numerosi ostacoli alla



do" in modo che possiamo vivere nel miglior modo possibile. Questo "mondo" comprende il nostro corpo, noi stessi ed il nostro ambiente. Tutti elementi che cercheremo d'inserire in una rete complessa a sostegno della vita". Concetto peraltro già largamente trattato da Marie-Françoise Collière nel suo libro "Soigner... la premier art de la vie" (1996). Per superare i numerosi ostacoli alla

distribuzione del Caring nell'assistenza quotidiana sono stati scritti alcuni libri: "Comment penser l'autonomie? Entre compétence e dépendence" di Larlène Jouan e Sandra Laugeir e «Vulnérabilité et dépendence: de la maltretence en régime de gestion hospitalière» scritto da Pascal Molinier, «La libre choix» Fondation National de Gérontologie. Nel suo libro Molinier traccia un po' la storia del Caring: dall'immediato dopoguerra fino agli anni 1980 la necessità di sviluppare delle forme di attenzione alle persone è stata al centro di ampie riflessioni su tutto ciò che nella cura non era strettamente terapeutico. Di qui la trasformazione del mondo istituzionale e delle pratiche assistenziali socio-sanitarie. Citiamo alla rinfusa, nel settore italiano, gli ospedali di giorno, i letti madre-bambino, l'"invenzione" delle cure palliative, quelle di lungodegenza, la nascita dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), della DP (Deospedalizzazione Protetta) e dei "letti di prossimità". Più genericamente queste trasformazioni hanno preso il nome di "umanizzazione dell'assistenza" nella quale la formazione degli operatori doveva avere un ruolo importante (laurea in scienze infermieristiche, adest, oss). Purtroppo il risultato non è ancora quello atteso. Sempre citando Pascal Molinier: "resta il fatto che le teorie e gli studi sul Caring, emergenti attualmente in Francia nel campo della riflessione filosofica ed etica, si riferiscono al periodo storico in modo molto differente, qualificandolo, senza esitazioni, in termini di regressione delle "preoccupazioni" del Caring. Questa regressione deve essere ancora e più oggetto di dibattiti e studi, per poter precisare le condizioni della sua distribuzione nelle varie Istituzioni socio-sanitarie ed assistenziali e nell'assistenza domiciliare".

Anche in Francia si parla molto di "Care". Il termine inglese (Caring o Care) è stato accettato ed è oggetto di dibattiti sulla sua applicazione, in modo particolare agli anziani. Molto è già stato scritto su argomenti come la "maltraitence" e la "bientraitence" deviazioni negative e positive delle "soins" (cure). Si può

considerare come principio generale quello di incontrare lo sguardo dell'assistito e leggervi la responsabilità dell'assistente: responsabilità di fronte ai superiori (Dio, la legge, la società, se stessi) e quella nei confronti della vulnerabilità di chi si guarda (Emmanuel Levinas).

Michel Geoffroy, medico e filosofo, nel suo libro "la patience et l'inquietude" si chiede se la medicina contemporanea e l'attuale sistema sanitario contemplino tra le cure (soins) tali incontri. Forse è tempo di prendersi cura delle cure... usando il termine bienveillance che potrebbe considerare gli incontri responsabili di cui sopra, portando un contributo all'opera di razionalizzazione dei termini. Interrogandosi sempre più, ci si obbliga a riflessioni costruttive, portatrici di miglioramenti inattesi. Lo insegnava anche Socrate e lo ricorda Gilles Deleuze "il filosofo è colui che crea concetti". Dalla vigilanza filosofica si può passare a quella assistenziale anche se sovente, nonostante l'assiduo impegno, il risultato non è scontato. Michel Nadot afferma che "l'attività di cura non è mai stabile" Dunque la "bienveillance" entra nel lessico delle "soins", conformismo di qualità. Gli fa da



contr'altare la "maltraitence", immagine d'una morale normativa che segue la vocazione di separare il bene dal male.

Purtroppo nella pratica quotidiana si può constatare come sia più facile concordare su ciò che è male piuttosto che su ciò che è bene. Nemmeno l'etica può risolvere tutto: Jaques Derrida scriveva "il momento etico è il momento

in cui io non so cosa fare” un momento d’incertezza e di dubbio, non so decidere se applicare delle norme o regole o ciò che so fare, è il momento in cui non so qual è la regola giusta, ma solo che devo assumermi delle responsabilità. Perché resta l’intuizione, “le sens du soin” che mi dice ciò che non devo fare”.

Bibliografia di riferimento

COCOZZA - “La riforma rivoluzionaria” collana di sociologia - Franco Angeli.

AGFOL - Il controllo di gestione - “sistema Gestum”: dispensa corso per il ruolo direttivo ed il controllo di gestione nelle strutture residenziali per anziani e disabili della Regione Veneto, 1995/96.

AGFOL, - “Il responsabile del controllo di gestione: appunti di analisi organizzativa”

D. BRACCO - “Il controllo di gestione, elemento integrante della progettazione delle RSA” - Lezioni al Politecnico di Torino - Corso post laurea Mario Oreglia “L’anziano, il disabile e l’ambiente costruito”: Dipartim. Ingegneria Sistemi Edilizi e Territoriali, anno accad. 1996/97.

D. BRACCO - “Tecnologie per la qualità del servizio” in X Convegno di studio sulle Residenze per la terza età, Roma, 1997.

D. BRACCO - “R.S.A. Proteggere lo spazio per vivere e lavorare in sicurezza”, in XI Congresso Nazionale di Geriatria, Bologna, 1998.

D. BRACCO - “Quale Sanità nel terzo millennio?”, in “Progettare per la Sanità”. Edit. Bema - Milano, luglio-agosto 2001.

D. BRACCO - “La comunicazione socio-sanitaria”, in “Pegaso, l’altra abilità” Edit. CPD. Torino, aprile 2002.

D. BRACCO - “The Gerontechnology for the Autonomy of the Elderly” - relazione alla 2nd World Conference ONU on Ageing - World NGO Forum - Madrid aprile 2002.

D. BRACCO - “A Madrid le ONG incontrano Kofi Hannan: l’Assemblea Generale dell’ONU sull’invecchiamento”, in “Pegaso, l’altra abilità” Edit. CPD. Torino, giugno 2002.

D. BRACCO - “Curare senza guarire, assistere senza discriminare: nuove realtà di una medicina più vicina alle persone”, in “Progettare per la Sanità”. Edit. Bema Milano, luglio-agosto 2002.

D. BRACCO - “L’autonomia, anche una conquista” - Libro della Collana “La stagione dei Grandi Adulti” Centro Ricerche Cornaglia - 2002.

D. BRACCO - “Ma disabilità fa sempre rima con qualità? Un cambiamento epocale: il disabile diventa anziano e l’anziano può diventare disabile...”, in “Pegaso, l’altra abilità” Edit. CPD . Torino, dicembre 2002.

D. BRACCO - “La comunicazione tra disabile e l’ambiente costruito”, in “Pegaso, Edit. CPD l’altra abilità” . Torino, marzo 2003.

- D. BRACCO - “Metropolis a complex scenery for the ageing population” - relazione al 1st. Pfizer Silver Summit - Roma, settembre 2002.
- D. BRACCO - “Gerontechnology and the home care for Elderly”- 4th world congress of Gerontechnology - Miami novembre 2002.
- D. BRACCO - “Invecchiare in campagna migliora la vita” relazione al 2nd Pfizer Silver Summit - London ottobre 2003.
- D. BRACCO - “Long Life Learning for active ageing through Gerontechnology” relazione alla - 2nd. International Conference on Ageing - Washington dicembre 2003.
- AAVV. - «Ages et handicaps» - Gérontologie et société (2004) - collana della Fondation National de Gérontologie Française.
- AAVV. - L'entrée en institution - Gérontologie et société (2005) - collana della Fondation National de Gérontologie Française.
- Assemblée Nationale 3^{ème} Législature. «Proposition de Résolution tendant à la création 'une commission d'enquête relative aux maltraitances à l'égard des personnes âgées en maisons de retraite - 7.11.2011.
- ANESM (Agence Nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et service sociaux et médico-sociaux), Bienveillance - analyse national 2010 - déploiement de pratiques professionnelles dans les établissements pour personnes âgées dépendantes.
- AAVV. - Les seniors et les personne âgées dans la société des services (2010) - collana della Fondation Nationale de Gérontologie Française.

CHE COSA È LO HUMAN CARING



Sandra Vacchi

Il tema della cura e del come prendersi cura è argomento più che mai attuale nelle professioni sanitarie, sociali ed educative. Nella filosofia e teoria dello Human Caring si definisce il prendersi cura come l'ideale etico e morale di una modalità assistenziale che ha qualità interpersonali e umanistiche: è un concetto complesso che implica lo sviluppo di una gamma di conoscenze, abilità e competenze, e che racchiude i concetti di olistico, empatia, comunicazione, competenza clinica, abilità tecnica e capacità interpersonali.

L'idea che ciascuno ha della cura è soggettiva perché è il risultato dell'esperienza personale in merito alle cure ricevute e donate ed è fortemente influenzata dallo svolgimento storico, sociale e culturale complessivo in cui viviamo. Emerge, tuttavia, sempre più la necessità di dare nuovo significato e dignità al mondo dell'assistenza ed alla presa in carico delle persone; un'assistenza che sembra troppo limitata nel suo scopo e nel tempo, largamente definita dal paradigma della medicina e dal modello biomedico tradizionali. In passato, e forse anche nel presente, si è spesso privilegiato l'aspetto tecnico e specialistico;

oggi la cultura sociale ci obbliga a riconoscere che questa modalità interpretativa e d'intervento è assolutamente insufficiente e limitativa: non solo la dimensione complessa dell'uomo, e in particolare dell'anziano, ci induce a proporre la cura della salute, e non più soltanto la cura della malattia, ma ci avvia appunto sulla strada della cooperazione-condivisione del problema con molteplici figure professionali.

Oggi, in particolare, i professionisti che si prendono cura non possono prescindere dalla consapevolezza di quanto, nel processo di presa in carico, sia importante la relazione fra sé e la persona assistita. Da sempre, quindi, hanno sviluppato e continuano ad affinare il rapporto con "l'altro" attraverso una modalità d'approccio transpersonale che riflette molto bene il concetto di caring. Il Caring, infatti, coinvolge il sapere, il fare e l'essere contemporaneamente.

Come possiamo prenderci cura dell'uomo? Attorno a questo concetto sono stati sviluppati profondi ed elaborati pensieri e teorie, ma la teoria dello Human Caring della Prof.ssa Jean Watson, di origini infermieristiche ed in evoluzione continua dal 1980, ne ha sviscerato le radici più profonde dando origine ad una vera e propria filosofia di vita. La complessità dell'argomento non permette di trasmettere il percorso individuale che è necessario intraprendere per potersi avvicinare al modello: demandiamo dunque al lettore l'approfondimento individuale, volendo mettere in luce in questa sede solo alcuni aspetti essenziali.



necessario intraprendere per potersi avvicinare al modello: demandiamo dunque al lettore l'approfondimento individuale, volendo mettere in luce in questa sede solo alcuni aspetti essenziali.

L'elaborazione della Scienza del Caring, che comprende vari aspetti cor-

relati alla presa in carico della persona, ha determinato una trasformazione nei concetti d'assistenza così come interpretati sinora, valorizzando lo spostamento del target:

- dal “*caso*” alla “*persona*”
- dal “*paziente*” allo “*spirito*” insito nella persona al di là della malattia/disagio
- dalla diagnosi medica al significato che viene dato alla malattia/disagio attraverso una relazione con l'altro centrata sul *caring*
- dalla prestazione e dal fare, all'essere presente e al comfort
- dalla visione medico-clinica dell'uomo, al concetto di unità di mente - corpo - spirito dell'uomo, alla sua unicità ed alla connessione che esiste fra questi elementi
- dai modelli industriali ai modelli professionali creativi e maturi di *caring - healing*, laddove il *caring*, *l'aver cura preoccupandosi di..*, è strettamente connesso con i processi di guarigione.

(Kaiser So. California Model)

L'attività assistenziale che fa riferimento a questo modello teorico è guidata dai *caractive factors* (nucleo iniziale della teoria) ed è fondata su un sistema di valori umanistici, stabilendo il confine di differenziazione tra una pratica assistenziale di tipo professionale ed una pratica assistenziale focalizzata unicamente sulla tecnica o i compiti da assolvere. Particolare enfasi è stata posta sulla relazione tra i fattori di *caring e guarigione* che intercorrono fra infermiere o chi assiste e assistito, e sulla strettissima connessione che esiste tra questi due momenti.

La Teoria della Prof.ssa Jean Watson contempla proprio nello specifico lo Human Caring e tutte le sue sfaccettature sviluppando un contesto nel quale i professionisti entrano a pieno titolo, insieme alla persona assistita, quali soggetti “*protagonisti*” della teoria stessa. Per questo motivo contiene fondamenti morali ed etico-filosofici che ruotano intorno alla relazione, intesa in senso



generale e trasversale con se stessi e gli altri. Poiché la Scienza del Caring è in continua evoluzione e si sta imponendo nella pratica, gli iniziali *carative factors* della teoria (10 in totale negli anni '80) si sono già evoluti in *caritas processes* dando vita ad una interpretazione concreta ed applicativa della fonte teorica, traducendo cioè i principi teorici in possibili situazioni relazionali/assistenziali in grado di permettere, attraverso il loro utilizzo, di trasfondere la teoria in pratica assistenziale.

