# I QUADERNI DEL CENTRO CORNAGLIA

Giovanni Asteggiano - Fabrizio Astrua - Paolo Astrua - Luciano Bertolusso - Domenico Bertorello - Dario Bracco - Silvia Bracco - Giorgio Maria Bressa - Simona Brino - Angela Friscia - Elio Laudani - Guido Lazzarini - Ugo Marchisio - Antonella Palmisano - Pierangelo Pieroni - Pietro Piumetti - Piero Prandi - Umberto Stralla

Editor: Dario Bracco e Ugo Marchisio

# ANZIANI VERSO IL 2020

# DA SOPRAVVISSUTI A PROTAGONISTI SOCIALI



LA STAGIONE DEI GRANDI ADULTI

A chi compirà 70 anni nel 2020; a chi li ha già compiuti e a chi non riuscirà a compierli. A chi per amore o per lavoro si prende cura degli Anziani © Tutti i diritti riservati Aprile 2015

NON IN VENDITA

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

NON IN VENDITA. Il libro non è in vendita, ma viene realizzato in forma digitale e inserito sul sito del Ce.R.R.Co. dal quale è possibile scaricarlo gratuitamente.

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

# I QUADERNI DEL CENTRO CORNAGLIA

# La stagione dei Grandi Adulti

# **ANZIANI VERSO IL 2020**

# DA SOPRAVVISSUTI A PROTAGONISTI SOCIALI

#### Autori

Giovanni Asteggiano - Fabrizio Astrua - Paolo Astrua -Luciano Bertolusso - Domenico Bertorello - Dario Bracco Silvia Bracco - Giorgio Maria Bressa - Simona Brino Angela Friscia - Elio Laudani - Guido Lazzarini Ugo Marchisio - Antonella Palmisano - Pierangelo Pieroni Pietro Piumetti - Piero Prandi - Umberto Stralla

Editor: Dario Bracco e Ugo Marchisio

Autori delle Appendici
Paolo Astrua
Dario Bracco
Antonella Palmisano

QUADERNO N. 8

Questa pubblicazione è stata realizzata con il sostegno

della **FONDAZIONE CRT** 

# Si ringrazia:

La Fondazione Cassa di Risparmio di Torino

Ufficio Diocesano per la Pastorale

degli Anziani e della Salute di Alba

ASA - American Society on Aging

FNG - Féderation National Française de Gérontologie

ISG - International Society of Gerontechnology

ICAA - International Council on Active Aging

La Comunecazione di Bra

L'ASL CN 2

Don Marco Brunetti

Direttore Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute di Torino

# Con il patrocinio di:









<sup>\*</sup> richiesto

# **INDICE**

Presentazione Don Marco Brunetti	9
Introduzione U. Marchisio	11
Prima parte: <i>Tekne, Logos,Ethos:</i>	
Cultura - formazione - management	
Ugo Marchisio	21
Guido Lazzarini Simona Brino	
Seconda parte: Neuroni e Società	
Giovanni Asteggiano	51
Pietro Piumetti	85
Terza parte: Psiche e Spirito	
Giorgio Maria Bressa - Piero Prandi	125
Domenico Bertorello	
Quarta parte: Attività fisica e benessere	
Antonella Palmisano	161
Silvia Bracco	191
QUINTA PARTE: Medicina, Farmaci e Nutrizione	
Umberto Stralla	221
Elio Laudani	
Luciano Bertolusso	241
Pierangelo Pieroni	
Sesta parte: Ambiente, Strutture e nuovi Servizi	
Dario Bracco	283
Fabrizio Astrua - Angela Friscia	

## Presentazione

Can. Marco Brunetti Responsabile Regione Piemonte Pastorale della Salute



È sotto gli occhi di tutti come l'aspettativa di vita si sia allungata, sociologi e statistiche dicono che ormai sono alcune migliaia gli ultracentenari, spostando l'asticella della media della vita abbondantemente sopra gli ottant'anni.

Questo fatto da una parte ci rallegra dall'altra ci apre nuove problematiche sociali, sanitarie ed etiche.

Socialmente sappiamo che la famiglia sta vivendo una stagione difficile e i "grandi vecchi", spesso soli, rappresentano un problema per i molti figli unici, che si trovano, ormai anziani anche loro a dover accudire i loro genitori molto più anziani.

Ricordo una direttrice di RSA che un giorno mi disse che nella sua struttura per anziani, ormai capitava sempre più sovente che avesse come ospiti genitori e figli, in quanto entrambi anziani.

Ovviamente si apre anche un problema di sostenibilità economica, con costi sociali non indifferenti. La pensione sociale, o quella di vecchiaia potrà essere garantita in futuro a tutti gli anziani che vivranno a lungo sino alla soglia se non di più dei cent'anni?

Credo che si apra una questione intergenerazionale, fra giovani e vecchi, che bisogna affrontare. Non possiamo però non considerare gli anziani anche una risorsa importante per la nostra Società, vi sono ruoli e compiti che se non fossero svolti da anziani, ancora in salute, creerebbero dei veri buchi, in costi aggiuntivi per le giovani famiglie, che trovano nei nonni un ottimo risparmio, o a tante associazioni che si reggono per garantire i loro servizi su molti anziani pensionati.

Da questo punto di vista, il libro bene afferma nel titolo, "Anziani verso il 2020, da sopravvissuti a protagonisti sociali".

L'avanzamento dell'età, ovviamente si è reso possibile anche grazie all'avanzamento della medicina. Il progresso scientifico ha permesso a gran parte della popolazione di vivere più a lungo, ma in quali condizioni? Si pone il problema della qualità della vita.

La cronicità delle malattie e la non autosufficienza di molti anziani pongono dei seri problemi al Sistema Sanitario Nazionale, aprendo un grosso dibattito sui livelli essenziali di assistenza, che per legge vanno sempre garantiti ai cittadini, e l'assistenza sociale alla persona.

È evidente che questa situazione apre ad una questione etica.

La centralità dell'anziano considerato persona sempre, qualsiasi sia la sua situazione socio-sanitaria, l'allocazione di risorse che non penalizzino l'anziano, la cura e l'affetto verso coloro che rappresentano il nostro passato e dunque le nostre radici, rimangono i punti fondamentali per un'etica personalista.

Papa Francesco più volte, in questi suoi primi anni di Pontificato, ha parlato di anziano e lo ha sempre fatto in modo positivo, considerandoli come risorse per la società e la Chiesa, in quanto sono portatori di esperienza e di saggezza. Più volte ha detto no alla cultura dello scarto, a chi considera l'anziano un peso, o un costo per la società, chiedendo per loro dignità e rispetto.

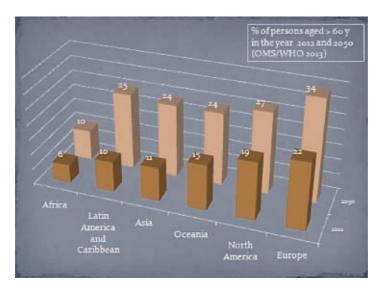
Questo libro, scritto a più mani, aiuterà i lettori ad immergersi nel pianeta anziani analizzando ed approfondendo tutti gli aspetti che lo riguardano, da diversi punti di vista, per giungere al 2020 preparati e ben disposti verso coloro che rappresentano la maggioranza della nostra società avanzata e moderna, con la certezza che bisogna non solo dare più anni alla vita, ma anche più vita agli anni.

## Introduzione e conduzione testo



Ugo Marchisio
Dirigente Medico

L'anno 2020 ("Twenty Twenty") segnerà un giro di boa importante per l'umanità. Vedrà infatti l'impatto dei Baby Boomers europei (quelli americani ci sono già arrivati adesso...) con l'età senile. Un vero "silver tsunami" di settantenni, tantissimi ed invecchiati tutti insieme, si abbatterà sul sistema socio sanitario ed assistenziale dei Paesi ad alto reddito. Ma anche i Paesi emergenti e, presto, addirittura quelli a bassissimo reddito vedranno esplodere la popolazione anziana al di là di ogni precedente esperienza (vedi figura). Non per niente il programma "Helthy People 2020" del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani (USA), una specie di "road map" omnicomprensiva per la sa-



lute ed il benessere che prende in considerazione I determinanti sociali della salute, l'equità dei servizi, gli stili di vita ecc., include tutta una serie di capitoli specifici riguardanti le persone anziane.

Il sociologo francese Labit definisce questi "nuovi vecchi" come "pensionati che non sono mai stati così numerosi, in buona salute, agiati, attivi e socialmente ben inseriti, che hanno conosciuto o partecipato ai movimenti di liberazione fin dal '68: ecologia, femminismo ... Donne pensionate che hanno lavorato, hanno divorziato, sono vissute da single... Dei pensionati che non vogliono invecchiare allo stesso modo dei loro genitori".

La generazione dei "Baby Boomers" è stata quella più fortunata (materialmente parlando...) dall'inizio dell'umanità! Ma è anche l'ultima ad aver registrato un progresso continuo rispetto a quelle precedenti: i loro figli, almeno per i Paesi ricchi occidentali, non godranno certamente di ulteriore benessere, anzi, si potranno dire fortunati se non lo vedranno regredire!

Questa nuova generazione di anziani, preparata, esigente e forse anche un po' edonistica e "viziata", non potrà assolutamente accontentarsi di quanto i nostri sistemi di welfare, anche quelli più universalistici, solidali ed evoluti come abbiamo in Europa, hanno finora offerto ai cittadini anziani. Un tetto, la soddisfazione dei bisogni elementari e le cure mediche essenziali non bastano più.

Nuovi bisogni e nuove prospettive aprono alla novità facendo intravvedere, al di là della soluzione dei problemi concreti di base, anche lo sviluppo della dimensione umana, relazionale, culturale, emotiva e spirituale. Il Ce.R.R.Co. è sempre stato molto attento a questi aspetti dell'"empowerment" dell'anziano di oggi. Accanto a problematiche tecniche e specifiche, come il memory training o la guida sicura oltre i 70 anni, ha sviluppato tematiche legate al significato del prendersi cura, alla formazione e alla qualità dei care givers profes-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> "Des retraités qui n'ont jamais été aussi nombreux, en bonne santé, aisés, actifs et insérés socialement, qui ont connu ou participé aux mouvements de libération issus de '68: écologie, féminisme... Des femmes retraitées qui ont travaillé, ont divorcé, ont vecu seules, des retraités qui ne veulent pas vieillir comme leurs parents" (Labit 2013).



sionisti ed al nuovo ruolo dei servizi residenziali socio-sanitari, "ponte" tra le cure ospedaliere e quelle domiciliari. Con questo quaderno esploreremo frontiere ancora più profonde e finora poco considerate, ma per l'anziano che verrà estremamente importanti, quali l'emotività, il problema delle dipendenze, l'umanizzazione delle cure mediche, la resilienza e la spiritualità (religiosa o laica che sia).

Forse è proprio dai nostri archetipi psicologici "latini" e "mediterranei" che deriva questa attenzione agli aspetti meno razionali e tecnologici della "advocacy" dell'anziano. Come Ce.R.R.Co. abbiamo imperniato il nostro intervento all'ultimo convegno internazionale della American Society on Aging (ASA - San Diego - 2014), "technology, management/economics and human caring", sintonizzati sempre sulla frequenza dello "human touch". Crediamo infatti che queste tre realtà devono essere sviluppate in modo unitario e integrato, orientato alla persona anziana per assicurarle il meglio dei servizi di cui ha bisogno.

La cultura diametralmente opposta a quella dell'"empowerment" delle persone anziane è il cosiddetto "ageism", termine coniato dallo psichiatra e gerontologo americano Robert N Butler che così lo spiega: "le basi sottostanti all'ageism sono il sogno e la paura di invecchiare, diventare malati e dipendenti, avvicinarsi sempre più alla mor-

te. La gente è spaventata e questo porta ad una profonda ambivalenza". Nella Vita quotidiana, l'ageism non si manifesta solo nella discriminazione (per esempio sul lavoro) e nella ostilità spicciola, ma arriva all'abuso e alla frode sistematica. Negli USA si stima che circa il 10% degli anziani sia maltrattata, trascurata o sfruttata ogni anno (Beach 2010, Acieno 2010). Per ogni caso che viene alla luce, altri 23,5 restano nell'ombra (Lifespan of Greater Rochester et al, 2011). 47% degli anziani con demenza curati a casa vengono maltrattati o trascurati da parte dei loro caregivers (Winglesworth et al, 2010). Connolly (Generations, 2012) afferma: "gli esperti sostengono che quanto noi conosciamo circa i maltrattamenti verso gli anziani è un buon 40 anni indietro la nostra conoscenza circa l'abuso dei bambini e 20 rispetto a quanto sappiamo della violenza domestica".

Noi invece crediamo fermamente che gli anziani, soprattutto la generazione dei baby boomers, non debbano assolutamente essere visti come un inutile fardello assistenziale, o al massimo come una risorsa sottovalutata, ma siano capaci di produrre valore per tutta la società. Secondo il sociologo statunitense Olshansky, riuscire a far invecchiare in salute la popolazione è un investimento e assicurare una longevità



attiva alla generazione dei baby boomers trasforma il "silver tsunami" in una vero e proprio "dividendo" economico<sup>2</sup>.

E gli slogan per invecchiare bene restano ancora per noi "Active Aging" [invecchiamento attivo], "Lifelong Learning" [imparare lungo tutta la vita fino al suo termine] e "Staying in place", [rimanee a domicilio o, comunque, nell'ambiente dove si è sempre vissuti]: tutti cavalli di battaglia del Ce.R.R.Co. nella sua attività di "think tank" italiana, sia attraverso le pubblicazioni, sia in convegni, conferenze, eventi formativi ecc.

Ma che fare quando lo stato di buona salute viene meno o è ad alto rischio di deteriorarsi da un momento all'altro? Ci troviamo di fronte al grosso problema dell'anziano "fragile", termine tecnico geriatrico-gerontologico che definisce una condizione funzionale globale ad alto rischio di sviluppare uno stato di dipendenza e perdita di autonomia. La scala di valutazione della fragilità più accreditata è la "Fried phenotype score" che utilizza 5 indicatori fisiopatologici: affaticamento, perdita di appetito, debolezza muscolare, rallentamento nel camminare e inattività fisica.

La figura, tratta da una recentissima indagine epidemiologica francese³, mostra un ripido incremento della percentuale di anziani fragili (con tre o più degli indicatori di Fried alterati) attorno all'età di 75-80 anni. Investire in salute significa quindi, soprattutto, focalizzare la nostra attenzione sulla popolazione fragile e pre-fragile, più che sull'aumentato numero di anziani in sé e per sé. Probabilmente i "Nuovi Vecchi" avranno una distribuzione epidemiologica della fragilità migliore di quella odierna, ma certamente il numero totale di persone fragili, in termini assoluti, è destinato ad aumentare e la prevenzione della fragilità diventa di importanza fondamentale nelle politiche socio-sanitarie dei prossimi anni.

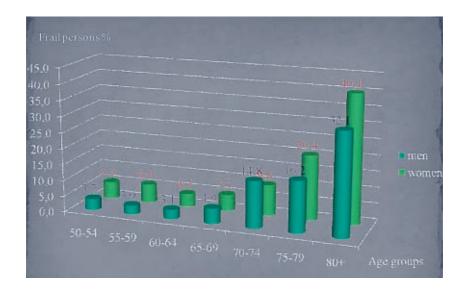
<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Daniel Callaham, False Hopes, Why America's quest for Perfect Health is a Recipe for Failure (Kindle Edition, 1998).

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> "The longevity dividend: health as an investment" (Olshansky SJ et al, The Journal of Active Aging, 2013).

Il mondo odierno è sempre più pieno di consumismo sanitario, di passaggio dalla medicina dei bisogni a quella dei desideri, di "disease mongering" [medicalizzazione di stati non patologici a fini commerciali] e di "giovanilismo" imperante. È ora di smettere di medicalizzare anche l'invecchiamento e spacciare come atto terapeutico ogni tentativo commerciabile per rimanere giovani... Non è altro che un ennesimo inganno della "Biolatry" (da Biology + Idolatry): l'illimitata e incondizionata fiducia nel potere dell'uomo sulla natura; l'utopistico sogno di poter autodeterminare ogni fenomeno biologico e della "infinita possibilità di miglioramento della condizione umana", come afferma Daniel Callaham, filosofo americano, particolarmente attivo nel campo della bioetica<sup>4</sup>.

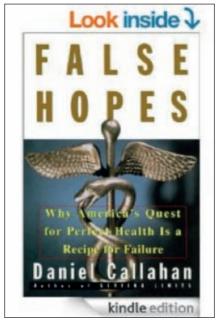
Noi invece condividiamo (e pensiamo che siano particolarmente preziose nel campo della Geriatria) le posizioni espresse da movimenti come "Choosing Wisely" (UK) e "Slow Medicine" (Italia) che hanno per slogan "di più non vuol dire meglio" e "per una medicina sobria, rispettosa, giusta". Questa impostazione culturale circa il senso della salute e della medicina si inserisce bene, secondo noi, in una "bioetica personalistica" che si focalizza, appunto, sulla persona, messa al centro e riconosciuta in ogni essere umano ed in tutte le condizioni della

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Questions d'économie de la santé, 2013.



vita, compresa l'età senile, la malattia, la prossimità alla morte e la disabilità. Approfondiremo questi aspetti bioetici nei capitoli dedicati alla salute fisica e mentale dell'anziano, esplorando anche le esperienze, della bioetica "narrativa" e della "bedside bioetics", molto utili a valorizzare la ricchezza esistenziale e spirituale dell'anziano.

Lo "human touch" riguarda, in primo luogo, chi ha direttamente in cura gli anziani malati o non autosufficienti. Sia in USA che in Europa, "quella dei PCA (Personal Care Aides = collaboratori familiari o "badanti") è l'occupazione a più veloce espansione: negli USA ha prodotto 600.000 nuovi posti di lavoro tra il 2010 ed il 2020; altri 800.000 erano già impiegati in programmi di Medicaid [istituto governativo che assicu-





ra l'assistenza medica alle persone indigenti]. L'addestramento, però, è molto indietro" (Aging Today, 2013). "La problematica qualità dei lavori implicanti un servizio alla persona – bassi salari, formazione inadeguata e mancanza di supervisione e controllo di qualità – minano ogni nostro sforzo di reclutare e fidelizzare i professionisti" (D Seavey and A Marquand, Generation, 2013)<sup>5</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Circa le iniziative legislative, gli indicatori di qualità professionale e I requisiti minimi dei corsi di formazione per i PCA, in USA e EU, vedi per esempio CQL/HSRI (2009) and ACA-PHCAST in USA; European Quality Framework for long-term care services (WeDO-AGE Platform-2012); Enquete Drees Handicap santé auprès des aidants informels, 2008 (France); Conference sur le "Proche aidant" (Lausanne, 2011); guidelines NICE and SCIE (UK).

Esistono oggi programmi formativi "basati sull'evidenza" (Evidence-Based o EB), come il "Plan Alzheimer" in Francia, che mirano ad un giusto equilibrio dei ruoli tra caregiver informali/familiari e operatori professionali di cure domiciliari/residenziali, approcci standardizzati and approcci personalizzati (Pierre Marie Charazac, "Vieillessement et formation" - "Apprendre aux aidants [ce] qu'ils savent faire", Gérontologie et Société, Dec 2013).

Ulteriori ragguagli sulle specifiche problematiche trattate nel quaderno verranno forniti all'inizio di ogni sezione. Per essere positivi e dare speranze al lettore, ogni capitolo si conclude con proposte, idee, descrizione di iniziative valide già in atto ecc., incluse direttamente nel testo oppure allegate come appendice a sé stante.

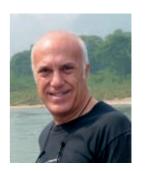
#### Bibliografia di riferimento

RAMPINI F. - Voi avete gli orologi, noi abbiamo il tempo. Manifesto generazionale per non rinunciare al futuro, Mondadori, 2012.

DAVINI O. - Il prezzo della salute: per un sistema sanitario sostenibile nel terzo millennio, Nutrimenti, 2013.

# PRIMA PARTE

# Tekne, Logos, Ethos: Cultura - Formazione - Management



Ugo Marchisio

Dirigente Medico

#### L'arte di invecchiare bene

Il filosofo greco Anacreonte (VI secolo AC) scriveva: "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" ... questa certamente non è l'idea di invecchiare bene che ha la nuova generazione di baby boomers che si affaccia alla senilità!

Lo stesso vale per il famoso aforisma di Terenzio (Publius Terentius Afro - II sec. AC): "senectus ipsa morbus" (la vecchiaia è di per sé una malattia". I Geriatri aborriscono questo concetto e si battono proprio per assicurare all'essere umano che invecchia uno stato globale di benessere psico-fisico il più possibile pieno (anche se magari diverso) come quando era giovane.

Per l'OMS/WHO (Organizzazione Mondiale di Sanità) gli elementi per invecchiare bene sono: la partecipazione/inserimento sociale, la salute fisica e mentale e la sicurezza.

L'immunologo clinico tedesco Georg Wick (che ha studiato a fondo i fenomeni biologici dell'invecchiamento e ne ha anche fatto oggetto di speculazione filosofica) fa notare che "nonostante l'aspettativa di vita sia aumentata, è rimasta connessa con un più o meno costante valore

della massima età raggiungibile. Questa osservazione è una delle più importanti indicazioni che il processo di invecchiamento è governato da fattori sia genetici che ambientali". Quelli ambientali sono stati ovviamente molto modificati dal progresso umano, mentre quelli genetici restano praticamente come all'età della pietra. Per dirla con le parole dei biologi evoluzionisti Nesse e Williams: "Il prezzo di non essere divorati da un leone all'età di trenta anni può essere un attacco cardiaco a ottanta".

Georg Wick, ricapitolando tutti i suoi studi in campo biologico sull'invecchiamento, lancia la parola d'ordine delle "tre L" (in tedesco):

- 1. *Lieben* (amare): in senso lato, mantenere vivi e ricchi i contatti sociali e le amicizie
- 2. *Laufen* (correre): non in senso letterale (la corsa in genere non è salutare per l'anziano), ma in senso lato come attività fisica guidata e stili di vita corretti
- 3. *Lernen* (imparare): mantenere un costante stimolo intellettuale (lifelong learning).

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Nesse RM and Williams GC, Why we get sick. The new science of darwinian medicine, New York, Vintage Books/RandomHouse, 1996

# L'INVECCHIAMENTO POSITIVO, UNA SFIDA GIOCATA TUTTORA A LIVELLO PERSONALE

Guido Lazzarini
Sociologo
Simona Brino
Laureata in Economia



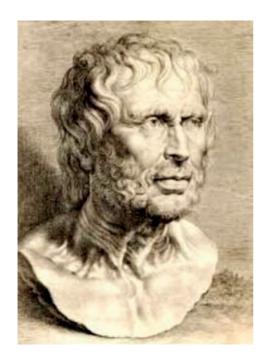


## Alla ricerca di un protagonismo da conservare

#### Introduzione

Sono in atto mutamenti profondi nella struttura socio-culturale della società italiana (e mondiale) per diversi fattori; fra questi, e non ultimo, l'invecchiamento della popolazione. Siamo infatti di fronte ad un accentuato invecchiamento della popolazione dovuto all'innalzamento della speranza di vita ed al concomitante fenomeno di riduzione della natalità: tanto da prevedere un sempre più consistente numero di uomini e donne con davanti a sé molti anni di inattività, almeno nel senso tradizionale del termine, e al tempo stesso, con notevoli potenzialità e risorse che rischiano di andare perdute. Ciò pone seri problemi non solo di natura economica ma anche, e soprattutto, di ordine etico-sociale.

Il pensionamento, in una società dominata dalla centralità del lavoro, produce tuttora contraccolpi negativi a livello psicologico per la perdita del ruolo sociale e stati di marginalità e solitudine in coloro che non sono riusciti a prevedere e organizzare una continuazione di vita attiva e significativa, ma il numero di costoro è destinato a ridursi nei prossimi anni perché arriveranno alla pensione persone via via più abili nell'organizzarsi una seconda vita.



Lucio Anneo Seneca (0a.C. - 65 d.C.) che esaltò, nel "de otio", la vita ritirata, serena, dedicata alla cultura e all'arte.

Gli interventi per gli anziani messi in atto a livello di privato o di privato sociale, tengono presenti queste problematiche e offrono università della terza età, gruppi di volontariato, ecc. in vista di un reale re-inserimento nel tessuto sociale. Ma a livello pubblico ci si limita essenzialmente ad interventi a favore della condizione dell'anziano non autosufficiente. Per un pieno riconoscimento dei diritti e valori della terza età nella cultura e nella società attuale permane l'impegno personale di ogni singolo a cercare soluzioni che gli permettano una significativa qualità della vita, in quanto tuttora non esiste una cultura della terza età che riconosca dignità di cittadinanza alle persone in pensione.

La letteratura sociologica, psicologica e geriatrica evidenzia un aumento del numero delle singole persone che riescono ad organizzarsi percorsi di vita attivi, dandosi programmi e mete da raggiungere o, semplicemente, impegni quotidiani di aiuto ai vicini e/o alla famiglia dei figli.

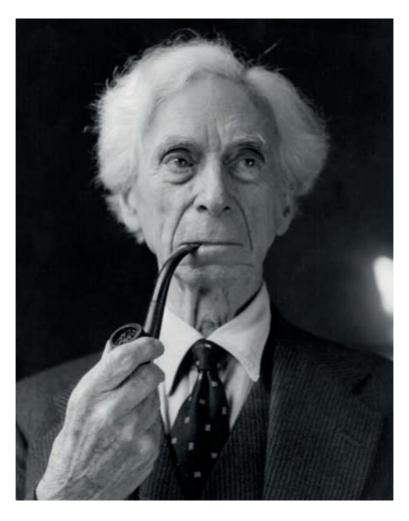
In linea di massima emergono tre tipologie di pensionati:

- 1. un quarto dell'universo degli anziani entra in un atteggiamento rinunciatario rispetto a qualsiasi attività, se non le piccole incombenze familiari, una forma di totale riposo;
- 2. un 50% si dà un programma di vita tendenzialmente "attivo occasionale", legato a circostanze che comportano un impegno limitato nel tempo: ma è tra questi che, via via, crescerà il numero di coloro che avvieranno modalità di vita veramente "nuove", come già avviene in alcuni Paesi, quali il Canada, gli USA e l'Australia, con atteggiamenti, comportamenti e valori molto diversificati e di cui si dà conto nella seconda parte del presente capitolo;

3. il rimanente 25%, presenta una tipologia di anziano "attivo senza età definita" che continua l'attività di sempre (professionisti, negozianti, agricoltori, ecc.)<sup>7</sup>.

La mitizzazione dell'età giovanile, nella nostra cultura, ha ricadute negative sia sul mondo dei giovani sia su quello degli anziani in quan-

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Colasanto M., Marcaletti F., *Lavoro e invecchiamento attivo*, Franco Angeli, Milano, 2007.



Bertrand Russell, filosofo contemporaneo inglese, che scrisse l'"Elogio dell'ozio", riprendendo in chiave moderna le stesse riflessioni di Seneca.

to concorre a ingenerare una visione riduttiva del senso della vita nel suo complesso impedendo una corretta percezione dello scorrere del tempo reale, in particolare su quella porzione di popolazione anziana che si percepisce perdente, votata all'insignificanza, specie per la scarsità, o assenza, di dialogo con i giovani più interessati alla realtà virtuale che alle storie di vita di chi li ha preceduti. L'esaltazione della cultura del lavoro come momento esclusivo della realizzazione umana, a livello sia personale sia sociale, ha inoltre prodotto la caduta di attenzione attorno al valore dell'otium inteso come tempo di rigenerazione interiore e di affinamento culturale e spirituale. Si aggiunga poi ancora la centralità assunta dai beni e dai valori materiali a scapito di quelli spirituali, morali e culturali per cui l'invecchiamento può essere subito passivamente o rifiutato, accentuando la situazione di isolamento e marginalità. La ricerca di una possibile via d'uscita, da parte dell'anziano, spesso vittima di questo processo, non si improvvisa: è frutto di attitudini acquisite nel tempo e a lungo coltivate che, al contempo, esigono, per poter essere pienamente realizzate, un sostegno socio-culturale mirato.

Ci si chiede se, in questo tempo di crisi, il fatto che l'anziano percepisca un reddito certo (la pensione) sia un fattore capace di liberarlo, almeno in parte, dallo stato di emarginazione in cui si viene a trovare, visto il ruolo di aiuto a figli o nipoti spesso in difficoltà economica. Se, da un lato, la pensione del nonno costituisce un'entrata sicura, almeno finché è autosufficiente, non ha tuttavia incidenza sugli orientamenti culturali della società d'oggi la quale, più che mai, corre su binari sconosciuti per un numero consistente di anziani che, nel corso della vita, hanno svolto un lavoro di tipo esecutivo o, comunque, fuori da contesti favorevoli a nuove relazioni e comunicazioni, in particolare virtuali.

Gli studi in materia evidenziano uno stato di discrasia<sup>8</sup> tuttora presente nella società circa la condizione di molti anziani: una situazione di incertezza e marginalità per un numero non indifferente di persone che non riescono a darsi (o non hanno gli strumenti per darsi) una vita significativa e per un numero crescente di altre persone che avviano

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Lazzarini G., *Discrasia, patologie di un rapido mutamento sociale*, Franco Angeli, Milano, 2004.

modalità comportamentali diverse sia nel consumo di beni e servizi sia nell'attuazione di iniziative.

#### Il ruolo della terza età nella società frammentata

La salvaguardia dei diritti umani e il loro sviluppo non può limitarsi ad un'astratta affermazione di principio, ma trasformarsi in impegno a creare mentalità ed orientamenti valoriali capaci di fare spazio alle esigenze di ogni persona, unica e irrepetibile. Questa visione dell'uomo, che fa di ogni soggetto umano un'assoluta sorgente di diritti inalienabili, include attenzione alle diversità personali e alle potenzialità di ognuno nelle varie fasi della vita.



L'anziano non possiede le stesse risorse fisiche del giovane, ma il suo contributo non è, per questo, meno fecondo: si pensi al valore della continuità col passato e dell'esperienza di vita in una società attenta prevalentemente al presente e frammentata per una pluralità di valori indifferenziati tra di loro per cui è difficile individuare una graduatoria in quanto mancano punti di riferimento. La perdita della memoria storica è una delle cause, forse la principale, del disorientamento. Si avverte la necessità del confronto intergenerazionale per recuperare una visione più oggettiva e critica del presente, per poter evitare sia giudizi radicalmente negativi sia esaltazioni e giustificazioni gratuite. Il criterio dell'efficienza produttiva non può configurarsi come parametro di valutazione delle prestazioni umane. Assume invece grande rilievo la capacità di dar vita ad una più stretta relazione tra tempo del lavoro e tempo del non lavoro, di restituire significato a quelle attività rigenerative che non rientrano negli schemi del rigido utilitarismo economico.

La vera liberazione impone di promuovere interesse per attività quali la formazione culturale e artistica, gli hobby individuali, l'impegno verso gli altri, l'approfondimento dei rapporti umani, nella consapevolezza che tali momenti significativi dell'esperienza umana concorrono a dare piena espressione al bisogno di identità del soggetto in tutte le fasi della vita e, in questo contesto culturale, ci sarebbe spazio vitale per tutti..

La ghettizzazione della senilità, e di ogni condizione non rispondente agli standard previsti dalla cultura dominante è tuttora ritenuta improduttiva, o comunque di disturbo, ha origine da una concezione riduttiva dell'uomo: il riscatto da tale situazione trova i suoi presupposti in una diversa visione dell'uomo e del senso della sua esistenza, ma necessita di una elaborazione più attenta alla complessità della condizione degli uomini e promotrice di cammini di umanizzazione per tutti<sup>9</sup>.

La scelte in ordine alle politiche della terza età finora praticate ri-

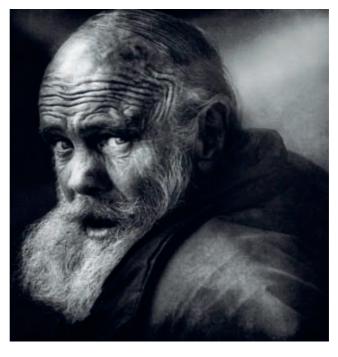
<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> La realizzazione del dialogo tra generazioni rende possibile la costruzione di uno spazio d'interazione in cui la diversità degli orientamenti pone le basi per un arricchimento reciproco. Cfr. Cugno A., *Il dialogo tra generazioni*, Franco Angeli, Milano, 2004.

flettono il permanere di una mentalità secondo la quale la senilità è fatta oggetto di attenzione sociale soltanto dal punto di vista assistenziale. Pur riconoscendo la necessità di tali scelte, non si può negare che esse rientrino in una prospettiva di approccio al problema del tutto limitata e insufficiente. Una seria politica per gli anziani deve considerare tale condizione di vita nella sua globalità, accogliendo le esigenze dell'anziano in quanto tale, dando risposte anche alle legittime aspettative degli autosufficienti che, pur non avendo bisogno di forme particolari di assistenza, vivono sensazioni di inutilità.

È necessario ripensare globalmente la cultura promovendo azioni orientate allo sviluppo umano. La rapidità delle informazioni e il mutamento dei valori culturali impongono alle persone capacità di adattamento, non facilmente compatibili con la struttura mentale e le abitudini acquisite da chi è anziano.

L'apporto dell'anziano che, in altre società più tradizionali e più statiche, era considerato essenziale e la sua integrazione nel contesto familiare e sociale era totale: oggi rischia di essere misconosciuto nel suo significato. La cultura dominante è incline a valorizzare le capacità previsionali in ordine al futuro più che a custodire la memoria del passato. Non si può negare che proprio l'assenza di un nuovo rapporto vi-

tale col passato sia uno dei fattori fondamentali dell'impoverimento della nostra società e una delle cause del malessere esistenziale che connota l'odierna condizione umana: l'anziano, per l'esperienza acquisita negli anni, è portatore di una visione realistica dell'esistenza che insegna a fare i conti anche con i limiti che la connotano.



La valorizzazione dell'età anziana passa attraverso l'attuazione di un'azione politica che sappia inventare spazi di partecipazione e di presenza per gli anziani, nei quali essi possano proficuamente esprimere la propria personalità, magari in attività di reale servizio verso tutti. Va ritenuta condizione fondamentale che tale politica venga programmata insieme a loro, se non si vuole che l'anziano si senta oggetto di attenzione da parte di altri e non il vero protagonista della propria crescita: è indispensabile che le varie iniziative tese a inserirlo nelle vita sociale lo vedano partecipe in prima persona della loro stessa ideazione. Il contributo dell'anziano è insostituibile, soprattutto quando l'obiettivo è quello di promuovere un effettivo miglioramento della qualità della vita in tutti i suoi aspetti.

## Costruire la propria identità sociale lungo tutto l'arco della vita e contribuire a promuovere una nuova cultura

È da sfatare il luogo comune che considera "gli anziani" come categoria indistinta: esiste, per contro, l'anziano singolo, ciascuno con la propria storia di vita. È necessario evitare di continuare a costruire categorie preconcette che, nel linguaggio comune, definiscono le persone non per se stesse, ma come appartenenti, in modo indistinto, ad una



categoria, ad una professione o, in questo caso, alla "terza età" o allo stato di "pensionato" o di "anziano"<sup>10</sup>:

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Dovrebbe essere rivista, sulla carta d'identità, la formula "pensionato" per definire la professione, perché essere pensionati non è una professione: le persone continuano a costruirsi la vita, come da sempre!

quando una persona entra nella terza età porta con sé il cammino della sua vita e tale cammino l'ha segnato e continua a segnarlo.

Nella vita quotidiana, come nella definizione di programmi a lungo termine, è necessario includere attività significative: non è sufficiente avere cose da fare per "passare il tempo", per "occupare" il cervello tanto per tenerlo occupato. Occorre svolgere attività secondo le proprie preferenze personali, trovare gratificazione in ciò che si fa per potersi riconoscere come persona impegnata, utile a sé e agli altri ed essere riconosciuta tale dalle persone il cui giudizio è ritenuto importante. In varie ricerche sociologiche risulta evidente che le persone che hanno una buona visione di sé e del mondo, che reputano di avere una buona qualità della vita, sono coloro che ricevono riconoscimenti esterni circa il valore delle loro attività: non è sufficiente reputare significativo ciò che si fa, occorre che sia ritenuto tale dagli altri, specie dalle persone più vicine e stimate. Se chi è vicino, ad es. il partner o i figli, per spirito di protezione, esortano l'anziano a limitarsi nelle attività che desidera svolgere adducendo motivi, ad esempio, di salvaguardia della sua salute, spesso non si rendono conto di togliergli "ragioni di vita", spirito d'iniziativa, rischiando quasi di "soffocarlo". Se, invece, riconoscono il valore delle sue azioni, di fatto, lo aiutano a conservare salute mentale, autonomia e autosufficienza<sup>11</sup>.

La qualità della vita dipende fortemente dalla programmazione che una persona sa dare alla propria vita e perché vi resti fedele ha bisogno di riferimenti esterni, impegni verso terze persone e/o organizzazioni di cui fa parte<sup>12</sup>. L'avere impegni da rispettare permette di superare la "fatica" dell'avviare iniziative e di continuarle consapevoli che, poi, si proverà soddisfazione. Un sostegno al rimanere attivi è certamente il

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> È noto che, attraverso la partecipazione a gruppi e associazioni, anche l'anziano non propenso ad essere attivo trova opportunità di impegno, anche in vista del bene comune. Lazzarini G., Santagati M., *Anziani e impegno sociopolitico*, ed. Lavoro, Roma, 2006.

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Un autista volontario della Fondazione Ferrero, che è venuto a prendermi al Polo universitario di Asti per una conferenza, mi diceva: "Nella settimana in cui sono l'autista di turno esco due volte al giorno per trasportare le persone da una parte o dall'altra e non posso non uscire".

far parte di un gruppo, di una organizzazione rispondente alle proprie propensioni e ciò significa relazionarsi. Dalle indagini emerge che coloro che appartengono a gruppi – di volontariato, culturali, sportivi ecc. che si danno programmi e svolgono attività – hanno una buona visione della vita e del mondo<sup>13</sup>.

#### Significati del partecipare a gruppi e/o associazioni

La persona pensionata, libera di gestire il proprio tempo, può esprimere, in tempi prolungati, una delle dimensioni più significative della vita: la gratuità, valore costitutivo della società. Oggi questo valore sembra scomparso perché tutto deve essere retribuito, ma, se si riflette sulle relazioni che ciascuno di noi intrattiene si nota come la maggior parte di esse sono, di fatto, gratuite: le relazioni familiari e amicali, ad es., sono gratuite. La gratuità appartiene all'uomo poiché l'uomo è relazione, anche se non sempre riesce ad esprimersi secondo i fonda-

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Lazzarini G., *Invecchiare in città*, Franco Angeli, Milano, 1999.



menti della sua realtà per condizionamenti culturali, economici o scarsità di tempo. Il volontariato è una opportunità precisa, forse la più immediata ed accessibile, per realizzare azioni relazionali gratuite ed esprimere tale dimensione della condizione umana e, quindi, provare soddisfazione.

Nel darsi un programma di vita è auspicabile che la gratuità e la partecipazione a gruppi siano prese in considerazione come elementi fondamentali per la qualità della vita vincendo remore iniziali dovute alla propensione al "rimanere dove si è": ogni programma, per contro, spinge fuori, spinge ad uscire da sé. È necessario che l'anziano rifletta non sugli anni vissuti – ho 60 anni, ne ho 70 o 80, ho "già dato" – guardando indietro per giustificare il "tirare i remi in barca", se, invece, si proietta verso il futuro, verso la speranza di vita che ha tuttora davanti, trova motivazioni per non chiudersi in se stesso, per non considerare solo l'età anagrafica, ma quella che si sente di avere: si può essere vecchi o giovani a diverse età e non mancano esempi noti e concreti.

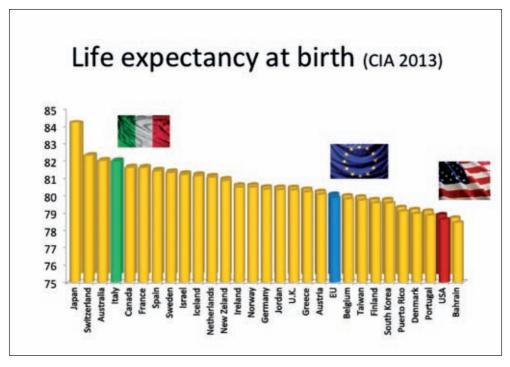
Come si accennava più sopra, nella seconda parte del presente elaborato si entrerà nel dettaglio delle attività che gli anziani attuano, in particolare nel campo del tempo libero, del turismo, dei consumi, della cura di sé, ecc.

I dati fanno pensare che anche in Italia si vada verso una nuova terza età, ma ancora si è di fronte ad iniziative di tipo personale e, pertanto, continuerà una discrepanza tra una concezione della terza età quasi avulsa dalla società: oggi emarginante, domani magari semplicemente estranea o economicista. Pertanto pare tuttora fondamentale ripensare ad una società delle generazioni che si parlano, che relazionano e che costruiscono assieme l'orientamento dei valori che s'intendono vivere.

## La terza età non solo costi, ma anche business

## L'invecchiamento della popolazione italiana: qualche dato

Gli ultra 65enni, in Italia, rappresentano ormai un quinto della popolazione. Il 19,6%, per la precisione, per un totale di oltre 11,6 milioni di abitanti. Il dato – che arriva dall'Istat – risale al 2012 e fa segnare un +2% alla presenza dei più anziani rispetto al 2002, quando la percentuale era pari al 17,6%. La popolazione italiana sta tendendo gradualmente all'invecchiamento (Istat, 2012).



La classifica delle dieci Regioni con l'incidenza più alta di over 65 sulla popolazione locale, secondo l'Istat, vede nell'ordine la Liguria con il 25,8% di anziani (404.502), il Friuli Venezia Giulia con il 22,5% (273.649), la Toscana con il 22,4% (823.317) pari merito con l'Umbria (197.447), il Piemonte con il 22,1% (964.737), le Marche con il 21,6% (333.384), l'Emilia Romagna con il 21,5% (932.575), il Molise con il 21% (65.858), l'Abruzzo con il 20,5% (268.429) e la Valle d'Aosta con il 20,1% (25.481).

L'età media della vita si alza, ma i tassi di disabilità adulta sono in calo. La popolazione invecchia sempre di più, ma sempre meglio, e spesso le persone sono in grado di badare a loro stesse per molti anni anche superati i 65 anni: a sostenerlo uno studio pubblicato su Science da un gruppo di ricercatori austriaci dell'Istituto internazionale per l'analisi dei sistemi applicati (IIASA) e dell'Istituto di Demografia di Vienna in collaborazione con la Stony Brook University (USA), secondo cui la popolazione starebbe invecchiando molto meno di quanto previsto<sup>14</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> http://www.salute24.ilsole24ore.com/articles/8100-terza-eta-si-invecchia-meglio-del-previsto, 30/09/2010.

#### Il ritratto degli over 65

Da un'indagine del 2012 realizzata dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria in collaborazione con la Fondazione Sanofi-Aventis "Salute e Benessere nell'Anziano" (SeBA) emerge una popolazione sempre più sedentaria, ma tutto sommato in buona salute e soddisfatta della propria vita. Rispetto al passato gli anziani mostrano di aver accantonato gli hobby (la tv e la lettura battono infatti bocce, carte e parrocchia) ma appena il 15% soffre di solitudine e uno su quattro è abbastanza soddisfatto della propria salute e della propria vita. Ha problemi di vista o di udito meno del 10%, il 30% lamenta un calo di memoria o un peggioramento progressivo, col crescere degli anni, dello stato generale di salute. Scarse anche le disabilità fisiche: nove anziani su dieci non hanno difficoltà nella vita quotidiana, anche se meno della metà si dedica regolarmente ad attività sociali, culturali o ricreative come l'incontro con gli altri, il teatro e il cinema e appena il 15% fa esercizio fisico più volte a settimana.

La situazione in Italia - L'indagine sociologica che noi abbiamo condotto in Italia con la SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) e che qui vi proponiamo si basa sulle interviste di circa 1500 anziani residenti in 3 ASL (Nord, Centro e Sud), a cui è stato aggiunto un test della marcia per valutare l'eventuale impaccio motorio. Le interviste sono state condotte da medici di medicina generale su un campione di over 65 che si erano presentati in ambulatorio, quasi sempre per la prescrizione di farmaci o esami (57%) o per una malattia cronica non ben controllata (30%).

Niccolò Marchionni, coordinatore dello studio SEBA e past president SIGG, commentò molto opportunamente: "Gli intervistati hanno dichiarato un grado di autonomia più elevato dell'atteso". La quasi totalità degli over 65, cioè oltre il 90%, risultò infatti in grado di svolgere in modo autonomo le attività di base della vita quotidiana, come alzarsi



dal letto, vestirsi, lavarsi il viso, mangiare e solo il 6,2 % ha difficoltà in attività più complesse come fare il bagno o la doccia, fare la spesa, cucinare, fare il bucato, usare mezzi di trasporto pubblici e seguire la terapia prescritta. È chiaro che il contesto nel quale sono stati raccolti i dati, cioè l'ambulatorio del medico, spiega almeno in parte risultati così favorevoli. Infatti, nella popolazione generale di pari età esaminata in studi che hanno coinvolto anche individui costretti in casa da importanti disabilità, le percentuali sono circa tre volte superiori; ma si tratta comunque di dati che indicano un benessere e una salute diffusa fra gli anziani.

Autonomia e soddisfazione - Secondo l'indagine gli anziani non si sentono isolati, appena il 15% infatti dichiara di soffrire di solitudine. La maggioranza (75%) vive con il coniuge o con i figli, con differenze rilevanti fra i sessi: il 33% delle donne infatti vive da solo, contro il 9% degli uomini. Solo il 3% riceve aiuti socio-sanitari a domicilio e circa l'1,5% vive con una badante; la percentuale sale al 3,5% fra gli 80-90enni e quasi al 15% negli ultra90enni, ma in media si riscontra un ottimo grado di autonomia. Solo uno su tre dichiara un peggioramento di salute nell'ultimo anno e questo è un buon indice prognostico, perché sappiamo che l'auto-percezione dello stato di salute predice accurata-



mente l'aspettativa di vita: sentirsi bene implica una speranza di vita maggiore. Più del 60% assume cinque o più farmaci al giorno, ma il 22% è abbastanza soddisfatto della propria salute e il 50% è contento della propria vita e perfino del reddito.