Dunque, il difficile compito che spetta ai professionisti consiste nel trovare il modo di dimostrare quanto la pratica del *caring* ed i modelli di cura professionale, che trovano fondamento nei principi della teoria del *caring*, facciano la differenza nel raggiungimento dei risultati a livello assistenziale, soprattutto nei confronti dell'assistito o nelle situazioni meramente organizzative. Rifacendosi ai concetti che costituiscono il *cuore della teoria* è possibile identificare quattro punti importanti:

1. la *relazione transpersonale di caring*,
2. le *occasioni di caring o caring moments*,
3. le *molteplici modalità di conoscenza*,
4. l'*approccio riflessivo-meditativo* alle situazioni.

1. la *relazione transpersonale di caring*,
2. le *occasioni di caring o caring moments*,
3. le *molteplici modalità di conoscenza*,
4. l'*approccio riflessivo-meditativo* alle situazioni.

La relazione transpersonale di caring

Consiste sostanzialmente in alcuni punti fondamentali da tenere presenti nel momento in cui s'instaura un rapporto con la persona da assistere:

- Impegno, responsabilità di protezione e miglioramento della dignità umana

- Rispetto / “amore” per la persona, i suoi bisogni/desideri/abitudini/rituali
- Consapevolezza del Caring per se stessi come persone/infermieri e per gli altri come esseri umani con cui mettersi in connessione
- Considerazione dell’interezza “mente-corpo-spirito” ai fini della guarigione
- Armonia interiore (equanimità)
- Intenzione di “fare” per un’altra persona e di “essere” con un’altra persona che si trova in una situazione di bisogno
- “Presenza autentica”: onorare e connettersi da persona a persona.

Questo tipo di rapporto descrive come chi fornisce assistenza può andare al di là di una valutazione puramente obiettiva, dimostrando preoccupazione verso il significato soggettivo e più profondo che la persona attribuisce alla propria situazione. L’approccio evidenzia l’unicità sia dell’assistito sia di chi assiste e la mutualità tra i due e implica due concetti chiave: consapevolezza e intenzionalità.

Le occasioni di caring o caring moments

In quest’ambito il rapporto interpersonale è una chiara espressione del momento di *caring* laddove la connessione tra esseri umani, come citato, è molto più ampia di una relazione a due; rende esplicita *quella connessione umana in quel preciso momento* e ha la capacità di trascendere l’attimo e andare oltre l’ego e l’obiettivo fisico, aprendosi ad un vero incontro. Quindi, colui o colei che applica il *caring*, in qualsiasi setting si trovi, utilizza i suoi sensi per vedere dove è il *cuore*, dov’è quella “*persona piena di spirito*” oltre il semplice paziente/assistito, oltre la diagnosi, oltre le cure ed i protocolli, oltre il comportamento che potrebbe persino non piacere o non trovare approvazione. Promuovere ed applicare questi valori assistenziali nella pratica



quotidiana può significare *dare un senso vero* al nostro intervento ed al nostro modo d'essere.

Le modalità di conoscenza sono molteplici: Watson non rifiuta la scienza, la onora, ci lavora sopra e la amplia. E domanda: “...*se avessimo il coraggio di onorare tutto ciò che la scienza ci dice, come apparirebbe l'assistenza? Come ci si sentirebbe ad essere un paziente ed un professionista in un sistema che onora la nostra essenza più profonda?*”.

L'assistenza, ed in particolare quella espressa professionalmente, intesa come scienza e arte, come etica ed intuizione personale, creatività e così via non è negata ma valorizzata e “*coltivata*”... In questo caso le modalità assistenziali di *caring-healing*, come pratica assistenziale avanzata, congruenti con il concetto d'interpretazione di mente-corpo-spirito, risultano essere:

- Non invasive
- Non intrusive
- Sviluppate creando un ambiente relazionale naturale, spontaneo
- Modalità che procurano il controllo del dolore, la gestione dei sintomi, le misure di comfort ed un senso di benessere per favorire la guarigione, considerando l'interezza della persona come essere unico ed irripetibile.

L'approccio riflessivo meditativo

È realizzabile incrementando la consapevolezza e la presenza d'umanità in se stessi e negli altri, aiutandosi con alcune riflessioni:

- Comprensione di sé attraverso la riflessione/meditazione: Qual è il significato di caring per me, per le persone, per le fami-

glie...? Come esprimo la mia consapevolezza di caring e l'impegno nei confronti del mio assistito, dei colleghi di lavoro, dell'istituzione? Come produco la "differenza" nella vita e nella sofferenza delle persone?

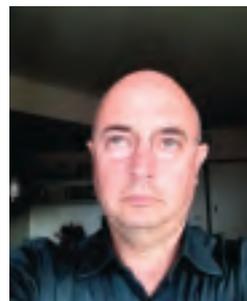
- Considerazione del paziente/cliente e della sua famiglia come persona: È fondamentale invitare le persone a raccontarsi e a raccontare la loro storia, le esperienze, i sentimenti, le sensazioni del corpo
- Comprensione dei bisogni di salute del paziente/cliente: Come va la tua salute? Come vorresti che fosse in questa situazione? Come ti percepisci? Quali sono le tue priorità? Qual è il significato di guarigione per te?

Quando non è possibile ricostruire i percorsi direttamente con le persone/assistiti, lo sforzo che deve essere fatto è quello di coinvolgere tutti quelli che a loro sono o sono stati vicini. E, laddove applicato, il caring cambia se stessi, gli altri e la cultura dei gruppi e dell'ambiente. E allora su che cosa possiamo iniziare a lavorare? Sulla ricerca di un equilibrio all'interno del quale trovino posto la formazione, la ricerca, la voglia di crescere professionalmente volgendo sempre un occhio attento all'evoluzione del mondo che ci circonda e soprattutto dell'uomo. Ricordiamoci sempre che "...quando guardiamo il volto di un altro essere umano, guardiamo dentro il mistero e l'infinità dell'animo umano, toccando il campo infinito dell'universo cui noi tutti apparteniamo prima di essere..." e "...nel guardare dentro il mistero e l'infinità dell'anima di qualcun altro, è possibile scorgervi il riflesso dell'infinito della nostra stessa anima" (Levinas). Senza perdere



mai di vista il fatto che “...bisogna prestare maggiore attenzione alle relazioni personali, alle percezioni, ai pensieri ed alle emozioni come punti fondamentali della relazione tra coscienza, energia, teorie unitarie e società, che rinnovano l’occasione di realizzare la trascendenza umana di fronte all’infermità, alla malattia, ai cambiamenti, alla sofferenza, alla vulnerabilità e perfino alla morte”. (J. Watson, 2002).

I MODERNI SERVIZI TERRITORIALI



Elio Laudani

In tutto il mondo a partire dagli ultimi decenni del XX secolo gli esseri umani hanno complessivamente allungato la loro vita. Se da un lato quasi ovunque si invecchia di più, al tempo stesso siamo tutti spettatori del peso sempre più grande che hanno assunto le malattie croniche in tutte le nazioni. Questi fenomeni hanno aggiunto non solo più anni alle vite degli individui, ma anche più disagi e sofferenze con il trascorrere degli anni¹. Lo scenario delle popolazioni, con quadri differenti da continente a continente, è caratterizzato sempre più da una notevole massa di persone anziane che vive con una o più condizioni o disturbi cronici. Ne discende che la cura e la prevenzione della cronicità, specialmente negli anziani, è un compito essenziale delle autorità e dei servizi sanitari in Italia come in altre parti del pianeta. Nelle comunità umane si deve dunque promuovere ogni azione che pos-



¹ “Global Burden of disease Study, 2010. Lancet Dec. 13, 2012).

sa non solo allungare la vita, ma renderla più felice perché meno gravida di sofferenze.

Organizzare moderni servizi sanitari significa tenere conto di questi scenari e di questi aspetti di carattere generale. Non solo, ma la modernità dei servizi sanitari sta anche nell'attribuire maggior importanza ai cosiddetti servizi sul territorio rispetto ai classici modelli di assistenza ospedaliera. Senza nulla togliere all'importanza dei centri ospedalieri che in una nazione civile e sviluppata sono fondamentali, occorre però pensare la Sanità come un insieme di organizzazioni e azioni sempre più orientate alla cura di condizioni croniche. Queste ultime possono trovare adeguata assistenza solo in parte nel classico ospedale, che dovrebbe occuparsi delle patologie cosiddette acute.

Il nuovo scenario che si è venuto a creare comporta anche, per natura e per necessità, il ripensamento del luogo di cura. Luogo



che deve trovarsi sempre più al di fuori dei reparti ospedalieri per “pazienti acuti”. Occorre dunque potenziare e riconvertire la Sanità territoriale. Come farlo è ancora oggetto di dibattiti. In questo breve testo non si ha la pretesa di mostrare una soluzione sistematica, ma si propone un modello concettuale e di approccio generale al problema dell'organizzazione adeguata dei servizi territoriali.

In primo luogo due sono le questioni di carattere ge-

nerale che occorre precisare prima di affrontare temi particolari. Prima questione: i bisogni della popolazione. Seconda questione: i servizi. Il modello che qui si propone compone e abbina, in forma diversa, questi due aspetti: bisogni e servizi. Immaginiamo questi come due insiemi, proprio nel senso matematico del termine “insieme” e raffiguriamoli, di conseguenza, come si è soliti fare in questo campo, con i diagrammi di Eulero-Venn. Le figure che seguono indicano con B l’insieme bisogno, e con S l’insieme servizio (Fig. 1). In condizioni ideali l’insieme S si sovrappone e collima con l’insieme B, come mostra la figura 2. In condizioni reali sono invece possibili molteplici, per non dire infinite, combinazioni di intersezione, unione o disgiunzione dei due insiemi. Le figure 3, 4 e 5 ne indicano alcune.

In tutti i casi dove l’insieme B non si sovrappone all’insieme S, si generano aree definibili come “aree di errore”. Si tratta di condizioni, che graficamente assumono l’aspetto di aree, dove l’accoppiamento tra bisogni e servizi non è adeguato. Vediamo, per esempio, i casi illustrati nelle figure da 3 a 5. La figura 3 mostra il caso di una copertura parziale del bisogno. Tale copertura parziale è rappresentata dall’area di intersezione dei due insiemi. Al di fuori di quest’area si può individuare, alla destra dell’area di intersezione, l’area dei servizi che coprono un non bisogno. Quest’area si può definire area dell’“errore Alfa”: un falso bisogno è servito, un falso segnale è registrato. Siamo dunque nel settore del “falso positivo”.

Sempre al di fuori dell’intersezione tra B e S, ma questa volta a sinistra, nella figura 3, vi è l’area definibile dell’“errore Beta”. Qui il bisogno non è servito, il paziente non è curato, un segnale vero non è registrato. Siamo nel campo del “falso negativo”.

Casi estremi sono invece disegnati nelle figure 4 e 5. Nella figura 4 i servizi sono ridondanti, eccessivi. Coprono adeguatamente i bisogni, ma sprecano risorse prendendo in carico una cospicua area di non bisogno. Nella 5, al contrario, i servizi copro-

no solo una piccola quota del bisogno. Qui le risorse non si sprecano, ma sono del tutto inadeguate alla copertura dei bisogni veri.

Fatti ora questi ragionamenti di carattere generale sul rapporto tra bisogni e servizi, resta da definire, da un lato, quali sono le attività che dovrebbero comporre l'insieme dei servizi, dall'altro quali sono gli strumenti per definire, rilevare e valutare i bisogni. In altri termini fino a qui si è argomentato come se l'insieme dei bisogni e quello dei servizi fossero chiari e distinti. Così non è. Occorre ragionare in maniera approfondita sui concetti di servizio e bisogno, sulle definizioni concettuali e operative di queste entità.

I servizi sanitari sono un insieme complesso, composto di parti che potremmo definire con il termine generico di "interventi sanitari": possono essere di complessità variabile e possiedono un diverso grado di cosiddette "evidenze di efficacia". Tra i li-

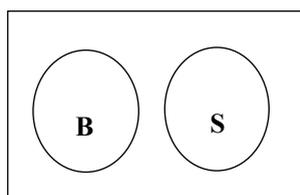


Fig. 1

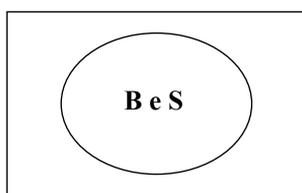


Fig. 2

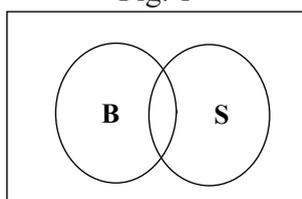


Fig. 3

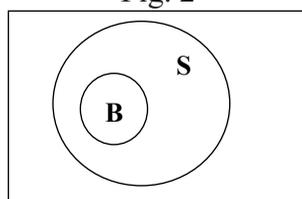


Fig. 4

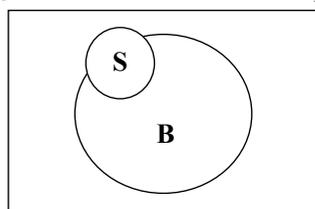


Fig. 5

velli più semplici di complessità, vi sono gli interventi farmacologici che sono abitualmente valutati attraverso la sperimentazione clinica controllata. Senza voler entrare nel merito dei metodi della sperimentazione clinica controllata, è su questo paradigma che dovrebbe ruotare

tutta la valutazione di efficacia, cioè di reale funzionamento, dei servizi sanitari.