Il tempo libero - Il 95% degli uomini e l'80% delle donne esce di casa più volte alla settimana per una passeggiatina nei dintorni (otto uomini su dieci escono ogni giorno,

mentre soltanto una donna su due non rinuncia all'uscita quotidiana), uno su tre si dedica ad attività all'aria aperta come il giardinaggio o ricreative ad esempio giocare a carte o a bocce. Purtroppo sono pochi quelli che fanno regolarmente esercizio fisico: appena il 15% lo pratica più volte a settimana; lo stesso vale per altre attività del tempo libero. Com'era prevedibile, la parte del leone la fa la televisione: il 73% guarda la tv almeno tre ore al giorno e un anziano su quattro almeno per sei ore, però il 53% legge quotidiani, riviste e libri almeno una volta a settimana. Il 67% non è mai andato al cinema, a teatro o a un concerto nell'ultimo anno e il 53% non si è mai dedicato ad attività creative. A sorpresa, meno della metà (47%) partecipa alla messa settimanale e uno su 3 (37%) va in chiesa meno di una volta al mese".

#### Invecchiamento attivo: nuovi stili di vita e di consumo

L'invecchiamento demografico che caratterizza la nostra società è un fenomeno sempre più consistente che incide anche sul processo economico: esso ha ricadute sulla spesa pubblica, sul debito, sui consumi, sul risparmio e sugli investimenti.

L'anziano rappresenta una potenziale risorsa e non va semplicemente considerato il destinatario di interventi assistenziali, dal momento che egli è portatore di abilità fisiche e intellettuali da salvaguardare e tutelare.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato il concetto di "invecchiamento attivo" per valorizzare le potenzialità fisiche, mentali, sociali ed economiche degli anziani. In questo contesto, il processo di invecchiamento si identifica con il tempo liberato dalle incombenze dell'età adulta, ma riempito da attività e impegni nuovi e stimolanti<sup>15</sup>.

Per invecchiamento attivo si intende il mantenimento di un ruolo partecipativo nella società a livello sociale e culturale e di questo si sono resi conto, in modo certamente interessato, gli operatori di marketing<sup>16</sup>.

L'immagine tradizionale degli ultrasessantenni emarginati in una quotidianità fatta di bisogni primari è molto lontana dalla realtà. È

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Polis B., Anziani: nuovi stili di vita e di consumo, *Panorama per i giovani*, Maggio-agosto 2010, n. 2, pp. 18-19.

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Polis B., Anziani..., op. cit., p. 20.

quanto emerge da una ricerca GFK Eurisko, "Senior 2010: i nuovi protagonisti", che rivela come il segmento della terza età sia piuttosto complesso, composto anche da consumatori sofisticati, per il quale cresce la richiesta di prodotti legati al turismo, all'estetica, alla cosmetica e all'industria culturale.

Emerge, in Italia, una condizione "anziana" articolata che dipende da un insieme di variabili, molte delle quali collegate fra loro, quali il grado di istruzione, le condizioni abitative (il 78,4% ha la casa di proprietà, contro il 21,60% in affitto) e lo status economico.

Tra le spese irrinunciabili per gli anziani del 2000 dopo salute (91%) e alimentazione (85%), spiccano quelle per la comunicazione, tanto che il 39,4% ha un telefono cellulare. Il computer è invece presente nel 17,2% delle abitazioni e, in nome del benessere, il 5,4% degli anziani ha in casa la vasca idromassaggio e il 15,1% il condizionatore d'aria. I nuovi consumatori dai capelli bianchi chiedono, però, un servizio a domicilio più efficiente (42%), mentre il 16% vorrebbe poter comprare a distanza via Tv o via Internet. Per tutti, o quasi (92%), fare acquisti è comunque difficile e come consumatori non si sentono abbastanza tutelati.

In ogni caso, gli anziani di oggi sono pieni di interessi, attenti alla propria salute e curiosi verso le nuove tecnologie. Se a ciò si aggiunge che nella maggior parte dei casi hanno buona capacità di spesa, si capisce l'interesse delle aziende nei confronti di questo segmento di popolazione che conta undici milioni di consumatori.

È comunque importante elaborare nuove strategie di marketing. Si



deve tenere presente che, proprio perché la terza età non è più vissuta come un periodo di decadenza, i prodotti mirati in maniera specifica agli anziani hanno su questi ultimi uno scarso impatto. Rivolgersi in maniera eccessivamente esplicita al segmento-anziani appare discriminante nei loro confronti, perché si mettono in evidenza fragilità e problematicità. I prodotti dovrebbero essere sì progettati per far fronte alle esigenze dei senior, senza però rivolgersi esclusivamente a loro<sup>17</sup>.

Quella che sta entrando ora nella terza età è la cosiddetta generazione dei baby boomer, nati tra la fine della guerra e l'inizio degli anni sessanta, il cui tratto più importante è il fatto di essere stata sottoposta a una scolarizzazione di massa a cui si accompagna però una contrazione del tempo di vita professionale: si tratta di persone che si sentono potenzialmente valide nelle proprie capacità, ma che sono state messe da parte dal punto di vista lavorativo. La ricaduta di tutto ciò sui consumi si esprime in capacità di acquisto e richiesta di prodotti di qualità: gli stili di acquisto sono caratterizzati da una maggiore consapevolezza, dalla ricerca di prodotti innovativi e da una scelta critica non legata alle marche. Un settore di consumo in sviluppo anche tra gli anziani è quello tecnologico. È aumentata la penetrazione dei cellulari presso questo target e si nota un progressivo avvicinamento anche a Internet: la piazza virtuale è molto congeniale ai senior, che, in genere, escono e si muovono poco<sup>18</sup>. Sul piano dei consumi, infatti, gli anziani mostrano una notevole capacità di adattamento, fatta di selezione dei luoghi di acquisto, dei prodotti, di valorizzazione di tutte le opportunità che i mercati offrono, come emerge dal VII Rapporto Salute Censis-La Repubblica, presentato il 23 maggio 2008, che presenta un quadro dettagliato dei consumi e dei valori degli anziani in Italia.

La seconda parte del Rapporto – "Ecolife e equoglobal: la modernità della cultura degli anziani" – evidenzia la diffusione delle pratiche virtuose ed equosolidali quotidianamente adottate dagli anziani, impegnati e attenti ai temi dell'ecologia e della sostenibilità sociale. I comportamenti conseguenti negli acquisti rimandano ad una più matura cultura dei consumi, dove non c'è spazio per gli eccessi, ma ce n'è molta per la qualità. Gli anziani sono una componente sempre più rilevante della popolazione e i loro comportamenti, nei diversi ambiti ,segnano fortemente gli orientamenti della società.

Nel complesso, dunque, emerge un quadro di assoluta modernità, che indica come la valorizzazione del ruolo degli anziani sia un obbiettivo di cui tutta la società può beneficiare.

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Polis B., Anziani..., op. cit., p. 21.

<sup>18</sup> Ibidem.

#### Il turismo della Terza età

Negli ultimi decenni il mercato delle vacanze della terza età risulta tra i più interessanti e continua a segnalare un trend in forte sviluppo, nonostante il fenomeno del turismo di questa fascia resti tra i meno conosciuti sia in termini quantitativi che qualitativi.

In base alle ultime statistiche realizzate dal CENSIS (2008), sono oltre cinque milioni gli ultrasessantenni che ogni anno programmano un viaggio di piacere, per trascorrere una vacanza o visitare una città d'arte.

L'età della pensione coincide con la possibilità di realizzare i sogni e i progetti pianificati da una vita: il viaggio per chi si trova in questa fascia di età, è un deterrente all'isolamento, una possibilità per ampliare le proprie amicizie e un modo per accrescere la conoscenza, rappresenta una delle attività per esprimere la propria autonomia e dare maggiore spazio alla propria realizzazione, per divenire, nel proprio tempo ritrovato, un "libero viaggiatore".

Gli anziani che scelgono di partire si aspettano dal viaggio nuove esperienze, occasioni per socializzare, per soddisfare curiosità e bisogno di cultura, oltre a momenti di cura e benessere psico-fisico, di sco-



perta del territorio e dei suoi prodotti agro-alimentari, con una forte attrazione anche per i soggiorni climatici e le cure termali.

Anche spostamenti di modesta entità offrono la possibilità di trascorrere giornate in località gradevoli, di spezzare la monotonia del quotidiano e di allargare i propri orizzonti.

Le ricerche più recenti hanno sfatato molti miti legati alla terza età. Hanno mostrato, ad esempio, che gli anziani sono particolarmente attenti alla gratificazione delle **esperienze di vacanza** e non amano ripetere viaggi che non li hanno soddisfatti, anche perché pensano di avere "poco tempo rimasto". Non vogliono essere chiamati vecchi, o pensionati, desiderano proposte e servizi personalizzati<sup>19</sup>.

Se, fino a qualche anno fa, il marketing delle imprese turistiche rivolto agli anziani poteva essere considerato piuttosto "primitivo" – per molti operatori turistici ricettivi gli anziani erano solo una **scelta di ripiego**, dei riempitivi per i periodi di bassa stagione – ora la terza età è considerata un target privilegiato<sup>20</sup>.

Secondo l'Istat nel semestre estivo 2008, quasi il 22% degli over 65 ha fatto almeno una vacanza, pur se di breve durata, orientandosi sia in Italia (Liguria, Emilia, Toscana le mete più gettonate) sia all'estero (Spagna, Tunisia, Egitto), senza disdegnare i soggiorni-cultura in Germania, Francia e Gran Bretagna e soprattutto con una forte attrazione per i soggiorni climatici e le cure termali.

Secondo la ricerca Censis la partecipazione a viaggi turistici è l'attività preferita dal 37% dei post-sessantenni, e un viaggio rientra nei progetti del 42% del campione esaminato. E ancora: secondo l'Associazione per l'autogestione dei servizi e della solidarietà (in sigla, Auser), gli over 65 sono il 25% dei clienti dei tour operator e, appunto, il 70% di quelli delle località termali e terapeutiche.

Che il turismo della terza età sia una risorsa anche per il mercato lo si desume dal dato di crescita del 20% annuo, nonostante la persistenza della crisi economica.

Nonostante il crescente dinamismo, l'età più avanzata richiede chiaramente condizioni di viaggio e di soggiorno agevolanti, come, ad esempio, una temperatura ambientale equilibrata, senza eccessi di cal-

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> http://www.tafter.it/2008/01/07/turismo-over-60/, 07/01/2008.

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> Ibidem.

do o di freddo, possibilità di risposta ad esigenze o emergenze sanitarie, una lunghezza di viaggio non eccessiva, la presenza di strutture facilmente accessibili ecc.

Per rispondere alle esigenze di questa tipologia di clienti sono ormai molti gli operatori turistici che propongono tutta una serie di viaggi e soggiorni ad hoc<sup>21</sup>.

La Riviera Adriatica dell'Emilia Romagna offre, ad esempio, soprattutto nei periodi meno caldi, strutture alberghiere vicine alla spiaggia con la possibilità di fare attività fisica dolce e con serate di animazione adatte agli anziani (in molti casi affiancandosi ai locali di "liscio", molto diffusi nella zona). Allo stesso modo il Friuli Venezia Giulia ha sviluppato un'offerta specificatamente orientata agli over 60 che integra soggiorni stanziali con la conoscenza del patrimonio artistico e culturale locale. Anche le Marche stanno predisponendo strutture e percorsi "benessere" mirati al mondo degli anziani.

Una seconda tipologia di organizzatori del turismo per anziani sono associazioni, come la già citata Auser, che propongono annualmente, ai propri iscritti, una significativa varietà di attività turistico-culturali utilizzando anche gemellaggi tra le diverse sedi dell'associazione. Notevole anche il turismo religioso che si esprime nei pellegrinaggi: ogni Diocesi italiana ha un ufficio pellegrinaggi che si rivolge ad ogni età, ma spesso gli anziani sono più numerosi degli altri pellegrini. Alcuni enti religiosi, inoltre, si occupano dei viaggi di anziani in situazione di non autosufficienza, permettendo loro di raggiungere santuari e/o luo-



ghi in cui godere delle bellezze artistiche e culturali e garantendo agli ospiti una assistenza 24 ore su 24. Negli ultimi anni, proprio a partire dalle esperienze suddette, è cresciuta la consapevolezza del valore del "turismo accessibile", ossia

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup>http://www.muoversinsieme.it/magazine/tempo-libero/gli-anzia-ni-in-vacanza-primo-comanda-mento-socializzare/, 23.04.2010.

quello che offre strutture, infrastrutture e sistemi organizzativi accessibili a persone con esigenze particolari (disabilità ecc.).

Innovative sono, inoltre, le agenzie di viaggio, specializzate nel turismo per anziani, il cui scopo principale è sviluppare la socializzazione tra i partecipanti, promuovere una corretta alimentazione e ritmi di vita salutari, con un sottofondo di festa e allegria che, nelle intenzioni, dovrebbero incidere positivamente sull'umore dei partecipanti, abituandoli ad "allenarsi" al buonumore da mantenere una volta tornati alla propria vita quotidiana.

Molto diffusa è l'abitudine di organizzare viaggi in gruppo, non solo tra i 65-75enni, ma anche tra chi ha 80 anni e più: una soluzione che risponde alla duplice esigenza di non viaggiare da soli, ma di trovarsi con gli amici senza rinunciare alla organizzazione.

Si nota, inoltre, un incremento di richieste per mete un tempo solo "giovanili", come le isole Eolie, che catturano l'attenzione con un mix, molto attrattivo, tra storia, cultura e tradizione artistica; gli anziani sono più orientati di un tempo verso i villaggi turistici, non più solo il classico hotel conosciuto, poiché nei villaggi si creano micro-comunità desiderose di divertimento e socializzazione. E pare che il settore abbia ottime possibilità di sviluppo per il futuro<sup>22</sup>.

Secondo i dati elaborati dal BIT di Milano, il segmento della domanda turistica degli anziani occupa oggi il 24-25% del turismo organizzato. Un dato, questo, molto significativo poiché solo da poco tem-

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> http://www.muoversinsieme.it/magazine/tempo-libero/gli-anziani-in-va-canza-primo-comandamento-socializzare/, 23.04.2010.



po il settore ha vissuto un processo di specializzazione e, soprattutto, perché sono ancora pochi i tour operator che si occupano in maniera specifica del turismo degli anziani. È necessario che il mercato si adatti alle esigenze di questo nuovo target e si adoperi per offrire servizi e soluzioni in grado di fronteggiare le eventuali situazioni/imprevisti che dovessero presentarsi, prestando la massima attenzione anche all'alimentazione, alla sicurezza e all'assistenza specializzata. Il Censis ha registrato che i viaggi organizzati da tour operator specializzati in offerte per la terza età sono scelti da circa 5 milioni di anziani, il 25% dell'intera popolazione viaggiante perché gli operatori del settore garantiscono (anche, se a volte non è concretamente così) un'accurata selezione nel definire destinazioni, strutture e assistenza<sup>23</sup>.

Una grossa sfida da affrontare consiste nel fatto che quest'offerta non rappresenti né l'appannaggio esclusivo di fasce socioeconomiche privilegiate, né uno spazio "separato" in cui ghettizzare e confinare il tempo libero degli anziani: è necessario, piuttosto, moltiplicare le occasioni di socialità e renderle accessibili a diverse tipologie di utenti, creando occasioni di incontro che possano favorire le relazioni, anche a distanza, quando il viaggio è terminato<sup>24</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup> Emergono parallelamente iniziative dedicate, e cresce anche l'offerta e la capacità progettuale, come mostrano le molteplici Fiere (Borse del Turismo per la terza età si tengono regolarmente in Calabria e in Liguria; Fiere del Turismo Sociale vengono promosse in diverse regioni italiane) e gli eventi in tale direzione.

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> Serino C., Marzano M., Epifani G. (2007). Turismo sociale nella Terza età: fra benessere psicofisico ed integrazione sociale. In A. Albanese & C. Cristini (a cura di), *Psicologia del turismo: prospettive future* (pp. 183-189), Franco Angeli, Milano.

#### Bibliografia di riferimento

- COLASANTO M., MARCALETTI F. Lavoro e invecchiamento attivo, Franco Angeli, Milano, 2007.
- Cugno A. Il dialogo tra generazioni, Franco Angeli, Milano, 2004.
- LAZZARINI G. Discrasia, patologie di un rapido mutamento sociale, Franco Angeli, Milano, 2004.
- LAZZARINI G., SANTAGATI M. Anziani e impegno sociopolitico, ed. Lavoro, Roma, 2006
- LAZZARINI G. Invecchiare in città, Franco Angeli, Milano, 1999
- Polis B. Anziani: nuovi stili di vita e di consumo, Panorama per i giovani, Maggio-agosto 2010, n. 2
- Sapio A. (2010, a cura di) Famiglie, reti familiari e cohousing. Verso nuovi stili del vivere, del convivere e dell'abitare, FrancoAngeli, Milano
- SERINO C., MARZANO M., EPIFANI G. (2007) Turismo sociale nella Terza età: fra benessere psicofisico ed integrazione sociale. In A.Albanese & C. Cristini (a cura di), Psicologia del turismo: prospettive future (pp. 183-189), Franco Angeli, Milano
- http://www.salute24.ilsole24ore.com/articles/8100-terza-eta-si-invecchia-meglio-del-previsto, 30/09/2010.
- http://www.tafter.it/2008/01/07/turismo-over-60/, 07/01/2008.
- http://www.muoversinsieme.it/magazine/tempo-libero/gli-anziani-in-vacanza-pri-mo-comandamento-socializzare/, 23.04.2010.



# SECONDA PARTE

# Neuroni e società

In questa sezione e in quella che segue, saranno toccati temi specifici di psicologia/neurologia dell'anziano come il dolore, che spesso si manifesta in modo atipico e camuffato nell'anziano (soprattutto demente) e la resilienza, un'altra importantissima formula per invecchiare bene. Il concetto di resilienza deriva dall'ingegneria: è la proprietà di un materiale di assorbire energia quando è deformato elasticamente e rilasciare questa energia, quando viene scaricato, senza danni permanenti. Dall'ingegneria, il concetto è stato esteso per analogia al campo psicologico, sia a livello dell'individuo che dei gruppi sociali (famiglia, società, etnie), come pure ad ogni sorta di sistema (ecologico, economico, cibernetico ecc.). La "resilienza umana" è quindi la capacità di fronteggiare lo stress e le avversità "rimbalzando" allo stato precedente, o semplicemente mostrando nessun effetto negativo. Non è una proprietà passiva, ma la capacità dinamica di trovare in qualche modo le risorse psicologiche (emozioni positive ecc.), sociali, culturali e fisiche in grado di sostenere il proprio benessere attraverso un continuo sforzo individuale e collettivo che comprende anche l'advocacy. In poche parole è la capacità di scoprire una totale gioia di vivere anche se anziani o malati o disabili e perfettamente consapevoli dei propri limiti.

Le prove scientifiche cominciano a maturare: un recente (2012) studio dell'Università della Svizzera Italiana sulla qualità di vita negli anziani (60-70 anni e > 80 anni), con interviste di tipo narrativo/auto-

biografico (gli anziani "si raccontano"), ha identificato il segreto per invecchiare bene proprio nella resilienza intesa come approccio positivo al mutamento esistenziale dell'invecchiamento (vedere la bottiglia mezza piena e non mezza vuota)...

È sconcertante scoprire che il tasso di suicidi nella fascia di anziani più vecchi (> 80 anni) è di 65 casi ogni 100.000 abitanti l'anno, con una prevalenza nel sesso maschile (dati USA - AJ Bishop, Generation, 2014).

Due elementi sembrano invece essenziali per essere psicologicamente adatti ad una longevità felice:

- 1. Essere predisposti alla contemplazione. Nel suo libro "Contemplative aging" (2010), Edmund Sherman afferma che la contemplazione potenzia la resilienza perchè aiuta a riconoscere ed acettare le sfide e le avversità della vita.
- 2. Avere un'elevata qualità di relazioni sociali. Gruppi sociali piccoli e gratificanti, detti "moai" (Giappone, Isola di Okinawa), come pure la rete di piccole comunità detta "Blue Zones" (USA) sono correlati con una longevità superiore alla media. Robert Butler suggerisce una tecnica di "life re-view": è possible contemplare le esperienze vissute in passato e poi scriverle in forma di autobiografia. Un esercizio molto utile, tra l'altro, contro la demenza...

# ATTUALITÀ SUL DOLORE (SOPRATTUTTO CRONICO) NELLA PERSONA ANZIANA DIAGNOSI E TERAPIA OGGI

# Giovanni Asteggiano Neurologo - Direttore SOC ASLCN2 Alba e Bra Consiglio Direttivo Nazionale Società Italiana di Neurogeriatria (SINEG)



Con contributi di:
P. Prandi - Psichiatra
G.C. Rando- Fisiatra
P. Allione - Oncologo
S. Di Santo - Anestesista
V. Ponso - Medico Esperto in Agopuntura

...il dolore è una percezione, non una sensazione reale, come avviene per la vista o per l'udito; essa coinvolge la sensibilità tissutale a determinati stimoli chimici che però vengono rielaborati e interpretati a livello conscio come nocivi...

(IASP, International Association Study of Pain)

#### Generalità

# Le componenti del dolore

• *NOCICEZIONE*: rilievo di un danno tessutale (componente oggettiva)

- *PERCEZIONE*: sensazione di uno stimolo, non necessariamente proveniente dalla periferia, ma che può originare anche dall'interessamento diretto delle strutture nervose centrali (componente neuropatica)
- SOFFERENZA: percezione dell'elaborato corticale delle precedenti componenti sulla base del vissuto del singolo individuo (interessi, ruolo sociale, stress, ansia, ecc.)
- REAZIONE COMPORTAMENTALE: la risposta allo stimolo spiacevole (dolore) che si manifesta con reazioni e gestualità spesso inconsce ed involontarie, oppure con specifiche richieste di aiuto (livelli cognitivo-percettivo e sociologico-ambientale).

#### Le vie del dolore

- MIDOLLO ALLUNGATO: gestisce i centri respiratorio e cardiovascolare
- TALAMO: stazione di collegamento, distribuzione dei segnali dolorosi provenienti dalla periferia alle varie aree cerebrali
- IPOTALAMO E IPOFISI: risposta endocrina e ormonale agli stimoli periferici dolorosi

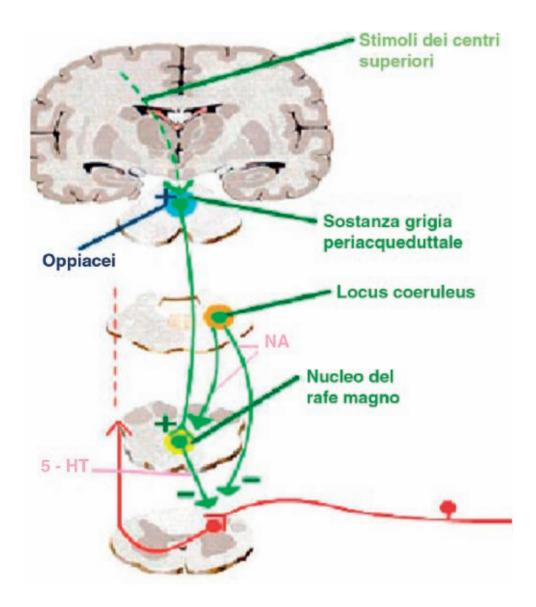


- CORTECCIA CEREBRALE: elaborazione delle afferenze e percezione soggettiva degli stimoli come dolorosi
- SISTEMA LIMBICO: regola la soglia del dolore, le reazioni emozionali e diversi aspetti del dolore come:
   La natura affettiva degli stimoli dolorosi
   La risposta motoria agli stimoli dolorosi
   L' esperienza associata alla capacità di evitare gli stimoli dolorosi.

#### Elaborazione centrale del dolore

- SOSTANZA RETICOLARE: influenza la coscienza (un dolore lieve aumenta l'attenzione, un dolore severo può causare perdita di coscienza)
- CORTECCIA CINGOLATA ANTERIORE: rappresenta la zona cardine dell'integrazione emozionale della percezione nocicettiva cronica
- VIE INIBITORIE DISCENDENTI: partono da alcuni nuclei del tronco cerebrale (locus coeruleus e nucleo del rafe magno) e raggiungono i neuroni spinali. I neurotrasmettitori coinvolti sono la noradrenalina (NA) e, soprattutto, la serotonina (5-HT)





- NEURONI SEROTONINERGICI: sono rappresentati nel nucleo del rafe magno e vengono attivati anche da fibre provenienti da altre aree del cervello come la sostanza grigia periacqueduttale (PAG), un'area mesencefalica particolarmente ricca di recettori per gli oppiacei.
- SISTEMA OPPIOIDE ENDOGENO: i neurotrasmettitori di questo sistema sono peptidi rilasciati dagli interneuroni spinali e sovraspinali durante l'evento nocivo e sono dotati di una elevata affinità per

i recettori oppioidi (encefaline, dinorfine, endorfine e nocicettina) che inibiscono il rilascio dei neurotrasmettitori deputati alla trasmissione del dolore, aumentando la stabilità delle membrane post-sinaptiche.

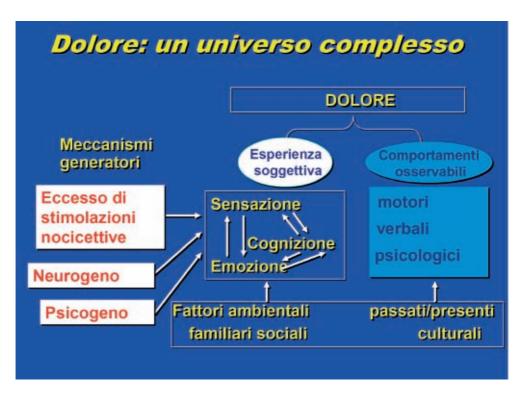
#### Classificazione del dolore

#### • PATOGENETICA:

- dolore nocicettivo: è il processo in base al quale uno stimolo lesivo è percepito a livello periferico dai nocicettori (terminazioni nervose periferiche), trasmesso al Sistema Nervoso Centrale, inquadrato in termini di localizzazione ed intensità (cioè potenziato o inibito) e infine memorizzato.
- dolore neuropatico: è un dolore cronico provocato dalla trasmissione, da parte di fibre nervose sofferenti, di segnali errati ai centri del dolore, posti nel cervello. Questa disfunzione dell'attività neurologica provoca quindi sensazioni dolorose anche in assenza di un danno reale, oppure sensibilizza le zone limitrofe ai Centri del Dolore che si attivano provocando esse stesse sensazioni dolorose specifiche (allodinia). Il dolore nocicettivo viene spesso considerato un campanello d'allarme che avverte di un possibile o reale danno. Il dolore neuropatico invece rappresenta l'esito di un danno spesso irreversibile che colpisce intrinsecamente il sistema di percezione del dolore (dolore da deafferentazione).
- **dolore idiopatico o psicogeno:** è un tipo di dolore riferito senza una causa evidente o il cui livello di intensità non ha corrispondente motivazione organica.

#### • CLINICA:

- **Dolore acuto:** finalizzato ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi, o potenzialmente tali, presenti nell'ambiente o nell'organismo stesso. È un segnale UTILE ed un sintomo prezioso.
- **Dolore cronico:** non rappresenta la sola estensione temporale del dolore acuto, ma va considerato una risposta da mal-adattamento al dolore. Di solito la condizione patologica che provoca





dolore è nota ma non aggredibile, è persistente nel tempo e la sua presenza ininterrotta comporta l'instaurarsi di un circolo vizioso di depressione, ansia ed altri stimoli emotivi negativi. A tal punto il dolore non è più un sintomo, ma è divenuto una sindrome autonoma con pesante impatto sulla vita di relazione e sugli aspetti psicologici e sociali che caratterizzano la vita di una persona. È quindi un sintomo INUTILE.

• **Dolore globale:** dolore cronico presente nelle malattie degenerative, neurologiche e oncologiche, specie nelle fasi avanzate di malattia. È la sofferenza di tutta la persona e, nella sua etiopatogenesi, oltre alle cause organiche, sono presenti anche motivazioni psicologiche e sociali.

# La **memorizzazione** del dolore comporta:

- riduzione della soglia del dolore
- aumento della risposta del neurone
- presenza di iperalgesia
- dolore persistente
- cronicizzazione di alcune forme di dolore







### Fenomeni clinici più evidenti legati alla presenza di dolore

- IPERALGESIA: esagerata sensazione di dolore in risposta ad uno stimolo nocivo relativamente modesto
- ALLODINIA: sensazione dolorosa in seguito ad uno stimolo innocuo
  - Le conseguenze pratiche sono:
- riduzione della soglia agli stimoli nocivi innocui
- aumentata sensazione dolorosa in risposta a stimoli soprasoglia
- dolore spontaneo (o comunque svincolato dallo stimolo iniziale che può essersi oramai esaurito)

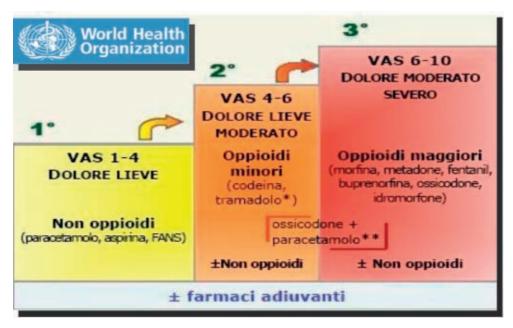
#### Link tra sintomi emotivi e sintomi fisici dolorosi

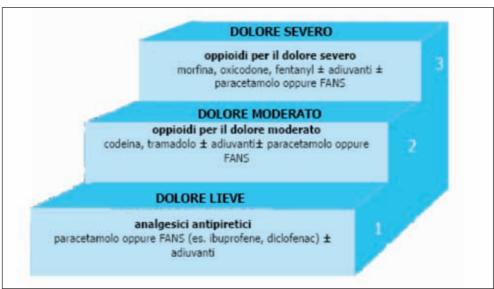
- Le vie ascendenti di 5HT e NA sono implicate nei sintomi emotivi e vegetativi della depressione
- Le vie discendenti servono a inibire gli input fisiologici del dolore. Nella depressione una neurotrasmissione insufficiente limita l'inibizione dei segnali dolorosi e permette loro di raggiungere il talamo non filtrati

Nell'esperienza medica il dolore rappresenta una tra le manifestazioni più importanti della malattia; inoltre, fra i sintomi, è quello che tende a minare maggiormente la qualità della vita. Una sua gestione errata o del tutto assente crea conseguenze fisiche, psicologiche e sociali molto importanti e, se si calcolano le giornate lavorative perse, comporta un'importante ricaduta economica. Se a queste considerazioni si aggiunge il fatto che la forma di dolore più invalidante – quella cronica – colpisce circa il 25-30% della popolazione, si comprende come l'assistenza di questo aspetto clinico sia una vera e propria priorità per il nostro sistema sanitario.

# Caratteristiche del dolore (OMS/WHO) e conseguente approccio terapeutico

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha messo a punto le linee guida per l'approccio terapeutico al dolore in base ad una classificazione per gravità del sintomo:

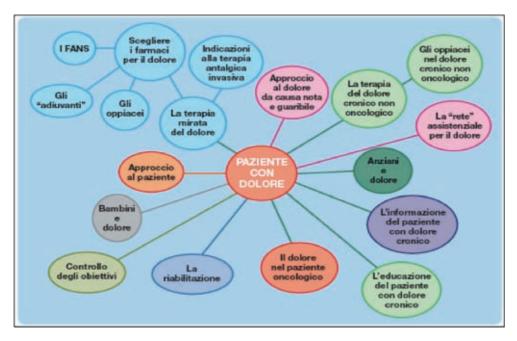




	Note
GRADINO 3: DOLORE SEVERO (Intensità da 7 a 10 della scala numerica) oppioidi per il dolore severo ± paracetamolo/FANS± un adiuvante Prima linea morfina + non oppiode Seconda linea fentanyl + non oppiode altri oppioidi forti	La morfina è il farmaco di scelta nel trattamento del dolore severo nei pazienti con cancro (B).  La via di somministrazione orale è quella preferita e deve essere utilizzata quando possibile (C).  Si deve prendere in considerazione un oppioide alternativo quando la possibilità di aumentare la dose per raggiungere l'analgesia è limitata dagli effetti avversi della morfina (B).
GRADINO 2: DOLORE MODERATO (Intensità da 4 a 6 della scala numerica) oppioidi per il dolore moderato ± paracetamolo/FANS ± un adiuvante Prima linea codeina + non oppiode tramadolo	Se l'effetto di un oppioide per il dolore moderato alla dose ottimale non è adeguato, non si deve sostituirlo con un altro oppioide per il dolore moderato. Si deve passare al gradino 3 della scala (C).  Il tramadolo può portare a reazioni psichiatriche gravi già a dosi terapeutiche e può causare convulsioni a dosi appena superori a quelle terapeutiche (C).
GRADINO 1: DOLORE LIEVE (Intensità da 1 a 3 della scala numerica) paracetamolo/FANS ± un adiuvante Prima linea paracetamolo ibuprofene diclofenac naprossene Seconda linea altri FANS e Cox 2 imbitori	Un paziente con dolore lieve dovrebbe ricevere o un FANS o paracetamolo a dosi adeguate. La scelta si deve basare sull'analisi del rapporto rischio beneficio per ogni singolo paziente (A).  I pazienti che utilizzano i FANS e sono ad elevato rischio di eventi avversi gastrointestinali dovrebbero ricevere un'adeguata protezione gastrointestinale (A).

Di fronte all'ampio ventaglio di farmaci (e altre forme di terapia) disponibile per il trattamento del dolore (vedi figura), ancora in un recente passato, si consigliava un approccio sostanzialmente empirico, per "tentativi". Oggi si cerca di attuare scelte più ragionate. Si è detto che l'intensità del dolore rappresenta un primo criterio di scelta, in base alla potenza di farmaci analgesici a disposizione, alla tipologia del paziente ed alle sue co-patologie.

Le criticità della scelta sta nella personalizzazione del trattamento: scelta del farmaco oppiaceo e definizione dei dosaggi degli oppiacei e degli altri antidolorifici adiuvanti associati. Il risultato finale può variare anche enormemente in conseguenza di queste scelte che non sono mai da considerare banalmente. È inoltre fondamentale che il paziente sia seguito nel tempo all'interno di un piano di cura preciso e, allo stesso tempo, dinamico ed adattabile alle mutevoli evoluzioni della patologia. Utilissimo, in questo senso, è anche il "Diario del dolore" (vedi fac simile in figura) che monitorizza l'intensità del dolore (scala 1:10), in modo simile alla grafica della temperatura, e riporta sin otticamente la somministrazione dei farmaci di base e di quelli al bisogno, come pure gli effetti collaterali.



DIARIO CLINICO DEL DOLORE	20	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
SIMILE	Data	05/08	06/08	07/08	08/08	09/08	10/08	11/08
AIMILE	10							
SIMILE				20.19				
Oliver Control								
CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF	. 7							
intensità dei Dolore	- 6							
(0 = nessun dolore	- 5	1				-		
10 = peggior dolore possibile)	4		1					
	3							
	2							
	1							
9		_				- 70		
Terapia di base:		Ora	Ora	Ora	Ora	Ora	Ora	Ora
Tachiprina (1 compressa 500 mg)		10/17		9/20			15/22	
Aspiring (1 compress); eff.)		15	17			18		
20								
Terapia di riserva:		Ora	Ora	Ora	Ora	Ora	Ora	Ora
(								
		_						
Effetti collaterali:								
Effetti collateralli: Nausco (N. – Vomitu (V)		N(1200)						
		N (12.00)				7		
Nausea (N) Vomito (V)		N (12.00)		1				
Nausca (N) – Vomito (V) Insonne (II)		N (12.00)		1				
Nausca (N) – Vomito (V) Insonne (II)	L e Seminado		w fordurin	l emilit wa	w symilator	tosomid if	FAC	ATÍ

La gestione integrata del paziente con dolore cronico implica una collaborazione stretta e ben organizzata tra il Medico di Medicina Generale (MMG), la struttura ospedaliera e il Centro specializzato in Terapia Antalgica, come illustrano i tre algoritmi che seguono.







# La legislazione sul dolore

<u>LEGGE 8 FEBBRAIO 2001 N° 12</u>: Per una nuova prospettiva nella gestione del dolore l'anno 2001 è stato una data fondamentale (col Ministro Veronesi), quando il Governo varò questa legge per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore,

introducendo modifiche sostanziali alla precedente normativa, al fine di garantire un più efficace trattamento dei malati terminali e dei pazienti affetti da dolore severo cronico.

Il provvedimento si rese necessario in quanto i medici non prescrivevano con facilità gli analgesici stupefacenti, stante la eccessiva rigidità di compilazione della ricetta e la previsione di sanzioni anche penali in caso di errori nella prescrizione, sovradosaggio o effetti collaterali.

Il cammino legislativo successivo alla L12 per una corretta gestione del dolore passa per la LEGGE 38/2010, conosciuta come Legge sulle Reti per la Terapia del Dolore e per le Cure Palliative, che focalizza l'attenzione sulla necessità di un nuovo approccio al problema dolore. Nella definizione di "terapia del dolore" si fa riferimento per la prima volta ad un "insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore". ...la terapia del dolore costituisca un "percorso" che tenga conto sì delle linee guida pubblicate, ma integri l'approccio clinico con quello gestionale assegnando precisi compiti ai professionisti di volta in volta coinvolti.

# Linee guida attuali di gestione del paziente con dolore

La maggior parte dei pazienti che consultano il loro medico per un problema di dolore presentano un dolore "acuto". Ma non è piccolo il numero di persone che consultano il loro medico per un problema di dolore persistente (inferiore comunque ai tre mesi). Infine una parte consistente di pazienti, probabilmente intorno al 20%, consultano in via continuativa il loro medico per un problema di dolore che non è più legato alla causa che lo ha prodotto, costituisce una "malattia" in sé stesso e come tale deve essere trattato.

Le linee guida attualmente seguite in Europa (ma sono un po' le stesse in tutto il mondo) sono quelle pubblicate sull'European Journal of Neurology nel 2010 (vedi qui di seguito il titolo dell'articolo).

```
European Journal of Neurology 2010, 17: 1113-1123
```

doi:10.1111/j.1468-1331.2010.02999.x

EFNS GUIDELINES

# EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision

```
N. Attal<sup>a,b</sup>, G. Cruccu<sup>a,c</sup>, R. Baron<sup>a,d</sup>, M. Haanpää<sup>a,e</sup>, P. Hansson<sup>a,f</sup>, T. S. Jensen<sup>a,g</sup> and T. Nurmikko<sup>a,h</sup>
```

Quanto segue è una presentazione semplificata ed accessibile anche a lettori non "addetti ai lavori" del contenuto di dette Linee Guida Europee.

I medici nell'approccio al paziente con dolore, al fine di impostare una terapia farmacologica sono spesso guidati da due criteri:

- 1. la correlazione della sindrome algica con la malattia possibile causa del dolore stesso
- 2. l'intensità del dolore.

L'equazione che immediatamente scatta nella mente dei medici è che a una certa patologia correli un tipo di dolore. Così la presenza nella patologia del suffisso -ite (es. sacroileite, spondilite, periartrite, ecc.) connota un dolore la cui causa è di norma infiammatoria, mentre una malattia facilmente identificabile come l'herpes zoster connota un dolore di tipo neuropatico, ecc.

In buona sostanza la diagnosi della malattia che causa presumibilmente il dolore fornisce la chiave interpretativa della natura del dolore e quindi anche della terapia farmacologica appropriata.

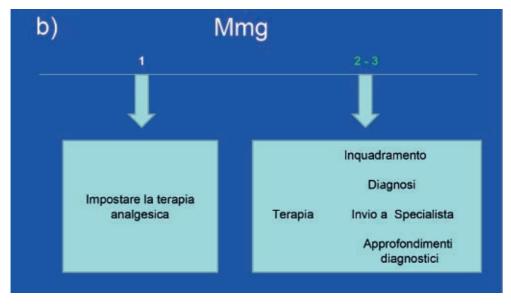
Questo modo di procedere può esporre il medico a **grossolani erro**ri.

Sarebbe necessario confutare questo approccio, riconsiderando nel suo significato predittivo l'**anamnesi** (oggi erroneamente ritenuta meno significativa di un tempo al fine della diagnosi del tipo di dolore) e introducendo un **approccio semeiologico** molto spesso "trascurato" dai medici:

 L'esame obiettivo correttamente condotto permette di avvalorare l'ipotesi di dolore neuropatico oppure confermare l'origine del dolore dai nocicettori periferici e in entrambi i casi confermare o meno la presenza di segni clinici rilevabili di coinvolgimento dei neuroni spinali (presenza di ipersensibilità spinale, da taluni chiamata "componente neuropatica").

- La diagnosi algologica ricerca quindi il "pain generator", ovvero il sito da cui origina il dolore (nocicettore periferico, fibra nervosa) e ricerca nel contempo i segni di ipersensibilità spinale.
- Definire la diagnosi algologica ha il grande vantaggio che essa permette di impostare da subito una razionale e appropriata terapia farmacologica per il controllo del dolore oppure indirizzare il paziente allo specialista più appropriato per intervenire sulla causa del dolore.







#### Prendiamo ora in considerazione i differenti scenari clinici

#### Dolore nocicettivo neuropatico

"Diagnosis ... fast and easy!" con il Questionario DN4 (Bouhassira et al. 2005) messo a punto dalla Scuola Antalgica Francese:

# Douleur Neuropathique en 4 questions (DN4)

Il **DN4** è stato testato in 160 pazienti con dolore sia neuropatico che nocicettivo e consta di 7 items collegati ai sintomi e 3 collegati all'esame clinico.

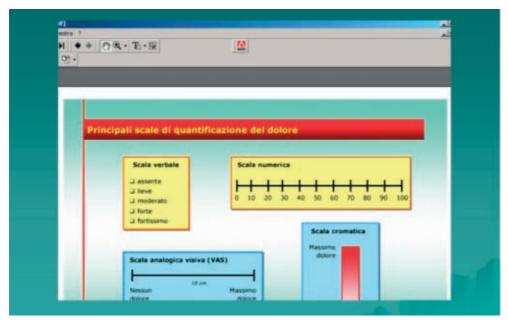
E' facilmente compilabile e un punteggio totale di almeno 4 su 10 suggerisce un dolore neuropatico.

Il DN4 mostra una sensibilità del 83% e una specificità del 90% quando è comparato con la diagnosi clinica.

I 7 items che descrivono la sensibilità possono essere utilizzati come un questionario che il paziente autocompila, con risultati analoghi.

Lo strumento è stato sviluppato e validato in Francia e tradotto in altre lingue.

SI	NO			
1	1			
1	1			
1				
essa area, a uno o più	dei seguenti sintomi?			
SI	NO			
	1			
1				
1	1			
1:	1			
SI	NO			
SI	NO			
	1			
	1 '			
tuato da:				
SI	NO			
1	1			
	*			
Duntaggio	Punteggio del paziente: /10			
	essa area, a uno o più o SI			



Riassumendo, i sintomi legati al dolore nocicettivo neuropatico cronico sono:

# POSITIVI:

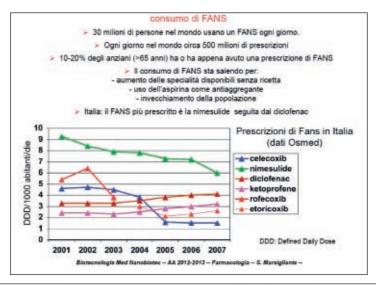
1. Parestesie (percezione, spontanea o provocata, di sensazioni abnormi non piacevoli)

2. Disestesie (percezione di sensazioni abnormi spiacevoli, ad es. puntura di spillo)

## **NEGATIVI:**

- 1. Ipo/anestesia
- 2. Ipostenia (debolezza muscolare)

Quanto alla terapia del dolore nocicettivo neuropatico, bisogna innanzitutto rilevare che è necessario rivedere le impostazioni terapeutiche poiché il consumo di FANS (Farmaci Anti-infiammatori Non Steroidei) è attualmente abnorme, come è descritto nella figura.





#### 8008

#### Regole Generali per l'uso di analgesici nel dolore cronico

- · Utilizzare le scale di misurazione del dolore
- · Utilizzarescala OMS a gradini
- · Valutare le caratteristiche patogenetiche del dolore
- · Utilizzare prevalentemente la via orale
- Titolazione con farmaci pronto rilascio per identificare il dosaggi efficace
- · Impostare terapia around the clock
- · Conoscere e trattare gli effetti collaterali
- · Non associare farmaci della stessa classe
- Consenso informato

#### 8003

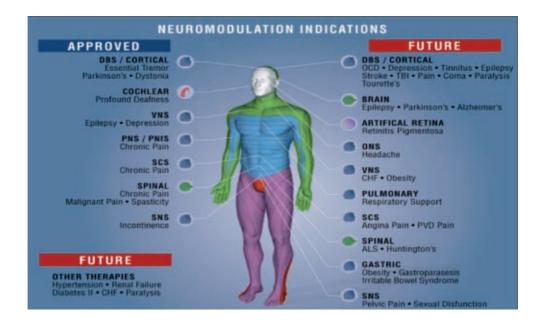
Per correggere questa situazione di deriva, foriera di spese inutili ed effetti collaterali anche pericolosi, è nato in Italia un protocollo operativo col nome di "Progetto Cardio Pain"

(Applicazione della nota 66 AIFA, di cui alla determinazione AIFA del 09.08.2012, pubblicata sulla G.U. 197 del 24.08.2012) i cui contenuti più salienti sono i seguenti:

- Con la L. 38 del 15/03/2010, che garantisce equità di accesso per tutti i cittadini alle cure palliative ed alla terapia del dolore, è stato sancito il principio in base al quale il **dolore viene riconosciuto come malattia** ed in quanto tale deve essere trattato.
- La stessa legge modifica le norme prescrittive relative agli analgesici oppiacei, rese più agevoli (art. 10) per tutti i medici autorizzati all'utilizzo del normale ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.
- L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha approvato, con propria determinazione del 09/08/2012, **aggiornata al 15/07/2013**, l'aggiornamento della Nota 66 che limita la prescrizione di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) ad alcune precise condizioni patologiche ed evidenzia come, nello scompenso cardiaco, ma anche in altre condizioni morbose, l'utilizzo di FANS sia sempre controindicato o fortemente sconsigliato.
- In base agli attuali protocolli terapeutici, nell'impossibilità d'impiego nei pazienti cardiopatici di farmaci antalgici, quali FANS e COXIB, l'utilizzo di **farmaci oppiacei** risulta essere la terapia più appropriata, in presenza di dolore moderato o severo.