Si deve però tenere in considerazione il fatto che ragionare con il metodo della sperimentazione clinica controllata su un argomento puntuale, come è il caso dell'utilizzo di un farmaco verso il non utilizzo, è una faccenda tutto sommato abbastanza semplice, mentre di ben altra natura e difficoltà è il ragionamento su interventi sanitari composti di molte parti e segmenti. Valutare se un farmaco funziona in un gruppo di pazienti trattati verso un gruppo di non trattati, è l'equivalente di ragionare su un evento semplice, del tipo oggi piove o oggi non piove. Ciò che in logica è detto un "fatto atomico". Altra faccenda è ragionare su azioni anche difficili da definire e che sovente rientrano nel campo, non delle attività codificabili, ma in quello delle relazioni umane.

Con estrema semplificazione si potrebbe dire che l'insieme dei servizi sanitari da offrire a una popolazione dovrebbe contenere in primo luogo quelle azioni supportate da evidenze di efficacia. Solo una parte meno rilevante dovrebbe essere occupata da azioni per le quali tali evidenze non ci sono. Il problema è che le azioni basate su prove seppur minime di efficacia sono solo una piccola quota, in confronto alla totalità delle prestazioni che comunemente vengono erogate.

Infine, non meno problematico è il campo della rilevazione del bisogno sanitario. Per non oltrepassare i limiti e la brevità cui mira questa riflessione, si può dire che, sul tema dei bisogni, dovranno mettersi in campo i metodi classici delle indagini epidemiologiche. In particolare preme sottolineare quanta importanza dovrebbe essere data alle indagini che già sono regolarmente condotte sia sul territorio nazionale che a livello locale. Mi riferisco in primo luogo all'indagine ISTAT sulle "Condizioni di salute e sul ricorso ai servizi sanitari" e all'Indagine "PASSI". Quest'ultima è un'indagine descrittiva che, non solo viene rego-



larmente e periodicamente aggiornata, ma che fornisce a livello locale utilissime immagini per la lettura e l'interpretazione dei bisogni sanitari.

In conclusione, erogare moderni servizi territoriali, mirati ed adeguati ai bisogni della popolazione anziana, è un'operazione che richiede un'attenta azione di governo sempre più basata su una cultura critica e razionale. Moderno slancio culturale per moderni servizi sanitari. Le brevi riflessioni contenute in questo quaderno hanno la pretesa di percorrere questa ambiziosa via.

IL RESIDENZIALE AVANZATO: NUOVE PROPOSTE PER I NUOVI ANZIANI



Silvia Bracco

Nel 2012 si è celebrato in tutta l'Europa l' "European Year for Active Ageing": l'anno europeo dell'invecchiamento attivo. Invecchiamento che porta con sé grandi sfide per la finanza pubblica (maggiori costi per sanità e pensioni) e per tutta la popolazione, con necessità di rivedere il ruolo dell'anziano a 360° nella società.

In questo quaderno è già stata indicata l'entità del fenomeno. In Italia gli over 65, al 01/01/12, erano 12.370.822: il 21% della popolazione. Gli over 80, alla stessa data, 3.656.285 cioè il 6,1%. Molti di questi anziani sono i figli del *baby boom*, con cultura ed abitudini diversi dalle precedenti generazioni, dunque con esigenze sempre più specifiche e diversificate. Si stima inoltre un incremento degli over 60 in misura di 2.000.000/anno. La conseguenza di questo fenomeno è ovviamente la riduzione della popolazione attiva e produttiva!

Dal punto di vista residenziale, le scelte (spesso non libere, ma di necessità) che si presentano alle persone anziane sono:

- restare a casa propria
- trasferirsi in un'abitazione più piccola

- trasferirsi in altra località (campagna, mare)
- trasferirsi in una struttura socio-sanitaria

Ma soprattutto stanno emergendo nuovi “mercati” per quanto riguarda il residenziale privato, con richiesta di nuove soluzioni residenziali ad hoc per la popolazione over 65, soluzioni all’estero già visibili e sperimentate da alcuni anni. Di seguito riassumo le più innovative soluzioni abitative ad oggi trovate sul mercato.

Residenze di “nicchia”

Indicate per chi vuole e può invecchiare in modo attivo con persone che condividono gli stessi interessi. Sono particolarmente diffuse negli USA, dove stanno incontrando un enorme successo. Oltre 100 sono già attive e circa 70 in fase di realizzazione. Si tratta di complessi immobiliari per lo più localizzati in contesti urbani a carattere residenziale, in prossimità di servizi culturali, sociali, commerciali ed aree verdi. Dispongono di circa 100-150 appartamenti (mono/bi/trilocali), caratterizzati da dimensioni e *layout* differenziati. Tutti gli appartamenti sono già attrezzati con cucina, lavatrice ed asciugatrice e dotati di servizio igienico accessibile (con doccia a filo pavimento). Agli ospiti viene lasciata grande possibilità di personalizzazione: dalla scelta del colore delle pareti, alla scelta delle tende, alla possibilità di portare i propri mobili.



Il complesso immobiliare viene gestito da società private che forniscono una molteplicità di servizi, alcuni comuni a tutte le “Residenze di nicchia” altri peculiari della singo-

Gruppo lettura alla University House di Wallingford).

la residenza. Servizi comuni, che ritroviamo in tutte queste residenze, prevedono, ad esempio, la presenza di un impianto chiamata di emergenza in ogni alloggio, l'assistenza H24, la pulizia ordinaria e straordinaria degli appartamenti, controlli medici settimanali/diurni a richiesta (pressione, esami del sangue, visite specialistiche), l'assistenza sanitaria completa in caso di necessità, servizio ristorante e lavanderia a richiesta.

In tutte le residenze viene data molta importanza all'esercizio fisico, con corsi di yoga, *pylates e aquagym* quotidiani e sono disponibili servizi di riabilitazione mirati alle specifiche necessità dei diversi ospiti. Il successo delle Residenze di nicchia è però legato alla peculiarità delle attività che vengono offerte, specifiche per gruppi di persone che condividono gli stessi interessi e desiderano trascorrere il proprio tempo insieme. E così nasce, per esempio, la residenza per "ex-insegnanti". La *University House di Wallingford (Seattle)*, è invece improntata sull'*active ageing*: i residenti partecipano alle lezioni della vicina università di Washington (WA), sono organizzati corsi di francese per differenti livelli, gruppo di poesia e scrittura creative, scuola di musica, Gruppo Shakespeare ecc. (vedi figura).

Per gli anziani asiatici l'Aegis Garden di Freemont in California presenta un *design* incentrato sulla cultura cinese ed un'architettura progettato secondo le regole del Feng Shui, ad esempio è stato bandito il bianco dalle pareti (il bianco in Cina è il colore del dolore), è stata modificata la fontana che aveva 5 punte ed un significato negativo per il feng shui, il colore delle divise dello staff è stato cambiato da blu (colore del lutto) a verde, il ristorante offre menù con piatti della cucina cinese tradizionale e tra le attività proposte ci sono *tai chi, pylates*, scacchi, dama, *Mahjong* e calligrafia cinese.

Annessa alla residenza per anziani autonomi è stata anche realizzata una struttura in grado di accogliere quegli ospiti che nel tempo divenissero non autosufficienti.

Per gli anziani artisti in pensione, non distante da Hollywood, lungo una delle principali arterie commerciali che collegano Burbank a Los Angeles, è nata la *Burbank Senior Artists' Colony*, che ospita scrittori, musicisti, ballerine e artisti over 65. Questo intervento è stato inserito nei programmi di edilizia agevolata ed, infatti, il 30% degli alloggi sono riservati a persone con reddito pari o inferiore al 50% del reddito medio della zona. Tutti gli alloggi si affacciano su tre cortili interni attrezzati, consentendo anche a chi non partecipa direttamente alle attività proposte, una partecipazione passiva alla vita sociale della comunità.

Qui le attività proposte sono improntate all'arte: c'è il laboratorio di pittura, il laboratorio di scultura e ceramica, la sala montaggio video, un teatro per le rappresentazioni, corsi di musica e teatro intergenerazionali ed anche un coro il cui maestro è novantenne!

Molte altre strutture di nicchia sono già operative e molte già progettate.

Co-Housing

È la nuova offerta del mercato residenziale e vanta esperienze diffuse ormai da molti anni. Si tratta di piccoli quartieri costituiti



Lezioni di calligrafia cinese e tai-chi all'Aegis Garden.

da residenze individuali (20-40 posti letto) e da servizi comuni (spazi esterni, aree gioco, spazio coperto collettivo con cucina e lavandiera comuni, laboratori per hobbies, sale gioco, biblioteche, camera per gli ospiti, ecc). Il successo di queste esperienze abitative è in particolar modo legato alla minore dimensione delle unità immobiliari, alla collaborazione che nasce tra residenti del co-housing, alla partecipazione attiva alla vita sociale. Di particolare rilievo la convivenza intergenerazionale possibile per la presenza di persone giovani ed anziani nel medesimo contesto abitativo.

La novità cui assistiamo oggi è la nascita, ancora negli USA, di progetti per co-housing riservato agli anziani. Essi si configurano architettonicamente come unità abitative accessibili sviluppate intorno ad un centro polivalente con wellness. Questo centro è il cuore della comunità, qui si organizzano i pasti comuni con cadenze prefissate; ancora qui, in spazi attrezzati allo scopo, si svolgono le attività di bricolage e di giardinaggio o si assiste, nella sala cinema, alle proiezioni dei film.

Unità abitative accessorie

Consistono nel recuperare dei locali accessori (garages, piani terra, bassi fabbricati, ecc.) per realizzare piccoli appartamenti. Ciò consente, ad esempio, alla coppia anziana di trasferirsi nell'appartamento più piccolo "recuperato" migliorando il proprio tenore di vita grazie alla rendita aggiuntiva che proviene dalla locazione dell'unità abitativa principale. Un ulteriore vantaggio è rappresentato dalla possibilità di rimanere nel proprio contesto di vita, mantenendo i legami con la famiglia, gli amici, l'ambiente di vita cui si è abituati. Sempre negli USA sono stati varati numerosi programmi di facilitazione ed incentivazione, attraverso prestiti agevolati, di interventi finalizzati alla realizzazione di unità abitative accessorie. Tali programmi si sono rivelati un ottimo metodo anche per contrastare le irregolarità edilizie. Per sti-



molarne la realizzazione sono stati persino pubblicati dei manuali con alcune tipologie di progetti già approvati, le procedure edilizie necessarie ed i relativi costi (vedi figura).

Alcune riflessioni sono necessarie in merito a queste nuove proposte abitative. I vantaggi di questi nuovi modelli residenziali sono molteplici; soprattutto paiono essere in grado di soddisfare le più importanti esigenze dei nuovi anziani ovvero:

- Impegno sociale e partecipazione attiva alla vita della collettività

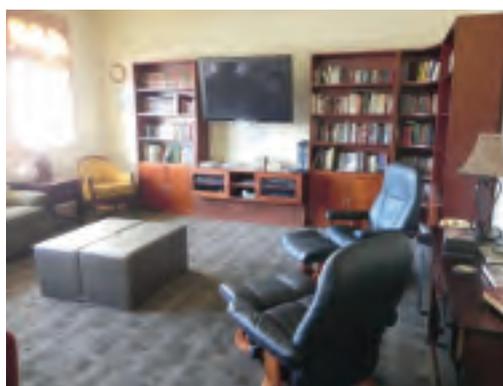


Corso di teatro e musica intergenerazionale alla Burbank Senior Artists' Colony.

- Mantenimento dell'autonomia nel quotidiano e con essa possibilità di conservare il controllo della propria vita il più a lungo possibile.

Qualsiasi sia l'età, si può svolgere un ruolo attivo nella società e beneficiare di una migliore qualità di vita. Affinchè queste residenze possano però trovare il giusto riscontro è però necessario che, intorno ad esse, esista una rete di servizi sanitari di base funzionale e facilmente raggiungibile. In questo contesto assumono particolare rilievo le "Unità di Cure Primarie": per esempio i CAP (Centri di Assistenza Primaria), previsti dal Piano Socio Sanitario 2012-2015 della Regione Piemonte (e varie altre Regioni in Italia).

Strumenti gestionali che ottimizzano le risorse sul territorio, integrandole in strutture polifunzionali che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dei distretti, con l'obiettivo di fornire ai cittadini un'offerta più ampia, un punto di riferimento sanitario completo, nella fascia oraria giornaliera, e anche la presa in carico nella fascia notturna e festiva, tramite la guardia medica di continuità assistenziale. Nei CAP opereranno équipes di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e specialisti ambulatoriali. Verranno anche attivati la diagnostica stru-



Silversage Village
(esempio di co-housing).