Ma la terapia farmacologica è solo uno dei trattamenti antalgici possibili oggi. Dobbiamo infatti intervenire in modo integrato su tre fronti:

- 1. Agire sulla causa determinante
- 2. Interrompere la trasmissione dell'impulso nervoso (neurolesione)
- 3. Modularne la percezione (**neuro modulazione** che è lo strumento terapeutico "up to date" per il dolore cronico).



Più in particolare, il dolore cronico può essere controllato con i seguenti approcci terapeutici:

- 1. Terapia medica (NSAIDs, oppioidi, antidepressivi, anticonvulsivanti, cortisonici, ecc) vedi Scala WHO
- 2. Trattamenti FKT- Riabilitativi
- 3. Blocchi antalgici (BPA, IF, FA, SI)
- 4. Trattamenti con radiofrequenze
- 5. Infusione peridurale di farmaci
- 6. Procedure intradiscali

#### **Neuromodulazione:**

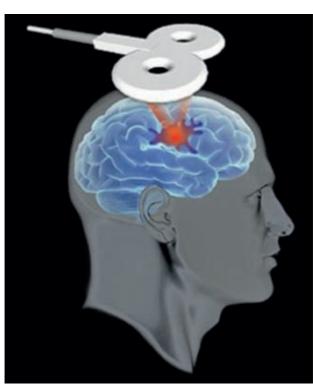
- Stimolazione midollare (SCS)
- Infusione sub aracnoidea (ITT)
- rTMS

La neuro modulazione si basa su di un insieme di modificazioni della trasmissione degli impulsi nervosi indotte a scopo terapeutico (percezione del dolore) a livello del sistema nervoso centrale (encefalo, midollo spinale) o del sistema nervoso periferico (nervi cranici, nervi spinali) mediante stimolazione elettrica o somministrazione intratecale (all'interno del sacco meningeo che avvolge il sistema nervoso centrale) di farmaci. Nella stimolazione magnetica transcranica (TMS) ripetitiva in cui un campo magnetico generato all'esterno del cranio altera l'attività dei circuiti all'interno dell'encefalo. Le bobine generano brevi forti campi magnetici che penetrano nei tessuti circostanti, compreso cuoio capelluto, cranio, meningi e liquido cerebrospinale.

La TMS ha avuto l'approvazione UE ed FDA per:

- depressione maggiore nel 2008
- depressione bipolare nel 2009
- schizofrenia nel 2010
- disturbo da stress post-traumatico 2011

È allo studio in altre condizioni neurologiche tra cui il dolore cronico intrattabile (ripetitive Transcranial Magnetic Stimulation o rTMS). Nella rTMS, una serie di impulsi viene somministrato in rapida successione non sulla rappresentazione corticale della zona dolorosa, ma sulla corteccia motoria primaria (M1) poiché gli esperti concordano sul fatto che gli effetti analgesici non corrispondono alla mappa somatotopica e la stimolazione della corteccia M1 è la condizione che provoca, di fatto, il miglior sollievo dal dolore.



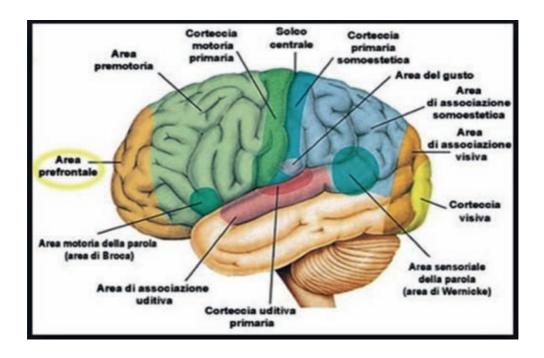
La rTMS è anche utile nella depressione, applicandola però alla corteccia prefrontale dorso laterale.

Tornando all'indicazione antalgica, il perchè dell'efficacia della stimolazione della corteccia motoria sul dolore, è un evento non ancora compreso. Si pensa che gli effetti della stimolazione della corteccia motoria sul dolore cronico dipendano dalle proiezioni di M1 sulle strutture che modulano il dolore, tra

questi: il talamo mediale, la corteccia cingolata anteriore e la sostanza grigia periacqueduttale del sistema limbico (vedi mappa del cervello qui riprodotta).

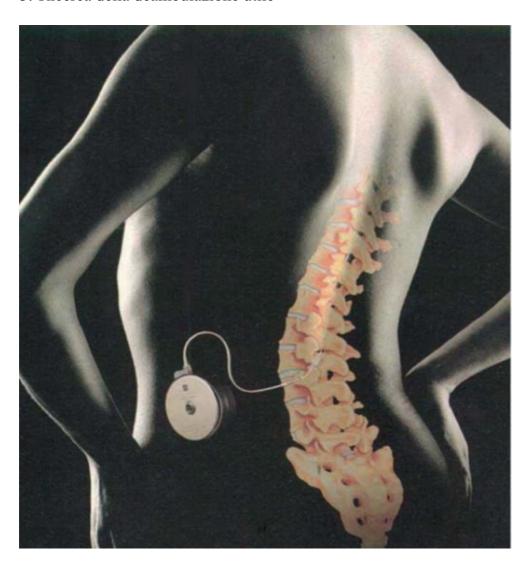
La rTMS non è una tecnica invasiva e non richiede anestesia o sedazione; non ha eventi avversi sistemici noti di lungo termine. Anche se vi sono studi che ne dimostrano i benefici, i limiti metodologici degli studi e delle esperienze fin qui condotti (troppo pochi soggetti con diverse cause di dolore, incoerenza negli obiettivi, parametri di stimolazione rTMS molto variabili, controlli con finte rTMS insufficienti e confondenti) non ne permettono ancora un uso generalizzato. Futuri studi in popolazioni omogenee dovrebbero aiutare a chiarire se la rTMS MRI-navigata o le bobine di forma avanzate possono offrire ulteriori vantaggi per il dolore neuropatico, insieme a target points cerebrali più definiti e parametri di stimolazione più standardizzati.

La **Spinal Cord Stimulation** (**SCS**) è sempre, come detto sopra, una forma di nero modulazione che consiste nella stimolazione del midollo spinale veicolando corrente elettrica su alcune fibre nervose del midollo stesso per interrompere la conduzione degli stimoli responsabili del dolore. Evoca una parestesia piacevole, che copre il messaggio nocicettivo.



Nella **Neuromodulazione Chimica con Pompe Intratecali (ITT)** vengono utilizzati sistemi di infusione totalmente impiantabili, costituiti da pompe programmabili connesse a un catetere intratecale (inserito dentro il sacco meningeo). La pompa contiene il farmaco e lo somministra secondo le istruzioni ricevute da un programmatore esterno (vedi figura). In vantaggi per i pazienti sono evidenti sia per i deambulanti:

- 1. Aumento della autonomia personale
- 2. Aumento della capacità lavorativa
- 3. Ricerca della deambulazione utile



- 4. Facilitazione delle terapie fisiche
- 5. Sia per i non deambulanti:
- 6. Aumento delle attività di cura ed igiene proprie
- 7. Possibilità lavorative
- 8. Facilitazione dei passaggi nelle posizioni sedute
- 9. Facilitazione dell'alimentazione

# Sia per quelli allettati:

- 1. Facilitazione del nursing
- 2. Facilitazione della fisioterapia
- 3. Limitazione delle infezioni respiratorie
- 4. Limitazione dei decubiti
- 5. Riduzione della sedazione
- 6. Preparazione ad ulteriori interventi

# Problematiche particolari

# La lombosciatalgia (lombalgia-lombaggine-sciatica) Algoritmo Trattamento Lombosciatalgia

- Ciclo di terapia con FANS analgesici e cortisonici
- Ciclo di tre infiltrazioni peridurali
- Blocco Foraminale (Ortopedico o Antalgico)
- Peridurolisi delle radici lombosacrali (Ortopedico o Neurochirurgo)
- Neurostimolazione midollare (Antalgico)
- Infusione intratecale di farmaci (Antalgico).

Le indicazioni alla somministrazione intratecale dei farmaci sono:

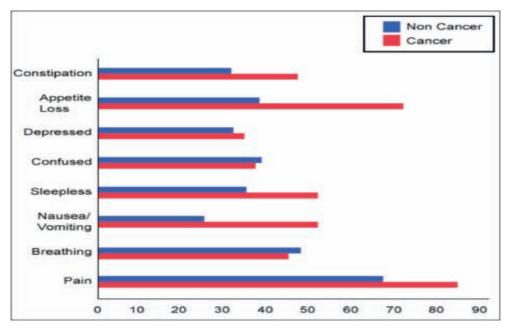
- 1. Mancata o scarsa risposta ai trattamenti convenzionali (per via orale, trans dermica cerotti o parenterale IM ed EV)
- 2. Analgesia ottenuta con elevati dosaggi di farmaci ed intollerabili effetti collaterali.

Per la terapia antalgica: morfina e altri oppioidi, ziconotide, clonidina, bupivacaina

# Il paziente oncologico

Si tratta di un problema diffuso e spesso drammatico. In cui, accanto al dolore, spesso durissimo, troviamo quasi sempre altri sintomi molto debilitanti (vedi figura con la prevalenza di principali disturbi nei pazienti oncologici e non).

Nell'approccio al dolore oncologico, valgono le stesse regole già proposte per la terapia antalgica in genere, tenendo conto della situazione generale della persona malata di tumore, con tutti i suoi bisogni fisici, psichici, spirituali e umani. Una terapia tagliata su misura è quanto mai necessaria e, soprattutto, va gestita in un contesto di alleanza terapeutica ben solida e di multidisciplinarità ben integrata (vedi figura).

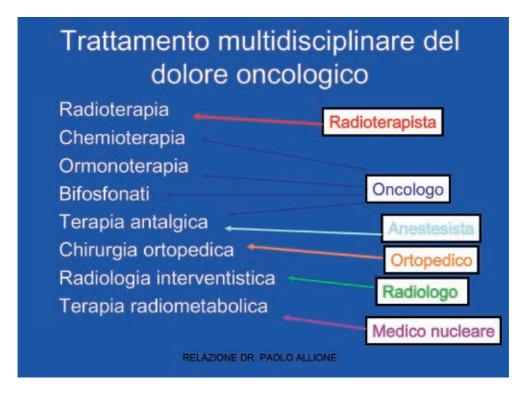




# Le sindromi neuropatiche

Dal 1994 la malattia diabetica è la prima causa di neuropatia: tra il 28% ed il 50% dei diabetici, a seconda delle casistiche, è affetto, prima o poi nella sua vita, dalla neuropatia distale simmetrica e 1 su 3 dei neuropatici si presenta con dolore (Rutkove SB JAMA 2009; 302(13):1451-8). Nei pazienti con diabete tipo 2 "de novo" il 6% ha già dolori alla diagnosi ed entro 10 anni il 20% ha una neuropatia dolorosa (Tesfaye et al NEJM 1995; 33:).

Il problema può essere affrontato con terapie patogenetiche (che si oppongono ai meccanismi di danno metabolico, molecolare e cellulare, alla base della neuropatia) e terapie sintomatiche farmacologiche.



#### TERAPIE PATOGENETICHE:

- Antiossidanti:
- 1. Acido Alfa lipoico (qualche beneficio sui sintomi; restiamo in attesa dei dati definitivi del grande studio NATHAN ancora in corso)
- 2. N-acetilcisteina:dati preclinici interessanti

- L-acetilcarnitina: discreti risultati sul dolore in un gruppo limitato di pazienti nel trial con dose maggiore
- Benfotiamina (e altri inibitori della via dell'esosamina): effetti marginali in uno studio di fase III

### TERAPIE SINTOMATICHE FARMACOLOGICHE:

- SNRI (duloxetina, venlafaxina)
- Antiepilettici (pregabalin, gabapentin)
- Antidepressivi triciclici
- · Oppioidi
- Antiaritmici (mexiletina)

# Aspetti specifici nelle persone anziane

### La Malattia di Alzheimer

Un aspetto peculiare della terapia antalgica nell'anziano è rappresentato dal cosiddetto "anziano fragile", situazione tipica di molti "grandi vecchi". Si tratta di una sindrome complessa causata da un declino contemporaneo di molti organi ed apparati, con una conseguente, generale, ridotta resistenza allo stress. È certamente favorita dalle comorbilità e dal disagio sociale, soprattutto dopo i 75 anni. Si tratta comunque di una situazione dinamica ed evolutiva, con una progressiva disabilità ed una crescente vulnerabilità fino alla compromissione dell'autonomia personale ed alla dipendenza totale.

Da un punto di vista biologico viene attribuita ad uno squilibrio tra i mediatori ormonali (soprattutto estrogeni, testosterone, GH e DHEA) che sono, globalmente, in riduzione ed alcune citochine (soprattutto TNF ed IL-6) che sono in netto aumento e producono, praticamente, danni tessutali, immunologici e funzionali di vario tipo.

Recenti studi dimostrano che l'impiego degli oppiacei nel paziente anziano fragile affetto da dolore cronico è preferibile a quello dei FANS per evitare i loro effetti collaterali che, soprattutto su rene, apparato cardiocircolatorio e tratto digerente, sono particolarmente frequenti e gravi in questi pazienti. Quando esistono incertezze sulla terapia antalgica più appropriata da instaurare nell'anziano fragile, si deve guardare soprattutto ad evitare gli effetti collaterali e la scelta del far-

maco andrebbe fatta in base a considerazioni di sicurezza e di tollerabilità, personalizzando il trattamento in base ai dati anamnestici ed al monitoraggio clinico. Molto frequenti sono, nel'anziano fragile, le situazioni di più o meno grave insufficienza renale ed epatica che impongono una riduzione oculata dei dosaggi: per questo specifico problema sono a disposizione (adesso anche come apps per gli smart phones...) tabelle ad hoc.

L'American Geriatric Society ha messo a punto delle "Raccomandazioni generiche per il trattamento del paziente anziano affetto da dolore cronico" che sono riprese da tutte le Società Scientifiche del mondo:

- Utilizza la via di somministrazione meno invasiva
- Se possibile scegli formulazioni a rilascio prolungato
- Introduci un farmaco per volta, partendo con dosaggi bassi e salendo lentamente
- Lascia passare un tempo sufficientemente lungo prima di inserire un nuovo farmaco che permetta di valutare bene efficacia e tollerabilità di quelli già in uso
- Il trattamento deve essere monitorato costantemente e, se necessario, modificato al fine di migliorarne l'efficacia e limitare gli eventi avversi
- Può essere necessario cambiare un oppiaceo con un altro.

Un altro aspetto particolare della terapia del dolore nell'anziano è rappresentato dalla Malattia di Alzheimer in cui si riscontrano le seguenti peculiarità:

- Nella progressione della malattia il dolore mantiene una soglia ed un tasso di percezione stabili ed indipendenti dal processo degenerativo del cervello.
- L'eleborazione del dolore e la compartecipazione affettivo-emozionale però diminuiscono in modo parallelo al deterioramento cognitivo.
- Il malato di Alzheimer perde quindi il "Warning e l'Alert Emozionale" che fanno del dolore il sintomo rivelatore di una patologia sia acuta che cronica esponendo così il paziente ad eventi anche fatali che passano spesso del tutto misconosciuti.
  - Fece molto pensare l'articolo finlandese, uscito nel 2004 sul giorna-

le della British Geriatric Society, sugli "Effetti della demenza sul dolore quotidianamente percepito nelle persone anziane residenti in case di cura: uno studio basato sulla popolazione [cioè nella realtà degli istituti per anziani e non su un campione selezionato] (vedi titolo qui sotto riprodotto). Infatti confermò quanto abbiamo riassunto sopra ed aprì gli occhi i medici ed agli operatori socio-sanitari circa la necessità di capire quando il sintomo dolore viene espresso in modo "atipico" o mascherato per essere di aiuto ai pazienti e pe ridurre il rischio clinico di mancate diagnosi importanti e urgenti.

Age and Ageing 2004; 33: 496-499 doi:10.1093/ageing/afh165 Age and Ageing Vol. 33 No. 5 © British Geriatrics Society 2004; all rights reserved Published electronically 22 July 2004

# Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population-based study

PEKKA MÄNTYSELKÄ<sup>1,2</sup>, SIRPA HARTIKAINEN<sup>1,3</sup>, KIRSTI LOUHMUORI-LAAKO<sup>1</sup>, RAIMO SULKAVA<sup>1</sup>

### Agopuntura

Alcuni dati, ricavati da studi epidemiologici americani, sono molto significativi:

Circa 100 milioni di adulti in USA soffrono di dolore cronico, più dei soggetti colpiti da cardiopatie, diabete e cancro combinati insieme (Weidong Lu, Curr Pain Headache Rep, 2013)

Circa 3 milioni di americani/anno si sottopongono ad agopuntura, principalmente per dolore cronico (Barnes PM, Natl Health Stat Report, 2008).

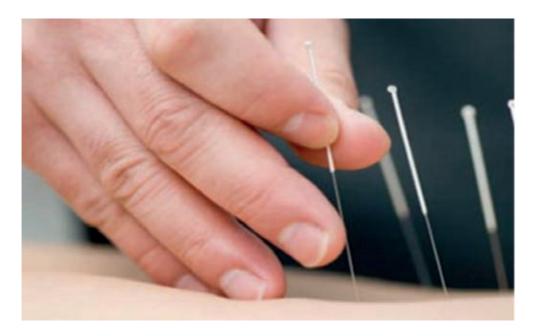
Gli effetti terapeutici dell'agopuntura, anche nelle persone anziane, sono i seguenti:

- Antalgico
- Immunomodulatore-antiinfiammatorio
- Regolatore dell'equilibrio neuro-endocrino
- Decontratturante, antispastico
- Vasomodulatore-trofico
- Positivo sulla sfera psico-emotiva

Department of Public Health and General Practice, University of Kuopio, PO Box 1627, 70211 Kuopio, Finland

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Unit of General Practice, Kuopio University Hospital, PO Box 1777, 70211 Kuopio, Finland

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup>Municipal Hospitals of Kuopio, Niuvantie 4, PO Box 38, 70101 Kuopio, Finland



L'AP influisce su sintesi, rilascio, reuptake e degradazione dei principali neurotrasmettitori/modulatori del SNC, con i seguenti meccanismi (vedi anche figura):

- Attività di EOP, 5HT, DA, Ach, aminoacidi inibitori (GABA, glicina, taurina, lactamina)
- Attività degli aminoacidi eccitatori (glutamato, ac.aspartico).

Le indicazioni cliniche, di provata efficacia, dell'agopuntura, anche nelle persone anziane, sono le seguenti:

- **Dolore cronico**: osteoartrite, cefalea cronica, spalla dolorosa, cervico-dorso-lombalgia (Vickers AJ, Arch Intern Med, 2012)
- **Dolore neoplastico:** agopuntura terapia farmacologica ha dimostrato una superiorità significativa nei confronti della sola terapia farmacologica (Choi TY, Support Care Cancer, 2012) e le Linee Guida del National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) concludono: "Nei pazienti adulti con dolore neoplastico l'uso dell'agopuntura è raccomandato come parte degli interventi integrativi, congiuntamente alla terapia farmacologica".
- Low back pain: agopuntura significativamente più efficace rispetto alle cure convenzionali ottimali (Haake M, Arch Intern Med, 2007 su 1.162 pazienti e Cherkin DC, Arch Intern Med, 2009 su 640 pazienti)

- Nevralgia del trigemino: 4 trials l'agopuntura si è dimostrata superiore alla carbamazepina e in 8 trials ha avuto un'efficacia sovrapponibile ma minori effetti collaterali (Liu H, Altern Ther Health Med, 2010)
- **Neuropatia diabetica:** significativo miglioramento dei sintomi nel 77% dei pazienti e riduzione o interruzione della terapia farmacologica nel 67% ad un follow-up di 18-52 settimane (Abuaisha BB, Diabetes Res Clin Pract, 1998)
- **Nevralgia post-herpetica:** trattamenti di EAP (elettroagopuntura) a frequenze di 2 e 15 HZ hanno dato ottimi risultati su:
  - **sensibilità termica** dopo 4 settimane di trattamento ripristino della perdita di neuroni sensoriali TRPV-1 positivi e delle terminazioni nervose delle fibre afferenti danneggiate
  - allodinia tattile dopo 2 settimane di trattamento attenuazione del danno delle afferenze mieliniche e della loro abnorme crescita nella lamina II del corno posteriore del midollo spinale (Wu CH, Mol Pain, 2013).



# Anestesia ed analgesia chirurgica

La combinazione di elettroagopuntura (EAP) e farmaci è stata impiegata con successo negli interventi chirurgici e nella gestione del dolore, fin dagli anni '80, nelle seguenti situazioni:

- · analgesia chirurgica,
- travaglio di parto, colonscopia,
- estrazioni dentarie,
- controllo del dolore post-operatorio: efficacia dell'agopuntura rispetto alle cure convenzionali nel dolore cronico dopo interventi chirurgici a livello cervicale (Pfister DG, J Clin Oncol, 2010) e significativa riduzione del consumo di oppioidi nel post-operatorio con conseguente minor incidenza di effetti collaterali oppioidi-correlati, quali nausea, vertigini, sedazione, prurito, ritenzione urinaria (Sun Y, Br J Anaesth, 2008).

### Bibliografia di riferimento

Pain reactivity in Alzheimer patients with different degrees of cognitive impairment and brain electrical activity deterioration. Benedetti F., Asteggiano G., Arduino C., Vighetti S., Tarenzi L., Rainero I. Pain. 2004 Sep; 111(1-2): 22-9.

Loss of expectation-related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapies less effective. Benedetti F, Asteggiano G, Arduino C, Costa S, Vighetti S, Tarenzi L, Rainero I; Pain. 2006 Mar;121(1-2): 133-44. Epub 2006 Feb 10.

Mantyselka P. et al., Effects of dementia in perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population-based study, Age and Ageing 2004; 33:496-499.

ATTAL N. et al., EFNS Guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision, Eur J Neurol 2010;17:1113-1123.

# RIABILITAZIONE E PALESTRA DI VITA (PDV)



Pietro Piumetti Psicologo psicoterapeuta

### **Premessa**

"La vita è un dramma con un ultimo atto scritto male, forse per questo è tanto difficile darne un'interpretazione veramente grande. Quando è recitata con abilità la parte del vecchio è caratterizzata da serenità, saggezza, libertà, dignità e spirito. Quasi tutti vorrebbero recitarla così ma pochi hanno il coraggio di tentare. I giovani si rivolgono ai vecchi non solo per le conoscenze, ma per sapere il segreto del godersi la vecchiaia. Se siamo tra coloro che interpretano bene la vecchiaia otteniamo l'ammirazione per l'interpretazione. Se siamo gli autori della nostra interpretazione veniamo ammirati doppiamente per aver scritto un ultimo atto tanto bello" (Cicerone, 106 - 43 a.C. "De Senectude").