“nursing home” (in Italia in pratica l’RSA) “ponte” si intende una vera e propria “cittadella della salute” dove l’anziano trova, in una sola struttura, la risposta residenziale appropriata ai suoi bisogni, continuamente diversi come intensità di cura, senza dover peregrinare da un centro all’altro, magari ripassando più volte per l’ospedale. Infatti, accanto ai servizi comuni (ristorazione, attività sociali ecc.) la Cittadella offre soluzioni residenziali, con eventuale assistenza sanitaria mirata ad ogni esigenza: dai mini-alloggi per autosufficienti, alla RSA con vari livelli di intensità di cura, alla riabilitazione, al centro Alzheimer, ai “letti di continuità” e le “dimissioni protette”.

È naturale che, nella Cittadella, trovino collocazione fisica anche servizi socio-sanitari territoriali (118, cabina di comando delle cure domiciliari, assistenza sociale, CAP, poliambulatori dell’ASL, centro antidiabete ecc.), comuni a tutta la popolazione, ma fruiti maggiormente dagli anziani che sono anche i cittadini con le maggiori difficoltà a raggiungerli.

Oltre “la casa” si apre il vasto mondo delle Strutture Socio-Sanitarie ed Assistenziali - L’esempio della “Cittadella della Salute” di Canale d’Alba

Per quanto riguarda la qualità ambientale in molte RSA gli interventi realizzati hanno prestato particolare attenzione alla valorizzazione degli aspetti sensoriali (luce, colore, materiali...), contribuendo così a migliorare il senso di benessere degli ospiti (vedi appendice al capitolo). Le RSA sono strutture organizzate in nuclei indipendenti (10 o 20 posti letto per ciascun nucleo), dotati di una serie di servizi comuni (soggiorno, tisaneria, sala pranzo, infermeria, bagno assistito, depositi ecc.). Tutti i nuclei condividono degli spazi di uso comune tra cui le aree destinate alla valutazione e alle terapie (ambulatori, palestra, ecc), le aree destinate alla socializzazione (bar, soggiorno, sala polivalente) e le aree di supporto (ingresso, uffici, lavanderia, cucina, ecc.).

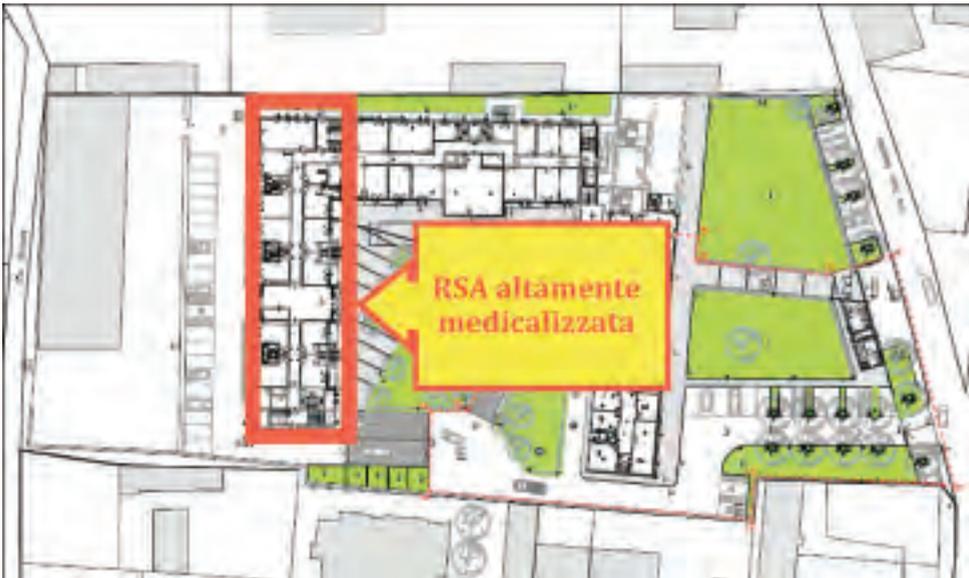
Come esempio di RSA del futuro, “ponte” tra cure ospedaliere e domiciliarietà, descriviamo brevemente la Cittadella della Salute di Canale d’Alba. Si tratta di un complesso di strutture vocate all’assistenza agli anziani, in qualsiasi condizione psico-fisica e sociale si possano trovare e livello di intensità di cure possano richiedere. Si estende su un’area di 10.700 metri quadri e comprende un Centro per anziani e una Residenza socio-integrata, il Centro sanitario polifunzionale dell’ASL con ambulatori e servizio 118 (svolgendo altresì funzione di CAP per il territorio di Canale d’Alba e Roero) e diversi alloggi di edilizia convenzionata e sovvenzionata per anziani. Realizzata in parte su restauro di una villa del XVII secolo, in parte con corpi di nuova costruzione, dispone di 134 letti in totale (mini appartamenti inclusi).

L’Ubicazione centrale offre comodità di reperimento e socializzazione, facilita le visite di parenti ed amici degli ospiti e residenti. Sono presenti 20 posti letto RAF (Residenza Assistenziale Flessibile), 20 posti letto in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) e 20 posti RA (Residenza Assistenziale). Inoltre saranno presto disponibili anche 20 posti per ricoveri di Lunga Degenza, con assistenza medica quotidiana assicurata dall’Asl CN2, attraverso l’équipe geriatrica dell’Ospedale di Alba-Bra, e 12 minialloggi indipendenti per anziani autosufficienti.

Tutti i fabbricati sono interamente certificati in classe A e tutte le camere a due letti hanno una superficie di 27 m² (che corrisponde allo standard richiesto per le camere a 3 letti). È anche presente un nucleo N.A.T., per malati di Alzheimer avanzato, con 20 camere a due letti (per degenti con alta dipendenza e i loro caregivers). Un nucleo per soggetti in stadi vegetativi permanenti (SVP) e lesioni cerebrali acquisite (ABI - Acquired Brain Injury) di 20 letti completa l’offerta della “Cittadella”.

Nell’ottica di fornire un miglior servizio ai residenti ed a tutta la cittadinanza, riducendo nel contempo le spese, presso la Cittadella hanno sede anche il Servizio di Guardia Medica (H24), il

118 (con 7 ambulanze e 6 auto mediche) e le Associazioni di Volontariato del soccorso.



Conclusioni

La nuova generazione di anziani è diversa dalle precedenti; questi cittadini hanno nuove necessità, ma collaborano con i servizi socio-assistenziali (alleanza terapeutica). Le strutture devono considerarle come domanda di mercato: spazi abitativi più ampi (camere singole e suite), nuovi servizi di Active Ageing: ludici, di animazione, artistici ecc. Le RSA sono chiamate ad essere sempre più medicalizzate (letti di prossimità - assistenza ad Alzheimer avanzato e ABI), ma con tecnologie “nascoste” per garantire la coesistenza anche di una normale domiciliarità.

La *policy* regionale sosterrà l’unificazione e l’interazione dei servizi socio-sanitari e la residenzialità dell’anziano in RSA per ridurre la dipendenza e la frequenza dei suoi spostamenti per necessità sanitarie. Dunque RSA come vere “nuove case” per chi dovrà viverci stabilmente, con un cambiamento di tendenza ormai inderogabile: sono i servizi che devono raggiungere l’anziano e non viceversa... La nursing home del futuro sarà “Cittadella” di riferimento territoriale e “ponte” tra il domiciliare e l’ospedale.

Webgraphia di riferimento

<http://www.cnbc.com>

<http://www.eraliving.com/communities/wallingford>

<http://www.seniorartistscolony.com>

<http://www.aegisliving.com/aegis-living-of-aegis-gardens/>

LA QUALITÀ AMBIENTALE NELLE RESIDENZE PER ANZIANI



Silvia Bracco

Recenti studi hanno constatato che nelle strutture sanitarie arredi, attrezzature, colori e materiali hanno un impatto sproporzionato sulla valutazione dei servizi offerti dalle strutture stesse. Lo spazio assume in questo senso un valore “terapeutico”, ovvero un ruolo di supporto alla persona nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e nel mantenimento dell’autonomia e delle funzionalità residue.

I principali fattori da considerare per il raggiungimento di elevati livelli di qualità ambientale sono:

- uso dei materiali (privilegiando materiali caldi)
- soft qualities (colore, finiture, illuminazione)

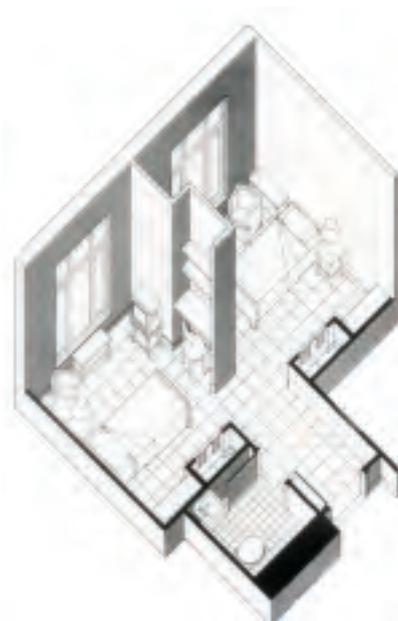
Ecco alcuni semplici accorgimenti che si possono avere:

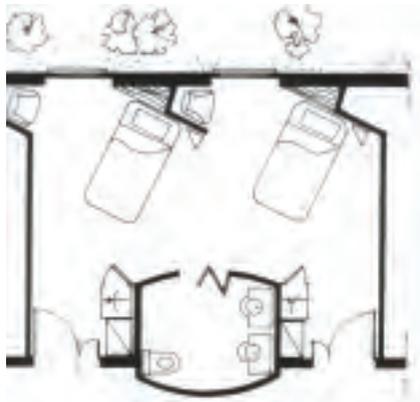
- Conferire agli ambienti un aspetto residenziale utilizzando materiali caldi
- Garantire nelle camere doppie un maggiore livello di privacy attraverso la disposizione di arredi e complementi.



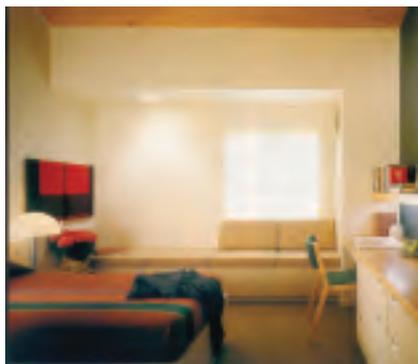
Accentuare l'aspetto residenziale e non quello ospedaliero degli ambienti, ed in particolare delle camere, attraverso una attenta scelta di arredi e complementi. Per esempio, in questa soluzione, è evidente una netta definizione dello spazio privato: due ambienti affiancati con disimpegno comune, una porta per ogni posto letto, una zona lettura-ricevimento "protetta"; l'orientamento del letto: consente la vista diretta dell'esterno e della porta ma non dell'altro letto (Parigi / Padiglione Orbe - Ospedale Charles-Foix).

- Predisporre una sistemazione notturna per un familiare
- Prevedere aperture che consentano la visuale esterna anche da posizione coricata





- Personalizzare gli spazi, anche quello del servizio igienico, inserendo un doppio lavandino e differenziando il colore del miscelatore



- Usare il colore: stare in una stanza con un colore “positivo” influenza lo stato d’animo e con esso il senso di benessere (i toni di blu, di celeste e di verde, in tutte le sfumature possibili, sono riposanti; giallo e arancione aiutano ad affrontare la giornata in modo più positivo).
- Usare forme, colori, materiali per valorizzare anche gli spazi di collegamento.



PROGETTARE UN AMBIENTE AGE-FRIENDLY

**Fabrizio Astrua
Paolo Astrua**



Premessa

Il tema della umanizzazione dell'ambiente, dalla città in generale alla cellula residenziale, dagli spazi per la cura del malato a quelli per la riabilitazione, è un tema sul quale si discute oramai da molti anni se non da decenni¹. In particolare modo questo tema è valido per la popolazione anziana che oggi, in alcune regioni italiane come la Liguria o il Piemonte, raggiunge una percentuale altissima. La filosofia di riportare l'uomo o l'anziano, con le sue peculiarità emotivo-affettive oltre che con le sue caratteristiche corporeo-sociali, al centro di ogni azione, di progetto o di cura, è stato già dal 1986 il "file rouge" culturale costante del gruppo di ricerca del Politecnico di Torino incentrato sul corso post lauream di Perfezionamento "*Universal Design: progettazione inclusiva e multisensoriale*"².

¹ AA.VV. (coordonné par Joel Yerpez) "La ville des vieux: recherche sur une cité à humaniser", Editions de l'Aube 1998. ISBN 2-87678-454-8.

² 2013: XVI edizione del Corso: www.unidesign.polito.it

Ben venga dunque oggi il suggerimento dell'UE "*Create an Age-Friendly Environment!*" e ben vengano gli altri programmi come "*Une destination pour tous*" a corroborare questo spirito. Essi rappresentano infatti un nuovo stimolo a ricercare il "benessere" anche a livello ambientale, oltre che sociale, attenti a mantenere un costante equilibrio tra i due aspetti. Ciò significa che lo spirito di avanguardia che ha animato Leo Goldsmith, Fabrizio Vescovo, Louis Pierre Grosbois (solo per citare alcuni tra gli studiosi più importanti che hanno approfondito il tema essenziale, antropometrico e psicofisico, delle persone malate, anziane e disabili) non era un modello per pochi visionari.

Anziani ed Architettura sostenibile

Sappiamo tutti che cosa significa oggi il termine "Architettura sostenibile" e cioè quella architettura pensata e realizzata attraverso la maturazione di una nuova sensibilità di rispetto verso l'ambiente. Questo movimento culturale è oramai un fenomeno molto diffuso in Europa ed interessa anche altre discipline come la Bioarchitettura. Potremmo trovare le sue radici già nella metà del secolo scorso, nell'Architettura Organica di Alvaar Aalto in Finlandia e di Frank Lloyd Wright negli Stati Uniti, solo per citare i Maestri più conosciuti al grande pubblico. Una architettura



fatta di materiali naturali spesso reperiti nei luoghi stessi delle costruzioni, inserita nell'ambiente nel rispetto dell'ambiente.

Ciò che si chiede però ai progettisti di oggi è di fare un ulteriore salto di qualità: cioè di maturare una nuova sensibilità verso l'utente degli edifici che progettiamo, soprattutto quando questo utente è una persona anziana, spesso portatrice di disabilità o di esigenze particolari, e di integrare il concetto di sostenibilità ambientale con quello di una nuova sostenibilità umana. Il passo non è facile in quanto significa "conoscere" meglio l'uomo, la sua condizione psicofisica, i suoi bisogni di relazione.

E sappiamo bene che dietro queste affermazioni si nasconde una umanità variegatissima, con esigenze diversissime da persona a persona. Basti pensare a quante disabilità possono interessare le persone (dalle disabilità sensoriali a quelle della mobilità, dalle cardiopatie alle patologie del comportamento, alle malattie degenerative della mente come l'Alzheimer etc.) e a quante diverse condizioni di salute e situazioni esigenziali queste disabilità portano.

L'Architetto progettista dovrebbe quindi essere anche "colto in umanità", come disse in un suo intervento al Corso di Perfezionamento il prof. Ennio Innaurato. In un momento in cui i modelli culturali che ci vengono propinati dai mass media, nonostante la crisi economica perdurante, sono quelli della eterna bellezza senza rughe, dei magici elisir di felicità, dell'uomo palestrato che non deve chiedere mai, dell'ego portato all'esasperazione, appare un po' difficile capire, far capire ed accettare che l'uomo non è solo questo. Ed ancor più difficile appare educare l'uomo a rispettare la diversità, intesa non solo come diversità di razza, di condizione o di età, ma anche come diversità di cultura e di pensiero.

La speranza è che in momenti di crisi economica come quelli che stiamo vivendo, si faccia un po' più strada quel sentimento di solidarietà umana capace di farci comprendere meglio gli al-

tri, soprattutto quando dobbiamo occuparci (o meglio prenderci cura) di loro nella malattia. Nel caso della nostra trattazione gli altri, gli anziani, pretendono giustamente di essere riconosciuti ed ascoltati e pretendono di mantenere una propria sfera decisionale di responsabilità in merito alla propria vita ed anche in merito alla propria salute.

Anziani ed Architettura terapeutica

Per architettura terapeutica si tratta di quella architettura pensata in modo particolare per favorire il recupero psicofisico di una persona. Parliamo quindi di luoghi come gli ospedali (per gli interventi di prima emergenza), le strutture per la riabilitazione, i sanatori, i centri di cura termale, le cliniche: luoghi appunto dove si applica una terapia più o meno importante di recupero (vedi fig. 1).

Ma il termine si può riferire anche ad altre tipologie di architettura: scuole, residenze, palestre, uffici: luoghi dove in qualche modo l'architettura può aiutare a migliorare uno stato fisico od emotivo. È evidente che la qualità dell'ambiente progettato, la sua esposizione, il soleggiamento, la presenza o meno di spazi di verde naturale interno ed esterno (vedi paragrafo successivo) o di animali domestici, la presenza di materiali naturali come il legno o di colori attentamente studiati in funzione della capacità di percezione del colore stesso possono contribuire alla terapia medica (vedi fig. 2), allo stesso modo della presenza e del conforto delle persone amiche o familiari.

Ed altrettanto vale la tesi opposta: un ambiente triste e deprimente può rendere faticoso e difficile il successo di una terapia allo stesso modo della assenza degli affetti. Nell'universo degli anziani, soggetti portatori di cultura ed esperienza, che hanno vissuto esperienze affettive e di relazione diverse ed hanno bisogno di non perdere i legami ed i riferimenti costruiti per mantenere il loro ben-essere emozionale, queste considerazioni hanno

un loro ulteriore importante fondamento. Certamente invecchiare, oggi, significa necessariamente fare i conti con importanti fatti nuovi, già citati in questo quaderno, tra cui:

- la longevità della popolazione anziana;
- i nuovi stili di vita;
- la difficoltà di sostenere da parte dello stato l'attuale livello di welfare e di assistenza sanitaria;
- le accresciute esigenze dei “nuovi anziani” ed il loro desiderio di vivere a casa propria, con un livello eccellente di assistenza e qualità di vita.

Non appare facile trovare un punto di incontro tra queste diverse esigenze, soprattutto nella prospettiva di ricercare quell'obiettivo di “ben-essere” che da tempo è presente nel concetto oramai accettato del “prendersi cura”. Le “cittadelle della salute” certamente potranno costituire la soluzione per la cura post ospedaliera, ma dovranno essere progettate con criteri di multisensorialità tali da costituire una appendice sanitarizzata dell'abitazione che resti sempre, in un progetto di assistenza integrata,



Fig. 1 - Alvar Aalto, Sanatorio di Paiimio. Particolari di elementi di arredo concepiti con materiali naturali ed in forma organica.

il luogo deputato per il completamento della terapia medica. La propria abitazione resta sempre il luogo dove la funzione terapeutica dell'Architettura può svilupparsi meglio.

Anziani e natura

Il processo di umanizzazione dell'ambiente non può prescindere da un concetto di "ritorno alla natura" in quanto esseri umani: della natura stessa, intesa in senso non solo biologico, facciamo parte come esseri viventi al pari dei generi animale e vegetale.

Una esperienza di Paolo Astrua

In passato ho avuto occasione di lavorare per qualche anno con e per gli anziani, all'interno di centri diurni e di una casa di riposo. Il mio ruolo era quello di tecnico, "animatore teatrale" a tempo parziale (passavo mezza giornata in compagnia degli ospiti), la mia missione era quella di creare una condizione di benessere *insieme* agli anziani in questione. L'attività, pur essendo curata professionalmente e incentrata sulla comunicazione attraverso le tecniche teatrali, era ovviamente una strategia che aveva la finalità di coinvolgere personalmente gli ospiti, basandosi sul dialogo, sulla memoria, sul rapporto umano e sulla creazione di un ambiente affettivo nuovo in cui ognuno aveva la possibilità di esprimersi. Il mio lavoro si era rivelato proficuo da un punto di vista della salute dei partecipanti, poichè la creazione di questo "ambiente familiare" aveva permesso il miglioramento delle condizioni generali di attenzione, di autostima e persino fisiche, poichè parte dell'attività coinvolgeva il corpo.

Oggi studio e mi occupo di progettazione e realizzazione di giardini ed aree verdi, e sempre di più avverto quanto questo lavoro possa essere importante nella creazione di un ambiente naturale, a dimensione umana, favorevole al miglioramento della salute anzitutto mentale di chi lo frequenta e lo vive. Basandosi su questo principio, si può dire che la progettazione delle struttu-

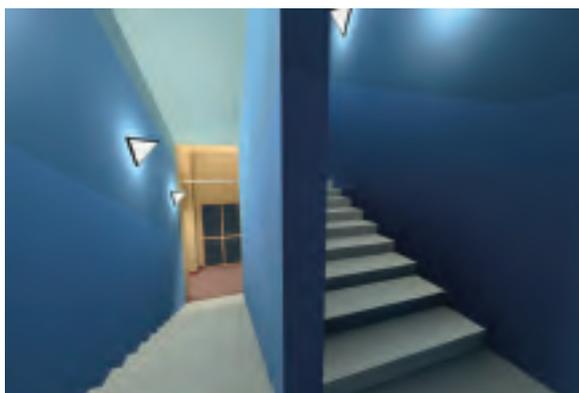


Fig. 2 - Colore e Percezione. Interno dell’Ospedale psichiatrico di Vicenza. Progetto colore di Aldo Bottoli e Giulio Bertagna.

re residenziali d’accoglienza in cui dimorano gli anziani debba tenere conto dell’ambiente esterno che le circonda, come elemento fondamentale della *cura*.

Ognuno di noi può avere vissuto momenti difficili e sperimentato nella propria vita quanto possa essere una *cura dell’anima* ed un sollievo, una semplice passeggiata in un parco cittadino. L’ambiente “vivo” popolato di piante ed animali, rappresenta un forte elemento di distrazione positiva, di uscita dal *sè* e dalle proprie problematiche per poter osservare quello che la natura ha da regalarci: la rinfrescante ombra dei tigli in estate, la profumata fioritura invernale della siepe di viburno tino, i cinorrodi rosso fiammante delle rose in autunno e inverno, la circospetta ispezione del terreno del merlo in cerca di lombrichi.

Un esempio interessante, in particolar modo per la terza età, è indubbiamente il giardino multisensoriale. Olfatto, vista, udito, gusto e tatto coinvolti nell'esperienza fisica che può essere vissuta, almeno in parte, da chiunque. Immaginiamo di trovarci in un orto botanico o in un giardino pubblico di fronte ad un vecchio esemplare di rosmarino (vedi figura), annusarne il profumo delle foglie dopo averle strofinate tra le dita ed averne ascoltato il fruscio quando il vento le attraversa, ammirarne la piccola fioritura dalla curiosa forma "labiata" e per eccesso portarne una foglia tra le labbra e assaporarne l'aroma. Poter godere di almeno uno di questi gesti dona una sensazione di vitalità che coinvolge il corpo e la mente.

I giardini multisensoriali sono progettati inserendo elementi che possano dare risalto alle richieste dei nostri sensi sempre più confusi dal frastuono e dalla velocità della vita di oggi. Gli esempi sono molteplici: una fontana od una cascatella che possa proporre il suono naturale dell'acqua che scorre, in un punto particolarmente silenzioso del giardino, la messa a dimora di essenze che costituiscano una siepe-barriera contro il rumore di una strada trafficata e che magari risuonino piacevolmente al passaggio del vento, una fioritura profusa, colorata e profumata come quella di molte rose rampicanti, la creazione di un angolo commestibile, dove i frutti si possono assaggiare, la scelta del materiale utilizzato per le strutture come per esempio quello dei corrimano, dei sentieri, delle panche.



Il significato ultimo della creazione di giardini che posseggano queste qualità è quello di stimolare i sensi di chi vi sosta. L'ambiente curato e studiato per essere piacevole e stimolante, quasi come dovesse *prendersi cura* di chi lo fre-

quenta, restituendo il beneficio del sentirsi vivi e partecipi della natura. Un ambiente “*friendly*”, amichevole, per tutti ma in special modo per chi ne può trarre maggior beneficio, come gli anziani.

Uno degli aspetti più importanti di un giardino che possa essere adatto ad un’utenza anziana, deve essere l’accessibilità. Come si può godere dei benéfici effetti di un ambiente potenzialmente curativo se alcuni luoghi non sono raggiungibili da chi ha difficoltà motorie? Le strutture sono dunque di estrema importanza all’interno di un giardino. L’abbattimento delle barriere architettoniche consente di rendere accessibile un luogo. Ad esempio, prendiamo la profumata fioritura di un albero di *Osmanthus fragrans* (vedi figura), pianta ornamentale adatta al clima mite, spesso utilizzata nei giardini storici dei laghi lombardi; se una persona disabile su sedia a rotelle si volesse avvicinare alla pianta, abbarbicata su di un lieve promontorio e l’unico modo per raggiungerla consistesse in una lunga scalinata, certo non potrebbe godere appieno della sua fragranza pungente nè della sua bella e carica fioritura. Se invece ci fosse a disposizione un percorso in legno, una rampa nella giusta inclinazione, il soggetto in questione potrebbe essere accompagnato senza difficoltà proprio sotto l’albero e viverne l’esperienza sensoriale. Ma lo stesso potrebbero tornare utile per un anziano indipendente ma più facilmente affaticabile, o ad un giovane momentaneamente infortunato per una distorsione, con un tutore al piede e le stampelle.