Lo scopo principale di questo capitolo è illustrare il metodo "Palestra di Vita": le teorie di riferimento, i suoi principi fondamentali, il programma di trattamento e le finalità per cui viene utilizzato. Ma vuole anche essere una riflessione su come da un insieme di teorie di riferimento, attraverso un lungo lavoro di progettazione, sperimentazione e continua revisione, possa nascere un metodo di trattamento concreto ed efficace che ha come scopo primario il miglioramento della qualità di vita non solo degli anziani che vivono ancora a casa loro, ma anche di quelli che sono ospiti di case di cura e penionati.

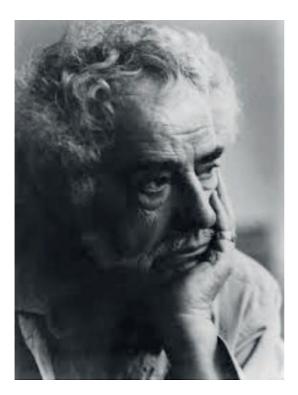
Oggi che la ricerca ha smesso di badare solo a quello che andiamo

perdendo con l'età, per guardare di più a quello che si mantiene o si acquista, l'invecchiamento assume un miglior aspetto.

Due importanti scoperte delle neuroscienze:

- 1. le cellule staminali: nel nostro cervello (a livello della formazione detta "ippocampo") esistono cellule indifferenziate, pronte a specializzarsi per tutta la vita;
- 1. la plasticità cerebrale: le sinapsi possono modificarsi, rafforzarsi, scomparire o formarsi da zero per tutta la vita.

Il segreto sta nel movimento psico-fisico e nelle relazioni sociali soddisfacenti. Si vanno accumulando le prove che le nostre competenze mentali rimangono integre finchè lo rimane il nostro stato di salute, purché ci manteniamo attivi, mentalmente e fisicamente. Nel corso dell'invecchiamento non sono cioè presenti solo fenomeni degenerativi di perdita, ma anche fenomeni rigenerativi, di ricostruzione. Si è visto come, almeno in certe zone del cervello, insieme alla perdita di densità cellulare c'è un aumento di contatti sinaptici fra cellula e cellula, specialmente a livello dell'albero dendritico, onde compensare la perdita subita.



Da vari anni si sapeva delle possibilità plastiche e ricostruttive del cervello, ma non si era mai dimostrata, come si è fatto ora, che intervenissero in modo così importante nel processo di invecchiamento. È stato in particolare dimostrato come ci sia un'influenza degli stimoli attivi e passivi dell'ambiente in questi processi di compenso. Nell'esperimento con animali si è visto che se si tengono due gruppi di topolini della stessa nidiata in situazioni molto diverse, l'una "ricca" di stimoli ed esperienze, l'altra "povera", si osserva una

notevole differenza nel numero di contatti sinaptici che si stabiliscono tra cellula e cellula, ma la cosa più interessante è che succede anche con animali anziani. Insomma il cervello mantiene una "plasticità", una capacità di farsi influenzare dall'esperienza, anche in età avanzata.

Si è scoperto inoltre che il movimento aumenta le endorfine cerebrali e rappresenta un'arma contro ansia e depressione, il movimento può
quindi migliorare il tono dell'umore negli anziani. Sempre più oggi si
afferma che molte insufficienze mentali senili non sono dovute all'età
ma ad una vera e propria mancanza di stimoli. Da questo punto di vista
il nostro destino è in gran parte nelle nostre mani. Il principio guida è
uno solo: esercitare le nostre funzioni se non vogliamo perderle. È probabile che in certi aspetti intervenga un rallentamento, ma è dimostrato
che gli anziani in buona salute sanno fare molte cose meglio dei giovani. L'attività, lo stimolo di muoversi, l'essere in gruppo possono dare
un contributo importantissimo a un invecchiamento mentale armonico
ed efficiente.



Troppo spesso, con l'età, subentra invece l'apatia, la stanchezza, la mancanza di voglia di continuare a mantenerci in forma. Quando una persona non ha più interessi e dice "sono vecchio", è molto difficile portarla fuori da questa apatia e mancanza di reazione, perché una persona che ha cominciato a sedersi continua a stare seduto... Anche se nella natura, nel cosmo, c'è movimento (nulla sta seduto) e il movimento è gioia, sembra che le nostre abitudini "chi me lo fa fare a spremere troppo la testa, ecc." ci blocchino; sembra che la gente goda a soffrire "adesso mi viene il dolore forte" (la cosiddetta cultura della croce), togliere questa aspettativa rassegnata è dura!

Come rimettere in movimento una persona anziana incredula? È possibile una scuola per invecchiare bene? Una scuola per conoscere e imparare le gioie e i limiti dell'invecchiamento? Una scuola per imparare a vivere con se stessi e con la vecchiaia, imparare a considerare la salute non come assenza di malattia ma equilibrio, benessere psico-fisico-sociale, che, pure in presenza di malattia, può consentire di avere tutti i rapporti sociali di cui si abbia necessità e piacere? La risposta è sì. Nella nuova concezione di salute la persona è il terapeuta di se stesso; i comportamenti si modificano non agitando spettri ma per la volontà di cambiare e per quello di piacevole che comporta.

La riabilitazione con le persone anziane, in particolare malate di demenza, conta innumerevoli metodiche per contenere le perdite cognitive, i disturbi affettivi e correggere i problemi comportamentali. L'obiettivo realistico, nella riabilitazione con le persone dementi, consiste nel rallentamento della progressione della malattia, piuttosto che nel ripristino della funzione lesa, cioè strategie finalizzate a ridurre la disabilità. Tra le tecniche: la terapia di orientamento alla realtà, la terapia della reminescenza, la terapia della rimotivazione, la "validation terapy" (terapia di valorizzazione che fa leva sull'empatia e gli aspetti affettivo-relazionali), il "memory training" (allenamento della memoria), la musicoterapia, l'attività motoria, la "pet therapy" (terapia con gli animali domestici) e, da oltre quindici anni, la Palestra di Vita (PDV), anche con le persone disorientate e confuse.

# Le basi della Palestra di Vita (PDV)

### Introduzione alla PDV

Nell'immaginario collettivo, molto spesso, la vecchiaia viene considerata in modo negativo, puntando l'attenzione su ciò che si perde, piuttosto che sulle ricchezze che si acquisiscono. La cultura dominante tende a rimuovere la vecchiaia come condizione di limitazione delle capacità, della velocità e dell'elasticità operativa e non consente un'idonea preparazione a questo momento della vita di ogni uomo.

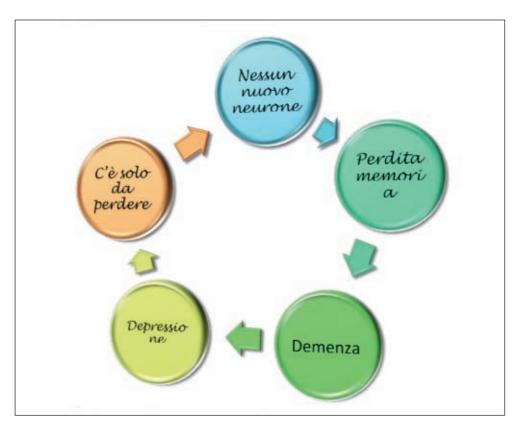
Con la PdV si è ritenuto necessario sviluppare il più possibile, negli ospiti delle strutture, la capacità di riconoscere e apprezzare le qualità che l'anziano porta con sé: saggezza, equilibrio, esperienza, creatività, le quali possono e devono essere valorizzate e finalizzate come affermazione della propria identità e della propria libertà e influiscono positivamente sul processo di invecchiamento. Alla PdV si dice che la vecchiaia non è una malattia, ma lo può diventare conducendo uno stile di vita a rischio: passività e isolamento. Per invecchiare in salute è necessario tenersi in forma attraverso un costante allenamento psicofisico e rimanendo protagonisti della propria esistenza.

La PdV, integrando l'animazione con la riabilitazione psicologica, mette al centro la relazione, creando un setting ideale, un circolo virtuoso, per promuovere il benessere psicologico nelle residenze per anziani, consentendo allo psicologo e agli altri operatori, di indirizzare la propria attenzione principalmente sulla relazione.

Nella PdV si socializza, si offrono informazioni sulla salute (psico-fisica-sociale e spirituale), si fa allenamento mentale e fisico, si migliora lo stile di vita per vivere meglio. Il "fare" unito al "pensare", e nello specifico un "pensare positivo", riducono la possibilità di una patologia da ricovero (passività, isolamento) e danno alla persona quel senso di autodeterminazione fondamentale per "sentirsi vivi" e in relazione con il mondo circostante.

La PdV, integrando l'animazione con la riabilitazione psicologica, mette al centro la relazione, creando un setting ideale, un circolo virtuoso, per promuovere il benessere psicologico nelle residenze per anziani, consentendo allo psicologo e agli altri operatori, di indirizzare la propria attenzione principalmente sulla relazione.

Nella PdV si socializza, si offrono informazioni sulla salute (psico-fisica-sociale e spirituale), si fa allenamento mentale e fisico, si mi-



Rappresentazione grafica dei pregiudizi da smontare circa la vecchiaia

gliora lo stile di vita per vivere meglio. Il "fare" unito al "pensare", e nello specifico un "pensare positivo", riducono la possibilità di una patologia da ricovero (passività, isolamento) e danno alla persona quel senso di autodeterminazione fondamentale per "sentirsi vivi" e in relazione con il mondo circostante.

Tale relazione serve inoltre a instaurare un circolo virtuoso di auto e mutuo aiuto che permette alle persone coinvolte di poter cercare insieme una via alternativa di fronte a determinati problemi, o di conoscere soluzioni e realtà insospettate prima. Questo contribuisce a una riduzione degli stati depressivi e regressivi e la persona anziana tende a diventare protagonista della propria esistenza. Anche i rapporti con i familiari diventano meno conflittuali e i caregiver vengono sostenuti nel loro difficile compito di assistenza alla persona anziana.

### Che cos'è la Palestra di Vita (PDV)

La PdV, ideata nel 1995 presso la Residenza per Anziani "Mons. Calandri" di Boves e gestita dal Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese, rappresenta un metodo di lavoro polivalente bio-psico-socio-educativo per migliorare la qualità della vita delle persone anziane (istituzionalizzate e non) e di chi le assiste. "Le attività del metodo PdV rappresentano delle importanti opportunità di riattivazione della mente, del cuore e del cervello degli anziani e di chi li assiste" (Cesa-Bianchi, 2008)

Gli obiettivi principali mirano a prevenire e/o contenere il declino psico-fisico, la cosiddetta "patologia da ricovero", promuovere l'invecchiamento positivo, attivando le risorse residue, affrontando il disagio psicologico e sociale prima che cristallizzi in malattia, oltre a favorire il lavoro di rete e la prevenzione del burn-out degli operatori. Si avvale di psicologia, medicina e professioni che ruotano intorno all'invecchiamento, in un'ottica integrata e olistica che assegna alla persona e non al corpo malato il ruolo di protagonista della salute.



Definizione, obiettivi, assunti e attività della PDV

Gli assunti di base del metodo PdV sono:

- l'integrazione dell'animazione con l'assistenza psicologica: **integrando l'animazione e l'assistenza psicologica** si crea un setting ideale, un circolo virtuoso, per promuovere il benessere psicologico nelle residenze per anziani;
- la considerazione della **triade ospite-operatore-familiare**: la triade costituisce un unico sistema interdipendente, operando sui singoli elementi del sistema e lavorando alla loro armonizzazione si punta al miglioramento della qualità della relazione tra i soggetti coinvolti, migliorando la qualità della relazione migliora la qualità del servizio;
- la facilitazione all'**autocomprensione**: ognuno è animato da una tendenza intrinseca a sviluppare le sue potenzialità e possiede le risorse per l'autocomprensione, che possono esprimersi solo in un clima di facilitazione psicologica.

La PdV è inizialmente stata avviata come attività a gruppo allargato; visto poi l'esito positivo della sperimentazione, in particolare per il gradimento da parte degli ospiti, familiari, operatori e dell'amministrazione, l'attività è stata confermata e avviata anche presso altre struttu-

- LA VECCHIAIA NON E' UNA MALATTIA MA LO PUO' DIVENTARE CONDUCENDO UNO STILE DI VITA A RISCHIO: DISIMPEGNATO
- IL BUONUMORE, IL SORRISO, LO STRINGERE LA MANO, LA GENTILEZZA, IL RISPETTO, IL TEMPO PER PARLARE, RAPPRESENTANO UNA TERAPIA EFFICACE QUANTO UN'ASPIRINA, OVVIAMENTE NEL PROPRIO AMBITO SOCIOSANITARIO ANZICHE' CARDIOVASCOLARE
- L'INTEGRAZIONE DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO CON L'ANIMAZIONE CREA UN SETTING IDEALE, UN CIRCOLO VIRTUOSO PER PROMUOVERE IL BENESSERE PSICOLOGICO NELLE RSA
- IL BENESSERE DELL'ANZIANO E' CONDIZIONATO DAL BENESSERE DELL'OPERATORE E DEL FAMILIARE
- OGNUNO HA IN SE' LA CAPACITA' DI AUTOREALIZZARSI MA PER ESPRIMERSI AL MEGLIO NECESSITA DI UN CLIMA DI FACILITAZIONE PSICOLOGICA

Fondamenti della PDV

re; sono state inoltre gradualmente ideate la PdV sul territorio, la PdV a piccolo gruppo, la PdV multisensoriale e l'assistenza psicologica con il metodo PdV.

Il metodo PdV prevede più tipi di attività:

- PdV a **gruppo allargato**: realizzata da psicologi o altri operatori formati, rivolta a 25-30 ospiti "interessati" delle residenze per anziani;
- PdV a gruppo allargato **sul territorio**: realizzata da psicologi o altri operatori formati, rivolta 25-30 anziani "interessati" del territorio;
- PdV a **piccolo gruppo**: realizzata da psicologi formati, rivolta a 8-10 ospiti con decadimento cognitivo-comportamentale;
- PdV **multisensoriale**: realizzata da psicologi formati, rivolta a 4-6 ospiti con importanti disturbi cognitivi, del tono dell'umore e disturbi del comportamento;
- Assistenza psicologica col il metodo PdV: realizzata da psicologi formati, rivolta agli ospiti operatori e familiari delle strutture per anziani.

# Concetti fondamentali, programma e metodologia

I concetti fondamentali della PdV sono: la relazione etica, il pensare positivo, la conduzione di uno stile di vita sano ed impegnato, la cura della rete sociale, la cura del setting, la raccolta della storia di vita del vecchio, l'auto e mutuo aiuto, l'animazione e infine la progettazione, documentazione e verifica.

Per quanto riguarda il programma, descriviamo quelli della PdV a gruppo allargato e della PdV a piccolo gruppo; quello delle altre due attività di PdV (sul territorio e multisensoriale) è del tutto simile, con delle piccole variazioni.

PROGRAMMA PDV A PICCOLO GRUPPO: accoglienza; verifica stato salute; canto iniziale; ginnastica dolce (a rotazione); almanacco ROT<sup>25</sup>; educazione alla salute; allenamento mentale: memorie, lin-

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> ROT = Reality Orientation Therapy. Con ripetute stimolazioni mltisensoriali si prefigge di rafforzare e potenziare l'orientamento nello spazio, nel tempo e personale dei pazienti con decadimento cognitivo (in genere di grado medio/lieve senza gravi disturbi comportamentali).

guaggi, attenzione, riconoscimento e comprensione; allenamento funzioni gnosiche, prassiche ed esecutive; racconto vivente e auto mutuo aiuto; canto finale; rinfresco; verifica gradimento.

PROGRAMMA PDV A GRUPPO ALLARGATO: accoglienza; verifica stato salute; canto iniziale; ginnastica dolce (a rotazione); almanacco ROT; educazione alla salute globale (interventi con gli esperti, se possibile, interni alla struttura: medico, psicologo, sacerdote, infermiere, educatore, fisioterapista, OSS, ecc.); incontri con il territorio (interventi esterni) o auto mutuo aiuto; allenamento mentale; giornale vivente; canto finale; rinfresco; verifica gradimento.

METODOLOGIA: La PDV consiste in un'attività di gruppo, a cadenza settimanale, della durata di circa un'ora, coinvolgendo rispettivamente circa 8 ospiti "con decadimento cognitivo-comportamentale" per il piccolo gruppo e circa 25-30 ospiti "interessati" per il gruppo allargato. L'incontro viene condotto dallo psicologo o altro operatore formato (facilitatore-catalizzatore), con la collaborazione di operatori OSS, volontari e familiari per accompagnare gli ospiti all'attività, stimolarli e aiutarli negli esercizi. L'attività viene realizzata in un setting accogliente (con le sedie a cerchio, la lavagna a fogli mobili e l'attrezzatura per l'allenamento psico-fisico) secondo un programma scandito da diversi momenti, intervallati da esercizi di ginnastica dolce/rilassamento, con un approccio non direttivo, un clima positivo, guardando



più alle risorse dell'anziano che non ai suoi limiti, tenendo conto della storia di vita di ciascuna persona.

### Teorie di riferimento

Gli esseri umani non possono fare a meno del contatto, come del cibo, e dell'acqua. Gli abbracci danno sicurezza e protezione, i baci suggellano l'amicizia. In una ricerca crudele, Federico II re di Svevia, 1194-1250, volle sperimentare il

bisogno umano di relazione (contatto corporeo, comunicazione, affetto) in un gruppo di orfani. Vennero separati dagli altri in un brefotrofio. Assistiti solo per l'igiene e il nutrimento da balie e infermiere, ma senza comunicazione e affetto. Il risultato fu terribile: nessuno sopravvisse.

Da Rogers, 1967, in "Terapia centrata sul cliente" apprendiamo che il "cliente" deve percepire accettazione, empatia e autenticità per darci fiducia e lasciarsi aiutare. In particolare dobbiamo ascoltare quello che accade in noi, i nostri sentimenti, essere trasparentemente reali, per essere quasi sicuri che la relazione sarà di aiuto. La crescita di una persona è facilitata dall'atteggiamento del terapeuta, quando questo agisce in maniera autentica, senza maschere o facciate, quando entra in rapporto personale e diretto col paziente incontrandolo da persona a persona, quando è se stesso senza alcuna riserva.

Da Le Gouès, 1995, in "La psicanalisi e la vecchiaia" apprendiamo che: nella relazione con persone affette da demenze, è necessaria un'accettazione incondizionata del paziente, della sua personalità, senza condizioni o giudizi, in quanto più l'individuo è capito e accettato profondamente, più tende a lasciar cadere le false facciate e si muove in una direzione positiva di miglioramento. Attraverso la "relazione etica" la persona malata d'Alzheimer non scappa più e si lascia incuriosire dallo psicologo che così può entrare in lui e creare un'area transazionale che rende possibile il contatto. Il terapeuta, ponendosi come oggetto transazionale, crea un luogo di non sapere, nel quale il demente può ritrovare se stesso, ed un reale interesse per la vita affettiva, che comporta anche una auto-valorizzazione.

Erikson, 1958, nelle otto fasi di sviluppo psico-sociale, valorizza la fiducia come tappa fondamentale dello sviluppo della persona per raggiungere l'integrità nel corso della senilità.

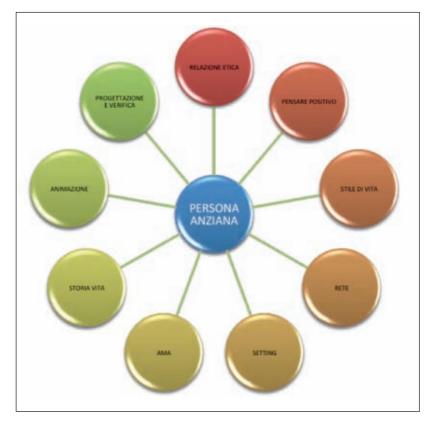
Per Naomi Feil, 1980, occorre usare empatia per sintonizzarsi con la realtà interiore dell'anziano disorientato. L'empatia (vale a dire mettersi nei panni dell'altro) infonde fiducia, la fiducia porta sicurezza, dalla sicurezza nasce la forza, la forza rinsalda i sentimenti di autostima e ciò riduce la tensione. L'impoverimento del lessico e l'evoluzione dei disturbi del linguaggio porta le persone affette da demenza a scivolare lentamente nel silenzio e nell'isolamento.

Lai, 1993, ci insegna, attraverso la tecnica della "Conversazione Fe-

lice", che è possibile mantenere un dialogo con questi pazienti instaurando delle conversazioni positive in cui riescano a parlare il più a lungo possibile, senza interromperli, senza completare le frasi in sospeso e senza fare domande.

In uno studio di Kruse e Prazak, 2006, il ridere è predittore di un positivo invecchiamento. Il Cancelliere martire Tommaso Moro recitava la seguente preghiera: "Dammi o Signore il senso del ridicolo. Concedimi la grazia di comprendere lo scherzo affinché io conosca nella vita un po' di gioia e possa farne parte anche agli altri. Amen".

Martin Seligman, 2000, parlando di "illusioni positive", sostiene che gli psicologi hanno dedicato molti studi all'azione dell'Io incosciente sull'Io cosciente ma troppo pochi all'azione del secondo sul primo. Eppure, sostiene Seligman, quest'azione è essenziale non solo per valorizzare le convinzioni razionali e i risultati del pensiero scientifico e organizzativo ma anche per valorizzare le convinzioni emotive e i risultati dell'intuito e del sentimento.



Ingredienti da cui partire per realizzare una valida PDV

Per Hastie, 1981, nella teoria degli schemi mentali, l'automatismo ci condiziona. Per proteggerci da circa 10.000 stimoli sensoriali al secondo (che arrivano dai 5 organi di senso) il nostro cervello è costretto a tagliare e filtrare. Ognuno vede la realtà in base ai suoi schemi mentali, griglie che condizionano e guidano la nostra percezione, memoria, giudizi e che si sono costituiti nel corso della nostra interazione con l'ambiente. Quello che non vediamo, ascoltiamo, tendiamo a non considerarlo, inoltre attribuiamo agli altri la nostra "mappa" del mondo. Gli schemi mentali sono funzionali perché ci consentono di risparmiare energia, fare subito previsioni, e nel corso del tempo si sono evoluti per la sopravvivenza. Creano però problemi se non li aggiorniamo, se non ci fermiamo a pensare, se non ci mettiamo nei panni dell'altra persona, se li impieghiamo automaticamente. Sappiamo quanto siano negativi i pregiudizi e gli stereotipi sul'invecchiamento che, di fatto, impediscono alla persona anziana di ripartire, di rimettersi in gioco. Per affrontare seriamente il problema occorre un aggiornamento permanente delle informazioni: è quello che si cerca di fare negli incontri di educazione alla salute psico-fisica-sociale e spirituale della PdV. Inoltre, nel momento dell'almanacco ROT della PDV, si recuperano detti e proverbi positivi che possano aiutare ad orientare la vita verso una visione più ottimistica.

La teoria dell'empowerment di Rosabeth Moss, 1970, dedica attenzione al positivo, guarda le risorse delle persone e non le loro mancan-

ze e cerca di valorizzare le prime per compensare le seconde. L'empowerment insegna alle persone a pensare positivo ed a realizzare i propri desideri. "Soltanto una cosa rende impossibile un sogno: la paura di fallire" (Paulo Coelho).

Lo scopo della PDV è prevenire la learned helplessness (passività appresa), in favore dell'empowerment (far riemergere e sviluppare



le potenzialità personali delle singole persone). Negli incontri di PDV si informa l'anziano sulle sue capacità residue, spiegando l'importanza di impegnarsi in prima persona nell'attività e sottolineando che è possibile rallentare il decadimento fisico e cognitivo rimanendo il più possibile attivi.