Il concetto fondamentale a cui dare rilievo è quello di Universal Design, la progettazione adatta a tutti, non solo alla disabilità, che pensa a ogni grado di difficoltà nell’accessibilità e si può applicare alla realizzazione del giardino, adattandola ai materiali e alle caratteristiche morfologiche che possono prendere le strutture. Ancor di più può rivelarsi salutare e psicologicamente importante *la cura* del giardino o dell’orto da parte di persone anziane e/o portatrici di handicap o affette da malattia. Un caso

su tutti: il giardinaggio aiuta il miglioramento psicologico di chi vive stati di depressione. In questo caso *la cura ed il prendersi cura* non sono più soltanto riferiti all'assistenza verso le persone anziane da parte delle altre persone. Sono riferiti agli anziani stessi, che devono diventare soggetti attivi verso la natura, perchè da essa otterranno una risposta importante. Si tratta di un effetto boomerang: l'anziano che desidera cimentarsi in un'attività di giardinaggio trae beneficio dal fatto stesso di esserne responsabile, del prendersene cura. Come effetto ne deriva il piacere di vedere crescere e trasformarsi le proprie piante, inoltre il tempo passato all'aperto e la lieve attività fisica che comporta la cura di un piccolo giardino rappresentano un ulteriore grande beneficio. Ricordo che quando lavoravo in casa di riposo, una attività che esulava dal laboratorio teatrale e dalle attività al coperto consisteva nella realizzazione di una piccola aiuola insieme ad alcuni anziani ospiti. L'attività era nata per caso basandosi sulla richiesta diretta di una signora, amante delle piante e della natura, che aveva passato la vita all'aperto a lavorare nei campi. Assecondando il suo desiderio, la direzione mi aveva consentito di aiutarla in questa attività, mettendo a disposizione un piccolo budget per comprare materiale, semi e piccole piante da esterno. In breve tempo l'attività aveva coinvolto altri partecipanti, sempre in mia presenza o accompagnati da altri operatori. Avevano par-



tecipato anche ospiti in sedia a rotelle e con impossibilità a muoversi. Un febbrile lavoro di vanga, eliminazione di erbacce, consigli sulle qualità di piante, sulle semine e sulle tecniche di piantagione e potatura.

Il risultato fu un'aiuola "sgangherata" ma ricca di

sorprese, di bulbi le cui foglie emergevano dal terreno, di fioriture e di germogli. Gli ospiti non vedevano l'ora di uscire per assistere al cambiamento giornaliero di dimensioni della pianta di zucca o controllare a che punto fosse la fioritura dei tulipani. Inoltre l'aiuola rappresentava motivo di discussione e di dialogo per gli anziani che se ne prendevano cura. Il risultato positivo, incoraggiò la direzione a consentire una visita ad un famoso giardino botanico vicino alla casa di riposo. I Giardini Hanbury, oltre a offrire l'ingresso gratuito agli ospiti che avevano potuto unirsi alla gita, mise a disposizione alcuni veicoli elettrici che ci portarono in visita per tutta l'area disposta su di una discesa a terrazzamenti, che sarebbe stato impossibile visitare altrimenti. La visita ai giardini botanici fu senza dubbio uno dei più soddisfacenti esperimenti della casa di riposo ed ha procurato grande piacere e senso di partecipazione a tutti gli anziani visitatori.

Questo tipo di esperienze mi convincono sempre di più sulla utilità del pensare un progetto del giardino, finalizzato a creare un ambiente "age-friendly", che tenga conto della qualità della vita e dell'ambiente, soprattutto ricordandosi del modo in cui vengono *percepiti, vita e ambiente*, dagli anziani.

Conclusioni

Progettare un ambiente Age-friendly, significa oggi ripensare e rimettere in discussione i principi ed i criteri di progettazione impiegati finora, partendo dalla progettazione urbana e degli spazi pubblici per finire alla progettazione dei luoghi della residenza e dei luoghi deputati alla cura ed al recupero del paziente-anziano-malato. Tale concetto è ancora più valido se pensiamo ad un Anziano con forti carenze sensoriali o portatore di disabi-



Fig. 3 - Prof. Ing. Louis Pierre Grosbois.

lità. Il ricorso alla progettazione multisensoriale, cioè a quella progettazione che tiene in conto tutto l'apparato sensoriale dell'essere umano per consentirgli di sopperire con un organo sensoriale alla deficienza di altri, sembra la strada migliore per realizzare ambienti friendly per l'anziano.

L'apparato sensoriale umano può essere sollecitato da immagini, suoni o rumori, luci e colori, profumi e sensazioni tattili. L'eccezionale esperienza di Louis Pierre Grosbois (vedi fig. 3) nella progettazione della "sala Louis Braille" per non vedenti alla "Ville de la Science et de la Technique" a La Villette di Parigi (1985), ha dimostrato l'efficacia di impiegare soluzioni architettoniche multi-sensoriali per favorire l'orientamento ed il riconoscimento dei luoghi ai non vedenti ed è diventata un esempio "scuola". Pensiamo dunque che le soluzioni architettoniche e materiche adottate da Louis Pierre Grosbois a La Villette per una utenza particolare come i ciechi o gli ipovedenti (impiego di materiali naturali resinosi e profumanti per i rivestimenti come diversi tipi di legno, fiori ed essenze profumate, superfici lisce che riflettono i suoni e le radiazioni luminose, superfici rugose e fono assorbenti per contenere l'inquinamento acustico, cascatelle d'acqua che donano umidità e frescura, condizionamento natura-



Vienna, Hotel Sofitel (progetto di Jean Nouvel 2010). La presenza di una parete verde all'interno del cortile risolve piacevolmente il rapporto con l'edificio.

le degli ambienti attraverso un corretto orientamento all'esposizione solare, serre bioclimatiche, presenza di essenze arboree naturali in grado di assorbire emissioni nocive di CO₂ o di altre sostanze, etc.) debbano essere estrapolate alla generalità delle nostre architetture al fine di migliorare la fruibilità degli ambienti, aperti o confinati, da parte di tutti (secondo la filosofia dell'Universal Design) ed in particolar modo da parte delle persone anziane e/o disabili che hanno particolare necessità di rapportarsi con un "Ambiente Friendly".

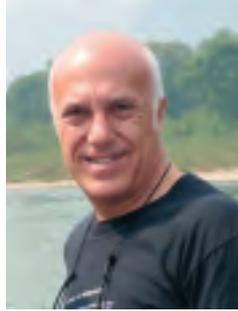
Bibliografia di riferimento

- ASTRUA F., 2013 - *"Universal Design, Design for All: un esempio di progettazione multisensoriale"*, in Steffan I. "Design for All - Il Progetto per Tutti. Metodi, strumenti, applicazioni" Maggioli Editore.
- ASTRUA F., RELLA M., 2011 - *"Therapeutical Architecture: a glass house for Mariuxi"*, Proceedings of FICCDAT, Toronto.
- ASTRUA F., 2011 - *"Le strade di oggi: urbanistica ed universal Design al servizio dell'anziano"* in Guidare in sicurezza anche a sett'ant'anni e oltre, Quaderni del Centro Cornaglia. Ce.R.R.Co, Torino.
- ASTRUA F., 2009 - *"La città accessibile"*, In *"Vivere meglio la vecchiaia e la disabilità"* (a cura di Astrua F., Bracco D., Bracco S., Monzeglio E.), Quaderni del Centro Cornaglia, Ce.R.R.Co., Torino.
- ASTRUA F., PICCO M.B., RELLA M. (a cura di), 2007 - *"Universal Design: un'esperienza didattica e di ricerca"* Atti del Corso di Perfezionamento "Universal Design: Progettazione inclusiva e multisensoriale" pagg. 1-199 Nuova Riprografica, Torino.
- ASTRUA F., 2005 - *"Technology as an aid for elderly life quality in Italy: mobility in historical spaces and archaeological sites"* in International Congress of "International Society of Gerontechnology", Nagoya.
- ASTRUA F., 1998 - *"Criteri generali di progettazione"*, Atti del Seminario "Progettazione e Barriere Architettoniche, INAIL Politecnico di Torino Dipartimento I.S.E.T., Tipografia Inail Milano.
- AA.VV., 1996 - *"L'anziano, il disabile e l'ambiente costruito"* (a cura di Astrua F. e Zampicini F.) - Politecnico di Torino, Dipartimento ISET, 1996.
- ASTRUA F., 1993 - *"Progettazione e Barriere Architettoniche: condizionamenti e spunti funzionali, distributivi e costruttivi per il progetto degli edifici e degli spazi urbani"*, Compagnia di San Paolo, Torino. Pagg. 1-159.

- ASTRUA F. E P. - "*Universal Design, Design for All: un esempio di progettazione multisensoriale*" in Steffan I.T. "Design for All - Il Progetto per Tutti. Metodi, strumenti, applicazioni", Maggioli Editore. Bologna, 2013.
- MONZEGLIO E. - "*La natura accessibile*" In: "*Barriere architettoniche. Un progetto per l'uomo*". A cura di Fabrizio Astrua, Roberto Rustichelli, Franco Zampicini. BE-MA editrice. 1991.
- FRANCIA G. - "*Matti da slegare*". *Tesi in Universal Design*. Relatori: Arch. Gianfranco Arione, Paolo Astrua. 2010.
- NIERI M. - "*Bioenergetic landscape. La progettazione del giardino terapeutico bioenergetico*". Sistemi Editoriali-Esselibri Simone.
- PERA P. - "*Giardino e ortoterapia. Coltivando la terra si coltiva anche la felicità*". Salani Editore.
- MABEY R. - "*Natura come cura. Un viaggio fuori dalla depressione*". Einaudi Editore.

CONCLUSIONI

Ugo Marchisio
Piero Prandi



CONCETTO DI CURA, PRESA IN CURA E PRESA IN CARICO

Le parole chiave “cura” e “prendersi cura” caratterizzano trasversalmente i vari capitoli dell’opera, pur nelle diverse aree di competenza, in quanto tali concetti rappresentano una evoluzione della filosofia dell’intervento che prevede il passaggio dal “fare con diligenza” al “fare con diligenza e cum passio” che da sempre costituisce un elemento essenziale della vita di attaccamento e di relazione con cui si incontra autenticamente l’“Altro”. Prendersi cura dell’altro implica la capacità di essergli accanto, di rinunciare nel setting alla distinzione tra Io e l’Altro, permettere che l’Io e il Tu diventino un Noi, comprendere che il caring, affinché non sia solo efficiente ma diventi efficace, deve riconoscere l’identità dell’Altro come persona e ciò significa condivisione emotiva e quindi passaggio da una fredda e distaccata sollecitudine all’empatia che è ciò che contraddistingue un’autentica relazione di aiuto. L’empatia è quella capacità che ci consente di calarci nell’esperienza emozionale dell’altro, di provare ciò che l’altro prova, di adottare un ascolto non valutati-

vo, di concentrarsi sulla comprensione dei sentimenti e dei bisogni di cura dell'altro. L'abilità tecnica, separata dalla capacità empatica che mostra il lato umano di chi cura, non sa prendersi cura e, pur se sollecita nell'assistito un affidarsi incondizionato all'operatore, può rivelarsi insufficiente e insoddisfacente. Solo motivando e coinvolgendo l'assistito nel processo di cura, il curare può trasformarsi in prendersi cura ed il cieco affidamento diventare responsabile fiducia ed affidamento critico.

Nella pratica l'empatia può manifestarsi sin dal primo impatto se l'operatore sa farsi "recettore" di tutto ciò che l'assistito "porta", fornendo attenzione al background emotivo-affettivo-corpo-reo-sociale in cui vive ed è vissuta la persona fino ad una presa in carico globale dei bisogni della stessa. Le capacità empatiche emergono proprio nel riconoscimento di valori e potenzialità residue, di diritti e doveri, di bisogni e di opportunità, di realtà e sogni che, se condivisi, consentono a chi cura e a chi è curato di non focalizzare l'attenzione solo sulla malattia e sul disagio ma di allargare il campo d'azione al mantenimento se non al recupero di normali aspetti di vita in una dimensione di reciproco rispetto, con il coraggio e l'umiltà di accettare i modi, i tempi e le scelte dell'assistito. Attualmente la filosofia dell'intervento si sta muovendo verso un'assistenza globale e personalizzata mirata alla "presa in carico" secondo un approccio olistico che prevede trattamenti multidisciplinari ed integrati, compresa la titolarità amministrativa, e con l'adozione di metodi e di tecniche focalizzate sui bisogni del malato ma soprattutto della persona.

Con questa premessa ed analizzati i concetti di "cura", "presa in cura" e "presa in carico" intesi come mission, i vari capitoli dell'opera descrivono quali sono attualmente i criteri destinati al rispetto di tale mandato nell'ambito delle varie competenze metodologiche e tecniche.