Lo psicanalista Berne, 1961, nell'analisi transazionale, individua tre stati dell' Io: io bambino (la natura/emozioni), io genitore (la cultura/automatismi) e io adulto (pensiero/ragionamento). Il primo è istintivo, il secondo è automatico, solo il terzo è frutto di un pensiero, capace di mettersi nei panni dell'altro, che possiamo decidere di rendere positivo (io sono OK - tu sei OK). Nella PDV si cerca di rinforzare questo stato dell'io, l'io adulto, che è anche quello che può aiutare a far ripartire un progetto di vita a cui dare un senso. Supportando l'io adulto si aiuta l'anziano a capire che le esperienze sono mediate da come noi pensiamo e vediamo il mondo.

Durante la PDV viene anche proposta la filosofia della vita pratica del filosofo Dario Bernazza, 1978, trasmessa agli ospiti come approc-



cio ai problemi esistenziali. Con lo scopo anche di responsabilizzare a vedere il positivo nella vita, Bernazza si chiede com'è possibile comportarsi saggiamente se nessuno lo insegna. Nell'antica Atene i filosofi davano consigli pratici per risolvere i problemi, infatti nel V secolo a.C. si era raggiunto il più alto livello di civiltà. Per Bernazza le cose dette finora sono nelle opere di Aristotele e di Platone 2500 anni fa. Per Bernazza è impossibile indovinare la vita con le sole proprie forze, occorre l'insegnamento dell'etica (la filosofia della pratica) per usare la ragione in modo che l'uomo riesca ad affrontare i problemi. Se i filosofi smettessero di occuparsi della metafisica e si occupassero di problemi reali l'umanità farebbe un grande balzo in avanti. Di seguito vengono riportati alcuni suoi suggerimenti: "Saper vivere corrisponde al saper esercitare una professione, il solo fatto di essere vecchi non significa che si sappia vivere la vecchiaia"; "Non possiamo essere felici se prima non rendiamo felici le persone che ci sono vicino"; "Un uomo emerge solo se si sforza di essere se stesso, creare un suo stile, sono importanti tempo e tenacia"; "Il divertirsi nella vita è avere tanti piccoli vizi senza coltivarne nessuno in particolare"; "La felicità si basa non su quanto si sa o su quanto si ha ma su come si ragiona"; "Si vive come si ragiona, per vivere bene occorre ragionare bene, per far questo occorre allenamento e un adeguato patrimonio etico"; "Nella vita il negativo è gratis, il positivo va pensato e costruito"; "Il più alto capolavoro che un uomo possa realizzare è la propria felicità"; "Per ottenere il massimo dalla vita occorre tuffarcisi dentro e nuotare tutti gli stili, con volontà indomabile"; "Godiamo delle gioie corporali ma eleviamoci anche alle gioie dello spirito che sono di più, più intense e più interessanti"; "Saper vivere è un'arte, la prima domanda che ognuno dovrebbe farsi è: come posso vivere nel migliore dei modi gli anni che presumo di vivere, partendo da quello che sono?".

Quindi uno stile di vita sano e impegnato... "Si come il ferro arrugginisce senza uso e l'acqua nel freddo si addiaccia, così lo l'ingegno senza esercizio si guasta" (Leonardo da Vinci, 1452-1519). L'obiettivo è stimolare e aiutare l'anziano ad allenare e curare mente, corpo e spirito: attraverso momenti di allenamento mentale, almanacco ROT e ginnastica dolce. Nella Palestra di Vita sono previsti dei momenti specifici, differenziati rispetto al tipo di palestra, per consentire alle persone anziane, dementi e non, di contenere il declino psico-fisico. In par-

ticolare, per quanto riguarda quella a piccolo gruppo, vengono proposti esercizi per la memoria, la fluidità verbale, l'attenzione, il riconoscimento, la comprensione, l'allenamento delle funzioni gnosiche, prassiche, esecutive, ecc.

Havighurst, 1969, dopo una ricerca per individuare quali fossero le caratteristiche comuni dei soggetti più o meno famosi che avevano saputo "invecchiare con successo", evidenziò che il denominatore comune era la capacità di mantenersi attivi fino ad età avanzata. Sentirsi attivi e impegnati genera sensazioni importanti, quali percepirsi efficienti, socialmente validi, adatti al mondo che cambia. Vissuti di questo genere impediscono l'insorgere di depressione e di sentimenti di inutilità.

L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) definisce la salute un completo benessere psico-fisico sociale della persona che sta bene con se stessa e con il contesto che la circonda. Per l'OMS, sullo stile di vita, influisce per il 50% la salute; il 20% i geni; il 20% la politica e solo il 10% la sanità. Per V. Hudolin (1922-1996, membro O.M.S. Organizzazione Mondiale Sanità, Direttore Cattedra di Neurologia, Psichiatria e Psicologia medica di Zagabria) ogni individuo assume un determinato stile di vita non soltanto in base alla propria libera scelta o alle caratteristiche che ha ereditato, ma anche in base alle pressioni dell'ambiente familiare e sociale. Da Hudolin ho appreso: l'approccio ecologico-sociale verde; la qualità della vita associata allo stile di vita non solo del soggetto ma anche della famiglia e della comunità; l' auto e mutuo aiuto; l'importanza dell'educazione alla salute psico-fisica-sociale e spirituale per motivare all'autotutela della propria salute; l'importanza del contesto e della rete; la spiegazione circolare delle cause.

Nella cosiddetta ricerca sulla"patologia da ricovero" di Langer e Rodin, 1976, ad un gruppo di residenti in casa di riposo fu detto che sarebbero state loro affidate numerose decisioni da prendere, anziché farle prendere per loro da parte dello staff. Vennero inoltre affidate loro delle piante di cui prendersi cura. Ad un gruppo di controllo venne detto che lo staff era molto ansioso di prendersi cura di loro. Le piante a loro disposizione sarebbero state controllate dallo staff. I due gruppi mostrarono molte differenze, dopo tre settimane, in diversi parametri come la vigilanza, la gioia di vivere e il benessere. I membri del gruppo a cui furono date maggiori responsabilità e presumibilmente un

senso di maggior controllo, evidenziavano risultati superiori in questi parametri. Ancora più impressionate fu il risultato a distanza di 18 mesi, nel gruppo responsabilizzato: 7 soggetti su 47 erano morti, circa la metà rispetto ai membri del gruppo di controllo (13 su 44). Inoltre il gruppo a cui furono date responsabilità continuava a mostrarsi in migliori condizioni di salute psicologica e fisica. Per Langer non solo il modo di trattare le persone anziane può generare in loro un senso di perdita di controllo, ma un ambiente non stimolante, monotono, può incoraggiare uno stile cognitivo con un "processo di pensiero automatico".

La PDV dice che la vecchiaia, di per sé, non è una malattia, lo può diventare con uno stile di vita a rischio: disimpegno e isolamento: "siamo esseri di relazione, non possiamo star bene se non è sereno il contesto, la rete, che ci circonda» (Hudolin, 1990). L'obiettivo è di fare sinergia collegando le persone anziane tra di loro, con gli operatori della struttura e con il territorio: attraverso il coinvolgimento degli operatori della struttura e del territorio nella PdV. In particolare nella PdV a gruppo allargato, gli ospiti vengono accompagnati dagli operatori OSS, con la collaborazione dei volontari e dei familiari, ad incon-



tri di educazione alla salute e incontri di territorio con la partecipazione dei vari esperti presenti nella struttura e altri esterni (sindaco, farmacista, insegnanti, etc), tutto questo previene l'isolamento dell'anziano inserito nella struttura e lo mantiene integrato con le altre persone della struttura e il territorio.

Lo psicologo statunitense Abraham Maslow, 1954, concepì la piramide dei bisogni che divulgò nel libro "Motivation and Personality": la scala dei bisogni è suddivisa in cinque differenti livelli, dai più elementari (necessari alla sopravvivenza) ai più complessi (di carattere sociale). Secondo Maslow l'individuo si realizza passando per i vari stadi, i quali devono essere soddisfatti in modo progressivo. Dei cinque bisogni fondamentali dell'uomo, Maslow individua al primo posto il "bisogno di appartenenza" che nella PdV cerchiamo di soddisfare, in particolare, attraverso il concetto di cura della rete.

Hudolin, prendendo spunto da Watzlawick, 1967 - "Pragmatica del-



la comunicazione", sostiene che "un sistema è un insieme di oggetti (componenti o parti del sistema) e delle relazioni tra gli oggetti e le loro proprietà" precisando che le relazioni tengono insieme il sistema. Prendendo spunto da Von Bertalanffy, 1950 "Teoria Generale dei Sistemi" (che introduce il concetto di relazione e interazione) Hudolin definisce il sistema come un insieme di elementi che interagiscono tra di loro, con un'interdipendenza tra le parti e la possibilità di cambiamento attraverso la reversibilità della relazione. In particolare Hudolin sosteneva che, se un individuo ha un problema, va presa in considerazione la famiglia, la rete che sta intorno a lui, in quanto il soggetto è un essere di relazione e quindi non può stare bene se non è sereno anche il contesto che lo circonda.

A tal fine nella PDV si cerca di catalizzare, facilitare, l'integrazione della rete interna-esterna e favorire una buona armonia, intesa, con l'anziano presente in struttura.

### Altri aspetti della PDV

### **CURA DEL SETTING**

"Il modo organizzato e condiviso di stare insieme media le spinte di odio e di amore in conoscenza piena (intellettuale ed emotiva) che dà sollievo e liberazione» (Bion, 1972). L'obiettivo è di interessare e motivare la persona anziana al trattamento attraverso la cura del contesto (locale ospitale) e la chiarezza del contratto (programma delle attività scandito da diversi momenti, realizzato ai tempi concordati). Per lo svolgimento dell'attività è necessario quindi un luogo accogliente, non dispersivo e chiuso per evitare eventuali distrazioni e interruzioni. Deve essere una stanza, sempre la stessa, facilmente raggiungibile, sia dagli ospiti che deambulano autonomamente, sia da quelli che sono su una carrozzina. Alla parete della stanza in cui viene svolta la PDV viene appeso il programma delle attività, scandito dai diversi momenti.

È comunque importante vedere il setting anche come modo di stare insieme, cioè di un'esperienza emotiva che è peculiare della psicanalisi. Se i rapporti tra gli uomini, come afferma Bion, 1976, non possono in definitiva essere costituiti che da tre tipi di legame: legame d'amore, legame d'odio, legame di conoscenza. Nella relazione analitica poi tutto si risolve in un'unica forma di legame: il legame di conoscenza. Le

potenti spinte di amore e odio sono costantemente trasformate dall'analista in una formulazione portatrice di conoscenza piena (intellettuale ed emotiva) che dà sollievo e liberazione.

Prima dell'incontro di PdV il conduttore, con l'aiuto dei collaboratori, prepara la sala in cui si svolgeranno le attività in modo da renderla il più possibile accogliente. Le sedie vengono messe a cerchio, in modo che tutti gli ospiti possano vedersi; vengono preparati i canti e la strumentazione per i giochi; viene sistemata la lavagna a fogli mobili per l'allenamento mentale e gli incontri di educazione alla salute; viene sistemato l'almanacco ROT comprendente: la data, le previsioni del tempo, le fasi lunari, il santo, il detto positivo, la temperatura esterna, il segno zodiacale, il numero dell'incontro e il numero dei partecipanti. Viene posta attenzione anche alla temperatura della stanza per avere un ambiente né troppo freddo né troppo caldo. Nella bacheca viene esposta la comunicazione relativa al giorno di svolgimento dell'attività e dell'orario.

Hautmann, 1974, nell'articolo "Fantasmi, interpretazione e setting", ci informa che con questa parola indichiamo il realizzarsi di determinate condizioni esterne, necessarie perché il processo analitico possa mettersi in moto e l'interpretazione possa correttamente verificarsi. Riguarda i rapporti spaziali e temporali e i ritmi e cioè le caratteristiche della stanza, la posizione sdraiata del paziente sul lettino, la distanza e la posizione rispetto a lui dell'analista, gli orari delle sedute, le modalità di pagamento, la limitazione dell'analista al solo fornire formulazioni verbali interpretative, ecc. Tutte queste condizioni sono finalizzate al favorire l'espressione del mondo fantasmatico e con essa l'ascolto comprensivo da parte dell'analista.

### PENSARE POSITIVO

L'obiettivo è di responsabilizzare l'anziano all'autotutela della salute, pensare positivo e attivare le proprie risorse: attraverso la realizzazione di incontri di educazione alla salute psicologica, fisica, sociale e spirituale. Nella Palestra di Vita a gruppo allargato vengono organizzati incontri, a rotazione, con i vari esperti della salute (medico, psicologo, sacerdote, infermiere, fisioterapista, educatore, OSS, etc.) della durata di 5-10 minuti, su argomenti proposti dagli ospiti, per responsabilizzare, pensare positivo e attivare risorse. Nella PDV a piccolo grup-

po, essendo gli ospiti più regrediti, è il conduttore che motiva all'autotutela della salute, spiegando di volta in volta l'utilità degli esercizi che vengono proposti.

James C Folsom, 1958, ha ideato la ROT (Terapia di Orientamento alla Realtà), la più diffusa terapia cognitiva applicata agli anziani con confusione mentale e deterioramento cognitivo, attraverso stimolazioni multimodali ripetitive. Egli ci informa quanto sia prezioso, specialmente per la persone affette da demenza, avere dei riferimenti precisi sul tempo e sullo spazio. A tal fine, per aiutare le persone anziane ad ancorarsi alla realtà, nel momento dell'almanacco ROT della PDV viene realizzato uno specifico allenamento sul tempo e sullo spazio.

### RACCOLTA DELLA STORIA DI VITA

"Il recupero della storia di vita risolve costrutti autolimitanti" (Viney, 1994). L'obiettivo è di aiutare l'anziano a recuperare la storia di vita in positivo, recuperando un'identità: attraverso il momento del "Giornale Vivente".



Nella PDV a gruppo allargato, durante la settimana, il conduttore si avvicina ai vari ospiti proponendogli la raccolta della storia di vita in positivo e/o di fatti della loro esistenza che loro ritengono importanti; talvolta lo fa in collaborazione dei parenti. Successivamente, viene letta la storia all'ospite e gli viene proposto di socializzarla durante l'incontro di PDV, denominato "Giornale Vivente". Nella PDV a piccolo gruppo, essendo gli ospiti molto più regrediti, nel momento, denominato "Racconto Vivente", viene proposto agli ospiti di parlare, a turno, di una fase della loro vita (esempio: la scuola, il lavoro, il tempo libero, attraverso delle domande mirate.

Per Linda Viney, 1994, l'uso di storie di vita nel lavoro con l'anziano dà sostegno e conferma, diventa un importante lavoro riabilitativo modificando costrutti autolimitanti. Dare spazio agli anziani per poter raccogliere la propria storia, consente di sviluppare e mantenere la loro identità, di mettere un po'di ordine negli eventi che hanno segnato la loro esistenza e che continuano a rendere spesso difficile il percorso esistenziale. Raccontare se stessi è, inoltre, un ottimo strumento in quanto, chi ascolta ha l'opportunità di conoscere meglio la persona che ha davanti a sé.

Moira Jones, 1996, nel suo metodo "Gentle Care", sostiene l'importanza di mettere a punto l'intervento protesico per il benessere delle persone anziane istituzionalizzate. Il metodo è basato su:

- l'ambiente fisico che deve adattarsi ai deficit dell'orientamento del soggetto, rendendo logli il più possibile familiare l'ambiente in cui vive, agevolando il riconoscimento della propria stanza, del bagno ecc.;
- il caregiver che deve agire nella massima cooperazione, responsabilità, flessibilità e funzionalità
- i programmi proposti che devono prevedere attività pianificate nel quotidiano, stimolino l'interesse di ognuno, mantengano le risorse residue, aumentino il senso di "autodeterminazione" (che per Maslow è al vertice dei bisogni).

Nella PDV, attraverso il recupero della storia di vita, si cerca di recuperare il ruolo dell'anziano, in particolare quello avuto nel corso della sua attività lavorativa, di tener conto delle abilità residue, degli interessi, paure, ecc.

### **ANIMAZIONE**

"Nell'animazione recuperiamo creatività" (Cesa-Bianchi, 2008). L'obiettivo è di stimolare la persona anziana a mettersi ancora in gioco: attraverso i vari momenti di animazione previsti all'interno della PDV. Sappiamo che l'animazione è al contempo creazione e godimento di momenti di vita privilegiati, nei quali l'aspetto ludico-ricreativo concorre a determinare nei partecipanti una stabile ricaduta in termini di motivazione e in generale di benessere psicologico.

Per Donald Winnicott, 1974, tra i maggiori esponenti della scuola psicoanalitica inglese, l'animazione può essere interpretata anche come una sorta di "esperienza transizionale", fluttuante tra desiderio ed affettività, a metà strada, cioè, tra l'esperienza del mondo basata sulla realtà e su parametri oggettivi e l'esperienza soggettiva e intimistica dei propri sentimenti e delle proprie fantasie. Nel bambino il passaggio attraverso l'esperienza transizionale segna un percorso evolutivo che lo accompagna dal mondo interiore, dove regna l'onnipotenza della soggettività, al riconoscimento della realtà esterna e oggettiva con la quale gli è quotidianamente richiesto il confronto. L'esperienza transizionale ha le sue radici nella capacità di gioco del bambino; in forma adulta si esprime come capacità di giocare con le proprie fantasie e idee, aprendosi all'originale, al nuovo. Nell'esperienza transizionale manteniamo libero l'accesso alla nostra "miniera" più privata di pensieri e di immagini senza sentircene responsabili. L'animazione, come esperienza transizionale, risulta in questo senso un mezzo utile all'anziano per riappropriarsi degli aspetti caratteristici sia della dimensione inter-soggettiva del "mondo della vita", sia della riscoperta del regno dell'immaginario e della creatività, aspetti che possono attribuirgli una peculiare identità, consentendogli di esplicare in modo originale ed efficace quelle potenzialità altrimenti frustrate se restano collegate a un'espressione di sé socialmente non più richiesta. Non si ritorna bambini nel momento in cui si riscopre la capacità di giocare; tuttavia si migliora come adulti e, come anziani, si ha la possibilità di inaugurare un diverso atteggiamento nei confronti della vita, quella di tutti i giorni, esercitando una modalità più stimolante per agire, per pensare, per comprendere.

Come si vede, il metodo PDV riconosce importanza prioritaria all'animazione, tanto da inserirla non solo nella PDV a gruppo allargato e a piccolo gruppo, ma anche nell'assistenza psicologica rivolta agli ospiti, operatori e familiari. In particolare, nella PDV, attraverso l'animazione, le persone anziane vengono stimolate a "mettersi in gioco", facilitando così il recupero della loro creatività. Successivamente gli anziani utilizzeranno queste risorse nella vita di tutti i giorni per migliorare la qualità della loro vita.

#### Conclusione

La nostra cultura tende ad associare vecchiaia a malattia: mancanza di salute, mancanza di memoria, declino cognitivo, depressione, demenza, peso per la società. La teoria di Cuming e Henry, 1961, basandosi sostanzialmente su questi pregiudizi, invita al disimpegno. Il risultato di questo stile di vita disimpegnato è proprio la malattia.

La psicologia è stata complice, fino agli anni '70, di questo pregiudizio in quanto associava l'invecchiamento al declino cognitivo: Yerkes, 1920, subito dopo la prima guerra mondiale, comparando giovani e anziani, stimò il declino cognitivo a partire dai 30 anni; Wechler, 1960, successivamente, evidenziò un calo del Q.I. dopo i 60 anni. Va detto però che entrambi gli psicologi non considerarono due fattori importantissimi: la motivazione alla prova dei giovani ed il disimpegno sociale delle persone anziane testate.

Le conoscenze scientifiche sull'invecchiamento dicono infatti che la vecchiaia è nelle nostre mani: se c'è movimento c'è salute. Per la scienza il principio guida è uno solo: esercitare le nostre funzioni se non vogliamo perderle. La teoria di Havighurst invita all'attività: il risultato di questo stile di vita impegnato è proprio la salute.

Alcune ricerche chiave degli psicologi:

- Università della California: prove di esecuzione di dattilografia e scacchi con giovani e anziani. Le persone anziane, leggendo la frase più lunga e/o tralasciando cose che facevano perdere tempo, compensavano la mancanza di velocità con l'esperienza
- Università di Detroit: prove di ripetizione giovani e anziani. Le persone anziane riuscivano meglio dei giovani in prove di memoria dove dovevano ricordare il senso della frase, mentre i giovani riuscivano meglio nel ripetere le parole esatte
- Università di Houston: prove memoria a lungo termine, es. ricordo di un film, fatti di cronaca. Le persone anziane riuscivano meglio

dei giovani. Si può affermare che nella persona anziana la memoria semantica (memoria enciclopedica, valori di defoult) gli consente di dare risposte più sensate, ricche, complete e l'esperienza gli consente di eliminare cose che non servono. Nel giovane si riscontra una miglior memoria episodica e maggiore velocità. Si è inoltre riscontrato che nel lavoro la persona anziana è più paziente, regolare, accurata, precisa, economica.

Attualmente quindi la psicologia, non solo ha sconfessato le suddette ricerche di Yerkes e Wechler, ma ha cominciato a studiare ciò che si acquista invecchiando. Quello che differenzia l'anziano dal giovane non è tanto la capacità di svolgere una normale attività quanto un ritmo diverso (come affermava Fabris, 2003).

Esistono quindi alcuni pregiudizi negativi sull'invecchiamento, che vanno smontati:

- non è vero che invecchiando il cervello non si rigenera: in presenza di uno stile di vita impegnato aumentano le ramificazioni detritiche (collegamenti tra i neuroni, che sostituiscono i neuroni che non ci sono più);
- 2. non è vero che invecchiando perdiamo tutti la memoria: se facciamo attenzione, usiamo mnemotecniche (es. ripetere le cose che vogliamo ricordarci), non siamo depressi, siamo motivati, ordiniamo il materiale, la memoria continua a funzionare;
- 3. non è vero che invecchiando diventiamo tutti dementi: solo il 5% degli ultra 65enni è affetto da questa malattia e mantenere allenata la mente è un'ottima prevenzione (ricerca della Columbia University);
- 4. non è vero che invecchiando si diventa tutti depressi: affrontare la crisi di adattamento alla vecchiaia e gli altri problemi psicologici è un'ottima prevenzione (Cesa Bianchi, 2008);
- 5. non è vero che l'anziano non serve: l'anziano è maestro di vita vissuta e si eviterebbero tanti sbagli se lo si ascoltasse! "Quando muore un anziano brucia una enciclopedia": l'anziano aiuta il processo di maturazione del giovane (Kernberg, 1987); l'anziano aiuta ad educare i giovani a relazionarsi con rispetto e reciprocità anziché forza e potere (come tendono fare i genitori); l'anziano è la condizione in cui si riesce ad essere più creativi (Perlmutter, 2007).