Faccio un esempio: se mi pongo l'obiettivo di migliorare la qualità della vita di un soggetto anziano con le patologie tipiche

dell'età senile avendo a disposizione, metodologicamente, un'équipe multidisciplinare che può disporre di varie tecniche mediche, psicologiche, educative, sociali, ecc. come farò a passare dalla cura al prendersi cura ed eventualmente alla presa in carico? Salvaguardando le competenze tecniche previste dai mansionari e dalle linee guida convenzionali, dovrò probabilmente incentivare le capacità di ascolto e di comprensione da parte dei vari operatori a partire dall'“accoglienza” della storia di vita che va di pari passo con la storia clinica e la storia di cura. Questa è la dimensione fondamentale che ci permette di entrare nel mondo soggettivo ed unico della persona e quindi di entrare in sintonia con la sua umanità e i suoi bisogni. Se l'assistito percepisce interesse ed attenzione, è incoraggiato a proseguire la comunicazione, “regala” più volentieri e con più chiarezza dettagli ed informazioni relative alla sua personale storia e condizione di sofferenza e ciò è altrettanto fondamentale alla creazione di quell'alleanza terapeutica che rappresenta l'indispensabile premessa alla compliance e alla motivazione al cambiamento o al mantenimento delle capacità residue. L'assistito potrà sentirsi unico e non solo un caso clinico se scoprirà che anche per l'operatore è importante quello che dice, importantissimo come si dice ma di fondamentale importanza è a chi lo si dice. Da qui la necessità che l'équipe si interfacci con strategie coerenti e condivida gli stessi messaggi nell'ottica che l'individuo ha il diritto di essere riconosciuto, ascoltato e di mantenere una propria sfera decisionale di responsabilità in merito alla propria vita e, quindi anche alla propria salute. In sostanza occorre riflettere su un cambio di mentalità ed un nuovo approccio che metta al centro non la malattia e il curare, ma la persona nel tentativo di prenderne cura e carico, rendendo più umano e meno distante l'incontro tra operatori e utenti. Recuperare un rapporto dalle dimensioni umane, è un passo fondamentale per umanizzare la condizione della sofferenza e persino della morte.

GLI AUTORI

Fabrizio Astrua è laureato in Ingegneria, già Professore Associato in Architettura Tecnica e docente presso la I Facoltà di Ingegneria del Politecnico di Torino e presso la II[^] Facoltà di Ingegneria del Politecnico di Torino, sede di Vercelli. In pensione dal 2012 è Responsabile Scientifico del Corso di Perfezionamento Post-Laurea “Universal Design: Progettazione inclusiva multisensoriale” del politecnico di Torino. Amministratore della FMArcistudio engineering s.r.l., Svolge la sua attività professionale e di ricerca nel campo della progettazione architettonica, del recupero edilizio e urbano e della accessibilità, con particolare attenzione agli aspetti legati al controllo ed al miglioramento della qualità dell’ambiente e del comfort. Autore e curatore di numerosi volumi in materia di accessibilità, tra cui: AA.VV. *Barriere Architettoniche, un progetto per l’uomo* (a cura di F. Astrua, R. Rustichelli, F. Zampicinini) D.I.S.E.T., BeMa editrice, 1991 - F. Astrua *Progettazione e barriere Architettoniche: condizionamenti e spunti funzionali, distributive e costruttivi per il progetto degli edifici e degli spazi urbani*. Compagnia di San Paolo, Torino 1993. - AA.VV. *L’anziano, il disabile e l’ambiente costruito* (a cura di F. Astrua e F. Zampicinini), Politecnico di Torino D.I.S.E.T., 1996. - F. Astrua *Criteri generali di progettazione*, Atti Seminario “Progettazione e Barriere Architettoniche, Inail Politecnico Torino D.I.S.E.T., tipogr, Inail Milano 1998 Astrua F., Caldera C., Polverino.F. (a cura di) “*Intervenire sul patrimonio edilizio, Cultura e Tecnica*”, Ar. Tec. Associazione scientifica per la promozione dei rapporti tra Tecnologia ed Architettura, Celid, Torino novembre 2006. Astrua. F. *Technology as an aid for elderly life quality in Italy: mobility in historical urban spaces and archeological sites* in International Congress of “*International. Society of Gerontechnology*” Nagoya mai 2005. Astrua F. *Applicability of a code of practice-The compatibility of design and Preservation Issues* in “*Fire Safety Measures for University Use*”, Fire Technology, Kluwer Academic Publisher, manufactured in the United States, 2002.

Paolo Fabio Astrua è laureato in D.A.M.S. Ha lavorato per più di un decennio nell’ambito del Teatro Ragazzi come attore e drammaturgo, collaborando con le maggiori realtà nel settore a Torino e in Italia. Ha svolto attività laboratoriale teatrale presso Istituti Scolastici e Centri Diurni per persone disabili. Ha inoltre lavorato, per un anno, come Animatore Teatrale part-time presso una Casa di Riposo. Oggi lavora alla progettazione e alla realizzazione di aree verdi, giardini e terrazzi con un’attenzione particolare alla multisensorialità ed alle esigenze umane legate all’ambiente in una ricerca del benessere e dell’ecosostenibilità. Sta conseguendo la Laurea Magistrale in Progettazione delle Aree Verdi e del Paesaggio presso L’Università di Agraria di Torino.

Dario Bracco è laureato in Sociologia, imprenditore in pensione, svolge attività di studio e ricerca in campo socio sanitario. È iscritto al ruolo di esperto in tecnologia sanitaria ed ospedaliera ed in Clinical Governance. È giornalista e membro di importanti associazioni scientifiche e culturali (Eurag -federazione europea persone anziane, ISG società internazionale di Gerontecnologia - So.M.I.Par. società medica italiana di paraplegia, ASA American Society on Ageing ecc.). È membro dell'Osservatorio Culturale del Consiglio dei Seniores della Città di Torino. Collabora come docente ai Corsi post-laurea del Politecnico di Torino di "Universal design e progettazione senza barriere architettoniche". Autore di molte pubblicazioni e libri, è il presidente di Ce.R.R.Co di Torino.

Silvia Bracco è 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 membro del Consiglio Direttivo del Ce.R.R.Co. (*Centro Ricerche e Relazioni Cornaglia*) di Torino. Tra le sue pubblicazioni: "L'anziano disabile e la Residenza Sanitaria Assistenziale a valenza geriatrica" (Offset, Torino, 1996); "Una casa sicura e confortevole per tutti" e "Vivere meglio la vecchiaia e la disabilità" della collana "La Stagione dei grandi adulti" del Ce.R.R.Co.. Per "PEGASO, L'altra abilità" edita dalla Consulta per le Persone di Difficoltà di Torino, ha gestito la rubrica "La voce dell'architetto". È stata responsabile del Gruppo di lavoro del progetto PIEMONTE PER TUTTI - 2006 SENZA BARRIERE, progetto finanziato dalla 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.

Giorgio Maria Bressa è laureato in Medicina e Chirurgia, specializzazioni in Psichiatria, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense (Università La Sapienza, Roma), è stato docente di Clinica Psichiatrica e Psicofarmacologia tra Roma e altre Università. L'attività di ricerca a Roma è stata integrata da lunghi stage negli Stati Uniti, quella di divulgazione scientifica ha portato alla produzione di oltre 70 lavori scientifici e di diversi libri. Giornalista pubblicista, ha collaborato con la RAI, *Donna Moderna*, *la Repubblica*, *Il Secolo XIX* e *Il Messaggero*. Da circa dieci anni insegna Psicobiologia del Comportamento presso l'Istituto Universitario Progetto Uomo, affiliato al Pontificio Ateneo Salesiano, Facoltà di Educazione Sociale, nelle tre sedi in Italia. Attualmente si occupa, oltre che di terapia e clinica psichiatrica – in particolar modo disturbi d'ansia e panico – anche e soprattutto di antropologia applicata alla psichiatria.

Simona Brino è laureata in Economia e Commercio, indirizzo Economia Aziendale, presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Torino con tesi di ricerca in sociologia dal titolo "Intercultura ed economia solidale. L'esperienza della Casa dei Popoli di Settimo Torinese". Collabora da diversi anni col prof. Guido Lazzarini per ricerche, pubblicazioni e attività di docenza. Sulla condizione degli anziani è autrice del saggio "L'attenzione alle problematiche delle persone anziane in Piemonte" (in Lazzarini G., Gamberini A., Palumbo S., (2011), *L'home care nel welfare sussidiario. Reciprocità e ben-essere nelle relazioni di cura*, FrancoAngeli, Milano). Ad ottobre 2012 ha, inoltre, effettuato un intervento di docenza con il prof. Guido Lazzarini, nel corso per i volontari AVULSS "Domenica Naretto" di Rivarolo, sul ruolo degli anziani nel volontariato, presentando il report di ricerca "*Invecchiare in Paese*" (2011). Tra le altre pubblicazioni: Report di ricerca "*Stato di sicurezza percepito dai cittadini di Settimo Torinese*", all'interno del progetto "Patto locale sulla sicurezza integrata", Settimo Torinese (2011); il saggio "Peculiarità della Val Chisone: cultura, folklore, prodotti agricoli e artigianali" in Lazzarini G. (2013), *L'unicità di un territorio montano. Usseaux e le sue borgate*, Franco Angeli, Milano.

Tiziana Iacomussi è medico specializzata in Fisiatria, Dirigente Medico presso la S.C di Medicina Fisica e Riabilitazione dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino. Autore di molte pubblicazioni scientifiche, ha partecipato spesso in qualità di relatore a congressi e convegni di settore. Oltre all'attività professionale legata alle responsabilità ospedaliere, ha svolto attività didattica presso la Scuola Universitaria interfacoltà di Scienze Motorie dell'Università degli studi di Torino dal 2000 al 2010 e successivamente presso la Scuola di Scienze Infermieristiche della stessa Università.

Guido Lazzarini è professore di Sociologia dell'Università degli studi di Torino. L'attività di ricerca si orienta prevalentemente nelle seguenti aree di interesse: *salute, famiglia, anziani e politiche sociali; percorsi di inclusione e di esclusione dal mondo del lavoro; marginalità e solidarietà sociale; rapporti e reti, intra ed intergenerazionali, nelle loro dimensioni solidaristiche e competitive; integrazione ed ordine sociale: aspetti teorici e nodi problematici; sviluppo locale & global trends*. Sulla condizione degli anziani ha pubblicato diversi saggi e report di ricerca. Fra i più recenti si ricordano: - Lazzarini G., Santagati M., (2006), *Anziani e impegno sociopolitico*, Ed. Lavoro, Roma. - Una trilogia sugli anziani non autosufficienti: Lazzarini G., Santagati M., Bollani L., (2007), *Tra cura degli altri e cura di sé. Percorsi di inclusione lavorativa e sociale delle assistenti familiari*, FrancoAngeli, Milano; Lazzarini G., Santagati M., (2008), *Anziani, famiglie e assistenti. Sviluppi del welfare locale tra invecchiamento ed immigrazione*, FrancoAngeli, Milano; Lazzarini G., Gamberini A., Palumbo S., (2011), *L'home care nel welfare sussidiario, reciprocità e ben-essere nelle relazioni di cura*, FrancoAngeli, Milano.

Elio Laudani è medico, specializzato in Patologia Generale e in Statistica Medica ad indirizzo epidemiologico. Ha lavorato come Medico di Medicina Generale. Dal 1986 lavora come medico dipendente nel SSN e dal 1999 ricopre l'incarico di Direttore del Distretto di Bra (CN). È autore di articoli su temi epidemiologici.

Ugo Marchisio è medico specializzato in Medicina Interna e Pneumologia, Direttore della Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza e del Dipartimento delle Attività Mediche dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino. Oltre all'attività professionale legata alle sue responsabilità ospedaliere, svolge attività di formazione e di ricerca nel campo della bioetica, del management clinico, della cooperazione e del volontariato internazionale per lo sviluppo nel settore sanitario, della globalizzazione della salute e della promozione dell'anziano in collaborazione con il CeRRCo.

Ha partecipato come relatore e/o moderatore a più di 100 congressi e convegni tra cui, in merito all'empowerment dell'anziano, l'International Conference on Aging Disability and Independence St Petersburg, FL, USA, 2008 con una presentazione sul "memory training"; il "12th International Conference on Mobility and Transport for Elderly and Disabled Persons (TRANSED 2010): Sustainable Transport and Travel for All'Hong Kong, 2-4 June 2010 con una presentazione su "Driving safe in your seventies and over"; la "American Society on Aging Conference" Washington DC, 28 marzo-1 aprile 2012 con una presentazione su "a new role for nursing homes, bridge between hospital and homecare". Attività formativa ECM come direttore o docente-istruttore in più di 50 eventi-progetti. Più di 50 lavori scientifici di ricerca pubblicati su riviste mediche nazionali e straniere. Coautore in 12 trattati di materia medica.

Piero Prandi è medico specializzato in Psichiatria e psicoterapeuta, già responsabile del Reparto psichiatrico dell'Ospedale di Alba, attualmente è direttore della Neuropsichiatria della Casa di Cura "Città di Bra" e direttore sanitario delle Comunità Psichiatriche Protette "Pandora" di Asti nonché consulente del Centro Ferrero di Alba e della Residenza di Rodello. Membro del Comitato esecutivo della Società Italiana di Psichiatria regionale, si è sempre occupato delle problematiche dell'anziano sia in ambito clinico che di ricerca.

Umberto Stralla è medico specializzato in Geriatria, Direttore del Pronto Soccorso di Medicina dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino. *Tutor* Valutatore ai fini del tirocinio per l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo per l'Università di Torino dal 2002, autore e coautore di libri di Geriatria, ha partecipato come moderatore e/o relatore a più di 30 convegni ed eventi formativi ECM.

Maria Francesca Vizzi è medico, specialista in Malattie Infettive e Medicina Legale, Dirigente Medico presso la Medicina Legale dell'ASL Torino 1. Svolge attività di formazione e di ricerca nel campo della bioetica, della cooperazione e del volontariato internazionale per lo sviluppo nel settore sanitario e della promozione dell'anziano in collaborazione con il CeRRCo. Ha partecipato a ricerche e convegni di Medicina Legale e collaborato alla pubblicazione di lavori e trattati, con particolare riguardo alle problematiche di anziani e disabili.

GLI AUTORI DELLE APPENDICI

Francesca Gonella è laureata in Scienze dell'Educazione presso l'Università degli Studi di Torino, specializzata in "Programmazione e Gestione dei servizi educativi e formativi", con abilitazione sanitaria fornita dall'Interfacoltà di Torino di Medicina, Psicologia e Scienze dell'Educazione, specializzanda in tecniche analogiche (Danzaterapia); lavora da circa 5 anni come Educatrice Professionale presso il reparto di riabilitazione neuro-psichiatrica della Casa di Cura "Città di Bra".

Sandra Vacchi è Infermiere Coordinatore del Servizio di Cure Domiciliari dell'Asl 3. Ha conseguito un Master Universitario in Infermieristica di Famiglia e Comunità ed in Professioni Sanitarie Forensi. All'interno del Distretto Orbassano riveste ruolo di Referente per la Formazione del Personale e Referente del Sistema di Gestione della Qualità e del Rischio Clinico; è progettista e *tutor* di percorsi formativi per il personale ed affiancatore di studenti nei Corsi di Laurea in Infermieristica e Medicina/Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino. Ha partecipato a Gruppi di Ricerca anche come collaboratore della Regione Piemonte e referente presso l'ARESS. E' Presidente dell'Associazione "*Caring in Progress - International*" che condivide e collabora con la Prof.ssa Jean Watson della *University of Colorado and Denver Health Sciences Center School of Nursing Colorado - USA ed il Watson Caring Science Institute*.

Collana "I quaderni dei Grandi Adulti". Quaderno n. 4 ALLENO LA MIA MEMORIA

Un'importante ricerca, condotta negli USA a livello federale su 2800 persone anziane, per valutare l'importanza degli esercizi mentali, ha dimostrato che coloro che avevano praticato almeno 10 esercitazioni per la memoria, riuscivano a sostenere test mentali molto meglio degli altri e i risultati rimanevano stabili per almeno tre anni. Era anche aumentata l'autostima e l'autofiducia consentendo a queste persone maggior efficienza nella soluzione dei problemi quotidiani della loro vita.



La memoria è la capacità di conservare le informazioni e di recuperarle, cioè quell'insieme di funzioni cerebrali che consentono di registrare messaggi o informazioni grazie alla collaborazione degli organi di senso (udito, vista, tatto...), di organizzarli e conservarli, di rievocarli quando lo si desidera. La

memoria rappresenta lo strumento che consente di conservare nel tempo traccia delle conoscenze apprese e quindi di adattarsi continuamente all'ambiente: *ricordare* è *sapersi adattare*. Il disturbo della memoria che accompagna l'invecchiamento è senza dubbio il deficit neuro-psicologico più noto e diffuso. Più della metà delle persone sopra i 65 anni lamentano una memoria meno efficiente. **Allenamento della mia Memoria** descrive in modo chiaro e con parole semplici le principali modifiche del cervello che invecchia; come funziona la memoria, da cosa dipende il suo calare conseguente l'invecchiamento, come allenarla per mantenerla giovane ed efficiente. Il cervello è in grado di mantenersi funzionalmente integro fino a tarda età. L'allenamento della memoria, (specie attraverso testi e corsi coordinati – indicati particolarmente per i residenti le strutture socio-sanitarie assistenziali –), si è dimostrato un valido rimedio anche per gli stati pre-depressivi. L'efficacia di questo allenamento migliora persino le condizioni di vita dell'anziano Alzheimer. I formatori, italiani e stranieri, co-autori del libro, spiegano questa realtà con esempi che sfociano negli "Album degli esercizi di allenamento della memoria N° 1 e N° 2" che completano il "Quaderno" stesso.

Ce.R.R.Co. Centro Ricerche e Relazioni Cornaglia
Collana "I quaderni dei Grandi Adulti".
Quaderno n. 5 **VIVERE MEGLIO LA VECCHIAIA E LA DISABILITÀ**



Le persone anziane posso soffrire di patologie multiple (comorbidità) che li rendono fragili se non disabili. È il costo della longevità. Sin dagli anni settanta è stato osservato che le persone disabili riescono a raggiungere un'età avanzata ed incontrare la comorbidità. Il Ce.R.R.Co, con la sua trentennale esperienza in Geragogia e Gerontecnologia, ha condotto studi su questi argomenti e pubblicato dei piccoli manuali della collana "La stagione dei Grandi Adulti". Lo scopo è sempre quello di cooperare al raggiungimento di una maggiore qualità di vita degli anziani, disabili o pazienti che siano. Il libro **Vivere meglio la vecchiaia e la disabilità** espone in una forma semplice e positiva come proteggere ed implementare la propria autonomia, adeguare la propria abitazione alle nuove necessità e come ci si può muovere nell'ambiente costruito nonostante gli im-

pedimenti fisici ed anche psichici. Il libro – oltre 300 pagine – non è in vendita, ma viene distribuito gratuitamente dal Ce.R.R.Co. in occasione di convegni, riunioni ed altri avvenimenti oppure può essere spedito con semplice rimborso spese postali. La moderna Geriatria e la Gerontecnologia debbono non soltanto curare i vecchi, bensì "prenderli cura" di loro, renderli protagonisti e non vittime di una vecchiaia costruita invece che subita. Ciò può avvenire soltanto attraverso una continua opera di costante educazione e di informazione per gli anziani over 65. È questa l'essenza vera della "Geragogia" scienza geriatrica moderna, la psico-pedagogia dell'invecchiamento. Le tre parti del libro contribuiscono a queste finalità.

Una casa sicura e confortevole per tutti

La casa rappresenta, nel nostro inconscio, lo spazio più intimo, il rifugio, il nido sicuro in cui soddisfare le nostre aspirazioni e necessità. La casa è un universo tutto privato in cui si nasce, si cresce, si diventa adulti. Proprio per questo la casa è uno spazio destinato a "trasformarsi", parallelamente alla trasformazione della famiglia che la abita, alla crescita ed al cambiamento dei membri di questa famiglia. È dimostrato che una casa adatta e gradevole influisce enormemente sulla qualità della vita di ogni gruppo di età. Per l'anziano, ancor più che per il resto della popolazione, la casa rappresenta un elemento di fondamentale importanza, perché è in casa che egli trascorre la maggior parte del suo tempo. L'individuazione di una soluzione abitativa idonea è trattata in questo piccolo manuale in ogni suo componente con vari suggerimenti ed esempi di organizzazione dello spazio con lo scopo principale di fornire all'utente esempi finalizzati a migliorare la sicurezza e la facilità d'uso e, quindi, a favorire un utilizzo autonomo dello spazio e delle relative attrezzature.

L'autonomia, anche una conquista

Le conoscenze scientifiche le soluzioni tecnologiche, le applicazioni pratiche, i mezzi di comunicazione consentono oggi di rimediare alle carenze di autonomia attraverso processi formativi ed assistenziali. Le persone interessate, possono trovare in se stesse risorse e capacità solo in apparenza perdute. Con questo obiettivo, questo capitolo del Quaderno, dopo aver esaminato gli ostacoli alla mobilità, il diritto al libero movimento, prende in considerazione tecniche ed ausili atti a superare barriere architettoniche, illustrando alcuni principi della fisica, basilari per individuare i punti di forza del corpo umano (baricentro, centri di movimento ed altro) su cui poter contare per compiere movimenti ed operazioni autonomamente, senza rischi e con il minimo sforzo. Poter eseguire i movimenti per adempiere alle attività quotidiane in totale autonomia, allenarsi allo scopo, conoscere strumenti ed ausili di facile reperibilità e di possibile utilizzo personale, nella propria casa, per vivere bene, per mantenere in buona efficienza il proprio corpo, per collaborare con coloro assistono o si prendono cura. Il testo è corredato di molti disegni utili a rendere più agevole e significativa la consultazione. La Gerontecnologia cerca, attraverso la tecnica e la tecnologia, e con la consulenza della Geriatria, nuovi metodi e nuovi strumenti per dare risposte qualitativamente adeguate alle persone che invecchiano.

Mobilità: La settimana di Nonno "Etto"

La presenza dell'anziano, nelle aree metropolitane, è molto evidente, palpabile. E' sufficiente osservare un qualsiasi giardino pubblico di un qualsiasi quartiere urbano per capire la dimensione del problema. Molto spesso si tratta di persone che hanno ancora molte energie da spendere, sia fisiche che mentali, che in qualche modo potrebbero mettere a disposizione della società. Ci troviamo dunque di fronte ad una presenza di popolazione anziana molto alta percentualmente (oggi una persona su quattro ha più di 65 anni) ma non possiamo più considerare anziana una persona di 65 anni. Tra i diversi obiettivi di questo capitolo, quello di fornire un esempio, quello di nonno Etto, particolarmente attivo, capace di non lasciarsi emarginare. Altro obiettivo porre all'attenzione della collettività l'inserimento dell'anziano nella vita sociale e produttiva ed evitarne l'emarginazione che l'autore descrive attraverso l'agenda di nonno Etto sulla quale annota i propri impegni, che come tutte le agende contiene anche informazioni, aforismi, massime di vita. Le vignette del famoso Professor Calorio rendono ancor più gradevole la lettura del quaderno.

Ce.R.R.Co. Centro Ricerche e Relazioni Cornaglia
Collana "I quaderni dei Grandi Adulti".

Quaderno n. 6 GUIDARE IN SICUREZZA ANCHE A SETTANT'ANNI E OLTRE



È uno dei più letti "quaderni" della collana. Gli incidenti stradali uccidono più delle guerre in corso: sono la prima causa di morte dei giovani under 30. Gli anziani non sembrano invece essere così coinvolti né essere particolarmente "pericolosi", anzi, il numero degli anziani che guidano un veicolo sulle strade del mondo costituisce una quota di mercato sempre più importante per l'industria, per la politica e per l'economia. Infatti, la possibilità di muoversi nell'ambiente colonizzato dall'uomo utilizzando autoveicoli, privati o gestiti come pubblico servizio, è una pietra di volta dell'autosufficienza e dell'empowerment delle persone anziane. Invecchiando, in compagnia di limitazioni fisiche e problemi di salute, che cosa cambia nel comportamento e nei rischi alla guida? Le persone anziane non sono il maggior pericolo della strada: come guidatori essi sono responsabili di un minor numero

di incidenti stradali di quelli causati da persone più giovani. Le ridotte facoltà cognitive e sensoriali dell'anziano sono controbilanciate dal ridotto numero di ore o chilometri guidati. Gli incidenti accadono per vari motivi: disattenzione, trasgressione e scarse abilità di guida. Gli incidenti causati da anziani over 70, automobilisti o pedoni che siano, hanno un elevato indice di mortalità dovuta alle peggiori dinamiche. Le persone anziane coinvolte in incidenti stradali (come guidatori, passeggeri, ciclisti o pedoni) hanno un elevato rischio di morte proprio per la loro età avanzata e le loro pre-esistenti patologie che complicano e peggiorano la prognosi di ogni tipo di trauma. L'analisi del giorno della settimana, delle fasce orarie e della stagione evidenzia che gli anziani causano incidenti mortali per lo più quando si trovano a fronteggiare località sconosciute o situazioni inattese e che sono utenti della strada "deboli", "fragili", piuttosto che spericolati automobilisti. Le auto dovranno a loro volta essere predisposte ed accessoriate per una guida facile e sicura anche in tarda età. La formazione, l'aggiornamento e la responsabilità nella rivalutazione delle capacità di guida continuano come cultura della sicurezza per tutte le fasce di età, anziani inclusi. La ricerca del Ce.R.R.Co. ha voluto studiare il comportamento degli automobilisti over 70, sottoporre i dati oggettivi degli incidenti stradali in cui sono stati coinvolti ad un panel di esperti per ottenere con i loro contributi nuove linee guida finalizzate a questo scopo. Suggestire agli anziani qualche idea e qualche stimolo a vantaggio della sicurezza e della loro autonomia. La metodologia seguita ha considerato i contributi preziosi della Polizia della Strada della Provincia di Cuneo, del Centro Ricerche Fiat, del Politecnico di Torino e degli specialisti medici, ingegneri, sociologi e psicologi che hanno costituito il panel di esperti consultati. La ricerca si è concentrata nella Provincia di Cuneo, fra le più estese d'Italia e con il triste primato del maggior numero di incidenti automobilistici per abitante. Tuttavia la mortalità per incidenti stradali è stata abbattuta, tra il 2000 e il 2009, di oltre il 50% raggiungendo e superando l'obiettivo della campagna EU in corso di una riduzione del 50% della mortalità nel 2010 rispetto al 2000: in Europa è stata solo del 33% e in Italia del 37%.