L'epistemologia ci dice che un metodo di lavoro per essere valido deve:

- 1. avere uno scopo: (quello della PDV è di migliorare la qualità della vita delle persone anziane e di chi le assiste);
- ispirarsi ad una metodologia accreditata: (la PDV si ispira alla metodologia ecologico-sociale verde del Prof. Hudolin, integrata con l'approccio psicodinamico, la psicologia della salute e le neuroscienze);
- 3. trasmettere un sapere e determinare un cambiamento: (negli incontri di educazione alla salute si responsabilizza l'anziano alla pratica di uno stile di vita sano, impegnato e si fa formazione agli operatori, volontari, familiari);
- 4. essere economico ed in linea con i programmi OMS: la PDV mette in rete le varie sinergie presenti in struttura (medico, psicologo, infermiere, animatore di comunità, fisioterapista, OSS, volontari) e promuove l'autotutela della salute;
- 5. consentire una valutazione della sua efficacia: la PDV viene valutata ad ogni incontro, programmata e verificata trimestralmente.

In conclusione, la partecipazione settimanale alla PDV, fa la differenza nel "vivere meglio" nelle residenze per anziani. Il poter socializzare, scambiare opinioni, ricevere e dare consigli per la salute, contribuisce sostanzialmente a ridurre gli stadi depressivi e regressivi della persona anziana. Il trovare uno scopo alle giornate, come l'incontro settimanale a PDV diminuisce la solitudine. La PDV, inoltre, utilizzando specifiche tecniche riabilitative, stimola la memoria, a breve e lungo termine, prevenendone il deterioramento, mentre l'auto e mutuo aiuto permette di poter cercare insieme la soluzione ai problemi.

Attualmente possiamo dire che la PDV ha una doppia valenza: sia nei confronti della persona anziana, sia nei confronti di chi l'assiste; essa infatti può rappresentare inizialmente un'attività di animazione, riabilitazione psicologica per prevenire la cosiddetta "patologia da ricovero" ed il declino cognitivo, in un secondo tempo (se ben condotta e realizzata in un contesto favorevole) può diventare motore dell'assistenza psicologica e delle altre attività di animazione, metodo integrato di lavorare, di intendere i progetti, di affrontare i problemi per migliorare la qualità della vita delle persone anziane e di chi li assiste.

"La PDV è una realtà che ha consentito di annullare molti pregiudizi e che ha contribuito in modo determinante ad elaborare un modello di riferimento per la psicogerontologia italiana" (M. Cesa-Bianchi).

#### Bibliografia di riferimento

- MUTTINI Tesi di laurea Borsotto Monica: L'animazione con gli anziani in istituto: analisi e verifica del metodo Palestra di Vita, Corso di laurea in Pedagogia Speciale Indirizzo Educatori Professionali, Università di Torino, 2000.
- PICCARDO Tesi di laurea Cerutti Elena: L'Empowerment e la sua applicazione nel mondo degli anziani: la Palestra di Vita un'applicazione dell'empowerment, Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche Organizzazione e Lavoro, Università di Torino, 2005.
- Andreis Tesi di laurea Pelissero Silvia: La Palestra di Vita: una tecnica di animazione e riabilitazione nelle residenze per anziani secondo un'ottica psicologica, Facoltà Psicologia Università Torino, 2005.
- GEMINIANI Tesi di laurea Magliano Elisa: La riabilitazione psicologica nella demenza: il metodo Palestra di Vita a piccolo gruppo, Laurea in Psicologia, Università di Torino, 2006.
- CAVESTRO Tesi di laurea Marro Silvia: Il metodo Palestra di Vita nelle Residenze per Anziani: efficacia terapeutica e gradimento in soggetti affetti da demenza Laurea Interfacoltà in Educazione Professionale, Università Torino, 2009.
- CONFCOOPERATIVE Una guida che traccia il percorso Obiettivo Persona, Cuneo, 2006.
- Bernaza D. "Vivere alla massima espressione", Editore Tribuzio, 1994.
- AA.VV. I compiti dello psicologo in casa di riposo, Tipografia Ferraris, Alessandria, 2004.
- Andreis G., Cesa-Bianchi M., Piumetti P., Risatti E. Residenze per anziani: misurare la qualità colorando le emozioni, Ed. Percorsi, Savigliano, 2008.
- CESA BIANCHI M. Psicologia dell'invecchiamento. Caratteristiche e problemi, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1987.
- HUDOLIN V. Sofferenza multidimensionale della famiglia, Eurocare, Padova, 1995 LE GOUÈS G. La psicanalisi e la vecchiaia, Borla, Roma, 1995.
- PIUMETTI P. Vivere è un'arte: Manuale di psicologia dell'invecchiamento, Ed. Effatà, Pinerolo (To) 2014.

# APPENDICE TECNICA SULLA PDV Piero Piumetti

### Come si svolge in pratica la palestra di vita

Vedremo ora le diverse tappe del processo PDV a gruppo allargato, quella classica, realizzata all'interno delle strutture per anziani.

Inizialmente i partecipanti vengono accolti con sorriso e cordialità, porgendo a ciascuno la mano in segno di saluto e rispetto; si procede poi con l'appello e con la richiesta di come stanno di salute (male, co-sì-così, bene; assegnando un punteggio rispettivamente di 1, 2, 3). I partecipanti vengono chiamati per nome o invitati a presentarsi. Si procede quindi con il canto iniziale. Questo viene scelto dal gruppo durante i primi incontri, verificando le preferenze dei partecipanti, viene poi variato negli incontri successivi sulla base delle richieste. Ha la funzione di sigla, ossia di momento rituale utile a segnalare l'inizio dell'attività Questo momento è necessario per verificare le presenze, favorire la conoscenza reciproca, valorizzare l'identità personale e creare un clima di gruppo.

Si passa quindi all'almanacco R.O.T. Un operatore si incarica di stendere settimanalmente l'almanacco. Si tratta di un calendario indicante la data, le festività, le fasi lunari, le previsioni del tempo, il santo e le massime positive (proverbi, detti). Questo strumento è utilizzato per stimolare l'orientamento spazio-temporale, mantenere gli ospiti in contatto con la realtà, stimolare un pensare positivo. I vari momenti, sono intervallati da esercizi di ginnastica dolce - rilassamento. Seguono:

- l'allenamento mentale, basato su esercizi di ragionamento (ad es. indovinelli, esercizi di logica, di riconoscimento di figure, etc.), esercizi di memoria (ad es. individuazione delle figure mancanti dalla serie completa precedentemente osservata) e veri e propri giochi di parole (ad es. individuazione del termine intruso all'interno di una sequenza di parole). Questo momento, oltre a vivacizzare l'incontro, svolge una prevenzione sui processi cognitivi degenerativi.
- Il giornale vivente: è una attività che stimola gli ospiti ad attivarsi raccontando le proprie esperienze di vita passata e le proprie conoscenze. Scrive Gabriel Garcia Marquez: "La vita non è quella che si

è vissuta, ma quella che si ricorda e come la si ricorda per raccontarla". Può essere arricchito con proverbi, massime, ricette, barzellette, ma anche curiosità, notizie relative alla vita in struttura e notizie di cronaca dal territorio. Le finalità di questa attività consistono nell'allenare la mente, migliorare il tono dell'umore, mantenersi attivi, recuperare le risorse, coltivare gli interessi e socializzare.

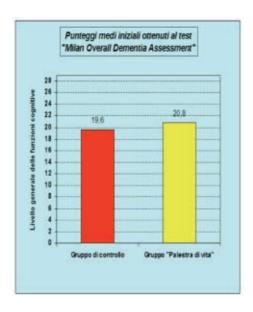
I tre momenti che seguono non si effettuano necessariamente tutti il medesimo giorno ma a rotazione (non ci sarebbe il tempo, l'incontro settimanale di PDV dura complessivamente circa 60 minuti), sono:

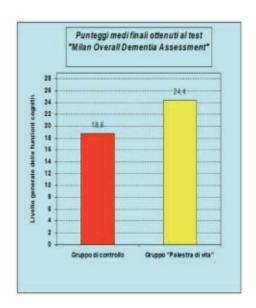
- Il collegamento con il territorio: consiste nell'invitare "testimoni" dall'esterno, persone caratteristiche, significative (es. il sindaco, il farmacista, il maestro, ecc.) che portino la propria esperienza ai partecipanti; persone che rivestono un ruolo politico, sociale, lavorativo, religioso, etc. e che spesso sono scelte dagli ospiti stessi. Il collegamento con il territorio permette sia di mantenere i legami con la comunità, creando un "ponte" tra la struttura per anziani e il territorio (in alcune realtà ad esempio, dopo l'invito dell'insegnante, sono poi stati avviati dei progetti con la scuola), sia di stimolare gli interessi e la curiosità dei partecipanti.
- Il momento A.M.A. (Auto-Mutuo-Aiuto): consiste nella verifica dello stato di salute psico-fisica degli ospiti per comprendere se stanno vivendo qualche difficoltà legata alla loro vita in struttura o se possiedono qualche problema fisico, mentale, sociale che condiziona il loro modo di percepirsi e di relazionarsi con gli altri. Dopo aver preso nota dei singoli problemi, si individua quello più importante e si cerca di pervenire insieme ad una soluzione o rimedio realizzabile. Si valorizzano la competenza e l'esperienza. Attraverso questo metodo, ognuno, aiutando gli altri e condividendo i problemi, aiuta se stesso.
- L'Educazione alla salute psico-fisica-sociale e spirituale: vengono invitati i vari esperti della struttura (es. medico, psicologo, fisiotera-pista, infermiere professionale, educatore professionale, sacerdote) per offrire una risposta alle domande e alle difficoltà espresse dagli anziani. Gli interventi, che dovranno essere brevi, chiari e semplici, non si configureranno come una sorta di lezioni di medicina, psicologia, o altro, ma come dei dialoghi costruttivi con gli ospiti. Questa attività si propone l'obiettivo di fornire agli ospiti le informazioni

adeguate e chiare allo scopo di promuovere e stimolare negli anziani il desiderio di tutelare, in prima persona, il loro benessere, responsabilizzandoli ad uno stile di vita sano, ad attivare risorse e a pensare positivo.

Saranno il canto, il rinfresco, la verifica del gradimento e il saluto finale a segnare il termine dell'incontro. Appena terminata la PDV, gli operatori si riuniscono e compilano il verbale e le schede di osservazione, dove vengono riportati, oltre ai dati richiesti, anche le loro impressioni sull'incontro appena terminato. In queste schede ogni ospite viene valutato rispetto a salute, rendimento, gradimento; gli atteggiamenti insoliti od anomali sono segnalati al gruppo operativo di lavoro che, insieme alle altre figure professionali, provvederà di conseguenza all'aggiornamento del PAI (piano assistenziale individualizzato).

L'esperienza maturata all'interno della PDV, ha permesso di dare vita alla PDV a piccolo gruppo, nata dall'esigenza di fare qualcosa per le persone malate di demenza. In questa attività sono state apportate delle modifiche per adattarla alle persone disorientate e confuse, in particolare: l'allenamento neuropsicologico, l'allenamento alla funzionalità di base (memory training su: alimentazione, vestizione, igiene personale), il discorso vivente (conversazione su un argomento). Alla PDV a piccolo gruppo possono partecipare fino a otto/dieci persone che presentano problemi di disorientamento e confusione; conseguentemente, rispetto alla PDV classica, variano il setting, il programma e il trattamento. Terminata la PDV a piccolo gruppo il conduttore e i collaboratori si riuniscono e compilano il verbale e le schede nominative di osservazione, in particolare: la salute, l'orientamento, l'attenzione, la memoria di lavoro, il riconoscimento, il calcolo, la comprensione, la memoria procedurale, la memoria semantica, il gradimento. Alla PDV a gruppo allargato, di solito, partecipano anche alcuni anziani del territorio; trimestralmente alcune strutture realizzano anche il "Giornalino della PDV" che riporta sia i consigli derivati dalla "competenza dell'esperienza" (incontri di auto e mutuo aiuto), sia degli esperti sulla salute, il giornalino consente di trasmettere le conoscenze anche alle famiglie e al territorio.





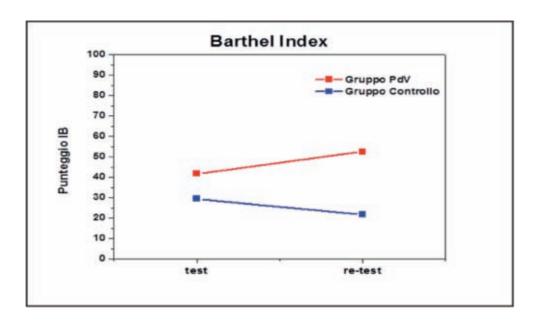
#### Esperienze in corso

Il metodo PDV viene gestito dal Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese. In data 13/9/2006 è stato depositato il marchio alla Camera di Commercio di Cuneo, registrato al n. 0001208701. Attualmente sono oltre 40 i conduttori della PDV di cui 20 psicologi, mentre le PDV sono una cinquantina.

Per condurre la PDV bisogna frequentare il corso di base di 375 ore e partecipare annualmente agli incontri di aggiornamento e supervisione, di 30 ore, organizzati dal Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese. Dal 2010 la formazione di base viene realizzata dall'Università Pontificia Salesiana (SSF Rebaudengo) in partnership con il Consorzio. Con il superamento del suddetto corso, ai laureati in psicologia viene rilasciato il "Diploma Universitario di Perfezionamento in Psicologia dell'invecchiamento con il metodo Palestra di Vita" e l'attestato di "Conduttore della Palestra di Vita", ai diplomati o laureati in altre discipline viene rilasciato l'attestato di "Conduttore della Palestra di Vita".

La realizzazione della PDV, da parte di una struttura per anziani o ente del territorio, va autorizzata dal Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese, gestore del metodo.

Il metodo PDV ha ricevuto notevoli consensi e ad oggi sono una decina le tesi di laurea che l'hanno specificamente studiata, attestandone



la validità, mentre molte altre pubblicazioni e tesi ne parlano in specifici capitoli.

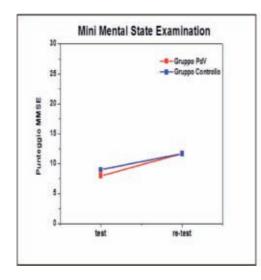
Dallo studio sulla PDV a gruppo allargato si è visto che gli anziani che partecipano all'attività sono più sereni, hanno amici, si aiutano tra di loro, non si annoiano, si prendono cura della loro salute, continuano ad uscire, in particolare si è osservato un significativo miglioramento nel tono dell'umore e nella riduzione dei disturbi comportamentali. Si è rilevato inoltre che la PDV previene la learned helplessness (passività appresa) in favore dell'empowerment (accrescimento del potere personale).

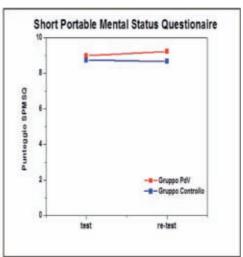
Per quanto riguarda la PdV a piccolo gruppo, con persone dementi (disorientate e confuse) si è rilevato un miglioramento del tono dell'umore, dell'autonomia di base e della qualità della vita; lo studio, con il Prof. Geminiani dell'Università di Torino propone la PDV come metodo terapeutico a tutti gli effetti per l'anziano demente e non solo come attività di animazione.

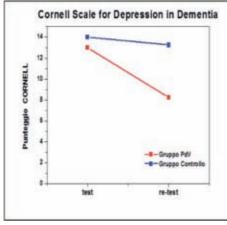
Va detto inoltre che gli anziani, i loro familiari, gli operatori continuano ad apprezzarla e dal 1995, anno in cui è stata ideata, alcune PDV hanno ormai superato i 650 incontri!

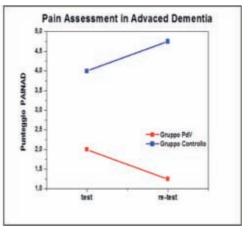
La PdV è stata presentata a convegni importanti (dell'Ordine degli Psicologi e di Enti e Associazioni che curano il benessere dell'anziano), sono stati realizzati dei libri, dei video (ad es. è stata filmata da RAI Education), è stata inserita all'interno di ricerche internazionali (tra cui il Progetto internazionale Equal "Obiettivo Persona" della Confcoperative di Cuneo), riviste scientifiche, ecc.

Recentemente la PDV è stata presentata al III Convegno Nazionale di Psicologia dell'Invecchiamento tenutosi all'Università degli Studi di Brescia il 13-14 novembre 2009. Nel corso del 2010 il Senato Accademico dell'Università Pontifica Salesiana di Roma ha approvato il "Corso Universitario di perfezionamento in Psicologia dell'Invecchiamento con il metodo Palestra di Vita", che si tiene a Cuneo (presso la Residenza per Anziani S. Antonio, C.so Nizza 89), con la SSF Rebaudengo,









in partnership con il Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese.

I risultati ottenuti al Test di Barthel, 1965, che valuta l'autonomia delle funzionalità di base nella vita quotidiana, hanno evidenziato un significativo incremento del punteggio del gruppo PDV, tra la prima e la seconda valutazione, rispetto al gruppo di controllo. I risultati ottenuti alle scale MMSE ed SPQM non hanno evidenziato variazioni significative delle prestazioni cognitive, tra la prima e la seconda valutazione, per i due gruppi. I risultati ottenuti alla Scala di Cornell, 1991, ed al Test PAINAD ( che permettono di valutare il grado di percezione del dolore e forniscono una valutazione valida della "qualità di vita" globale) hanno evidenziato entrambi un significativo incremento dei punteggi del gruppo PDV rispetto al gruppo di controllo.

La PDV migliora il tono dell'umore, sia immediato sia a lungo periodo, e riduce la depressione; influenza positivamente le funzioni cognitive, specie l'orientamento spazio-temporale; in certi casi migliora le abilità di base; è molto gradita, gli ospiti socializzano, comunicano, trascorrono piacevolmente il loro tempo e in prima persona si attivano per migliorare la qualità della loro vita.

Un'esperienza molto importante è stato il progetto europeo "Obiettivo Persona" con la rielaborazione della PDV per migliorare la salute degli operatori. La Confcoperative di Cuneo, capofila insieme a numerosi altri enti tra cui la Regione Piemonte, ha sviluppato lo studio su tre province del Piemonte (Cuneo, Alessandra, Vercelli), coinvolgendo circa 70 operatrici, di sei strutture per anziani, con più di 40 anni, confrontando i risultati con due stati esteri (Germania e Danimarca). Il lavoro si è sviluppato a partire da alcuni principi cardine della metodologia della PDV: relazione etica, pensiero positivo, rete, stile di vita impegnato, cura del setting e lavoro per progetti. A partire dalla PdV si sono quindi declinati dei comportamenti ottimali per:

- prevenire il burn out degli operatori;
- promuovere un processo di miglioramento e comunicazione continua dell'intera comunità della casa di riposo;
- migliorare la qualità complessiva del vivere e del lavorare all'interno delle strutture, ma anche nei servizi domiciliari;
- garantire all'ospite e all'anziano a casa, anche seriamente compromessi, un approccio integrato che risponda ai bisogni primari e di cura sanitaria ma al contempo anche a quelli affettivo-relazionali.

La somministrazione del test della Maslach, per la misurazione del burn out, ha dimostrato la bontà dei concetti della PDV anche per la salute dell'operatore.

Infine, una chicca, il medico di base Dr. Marco Giraudo ha affermato pubblicamente che, grazie alla realizzazione della PdV presso la residenza per anziani Casa Don Dalmasso di Bernezzo, ha diminuito la prescrizione – e di conseguenza l'utilizzo – di medicinali, in particolare antidepressivi, antinfiammatori, lassativi e gli ospiti hanno manifestato una gestione più corretta e consapevole dei farmaci.

## TERZA PARTE

## Psiche e spirito





Un campo di ricerca fino a poco tempo fa decisamente negletto nel campo della Geriatria/Gerontologia è quello della affettività, delle problematiche psicologiche e della spiritualità nella persona che invecchia. La spiritualità va ovviamen-

te intesa in senso lato, legata o no a un credo religioso, e si riporta alla inevitabile necessità dell'essere umano di ricercare, accanto ad una conoscenza scientifica dell'Universo, anche una verità rivelata ed accettata per fede o attraverso una qualche forma di "illuminazione", del senso da dare alla propria esistenza. Infatti già il pensiero classico greco-latino, squisitamente razionale, immanente e scientifico, accettava parallelamente i culti "misterici" basati sulla iniziazione a verità rivelate e non dimostrabili.

Il senso della dimensione spirituale è ben espresso dall'ideogramma cinese qui riprodotto che si pronuncia "ling" e significa "spirito, anima"...

La nuova generazione di anziani è molto consapevole anche di questa esigenza e confida in un contesto culturale che possa esserle di aiuto a svilupparla secondo la sensibilità di ciascuno, senza contrasti con la scienza e la tecnica. Come dice Elizabeth Gilbert, scrittrice americana di grandissimo successo con il suo best seller "Eat, pray, love" (mangia, prega, ama), "Noi abbiamo oggi un mondo pieno di scienziati che non hanno fede e di gente di fede che non ha l'uso della ragione ... ed è una grande sconfitta per tutti noi" (da un'intervista alla rivista Time del 14/10/2013).

## LE "DIPENDENZE" NELL'ETÀ ANZIANA

Giorgio Maria Bressa
Psichiatra Forense







#### Introduzione

Questo capitolo si propone di collocare insieme, secondo gli Autori, tre temi che sembrerebbero lontani tra loro. Da un lato una preoccupante tendenza che si va allargando e che è la figliastra di cattive abitudini contratte nel tempo e risorte sotto gli stimoli dello stress e della noia: il rischio di condizioni che rendono l'anziano dipendente dalla fortuna, dal caso o dalle sostanze, antidoti banali alla ricerca della possibilità di vedere ridotta la tensione emotiva ed anche la stessa infelicità. L'altro tema offre invece un efficace spunto di riflessione sulla possibilità di aiutare un anziano, sollecitandone la spinta reattiva, grazie ad una vera e propria funzione psichica che viene chiamata resilienza. Ad esso si associa, nel tragitto tra rischio, rassicurazione e risorsa che identificano questo intervento, la riproposta del bene, del positivo e del supportivo che ci arriva dall'adattamento all'ambiente geografico di nascita o a quello in cui si trascorre la maggior parte del tempo, specie se ciò accade in luoghi dove lo stress è ridotto.

#### LA RESILIENZA DALLA GEOGRAFIA!

Si stabiliscono legami affettivi con le persone, con gli oggetti e con l'ambiente, inteso come centro di interessi, di programmazioni, di progettualità e di affetti. In questa prospettiva i luoghi acquistano connotati soggettivi e si arricchiscono di valenze cognitive, affettive, motivazionali e comportamentali. Per queste motivazioni, assieme al concetto

di soddisfazione residenziale, quello dell'attaccamento al luogo costituisce una nozione chiave. L'attaccamento al luogo è molto connesso al concetto di identità di luogo e al microcosmo in cui si vive: la città, i dintorni e la casa.

Avere una buona identità di luogo non solo dà l'opportunità di riconoscersi differenziandosi dagli altri, ma ha anche un forte impatto sulla sfera personale con un'incidenza positiva sull' autostima e sull' autoefficacia. Gli effetti benefici di una forte identità territoriale perdurano nelle varie fasi del ciclo vitale e si rafforzano in età avanzata quando l'individuo si trova ad affrontare notevoli cambiamenti psico-fisici. A ciò corrisponde una diminuzione dell'esplorazione dello spazio, un consolidamento dei percorsi abituali ed un più accentuato investimento affettivo sugli spazi familiari e sugli oggetti quotidiani.

Si sviluppa così una situazione di interdipendenza tra individuo e ambiente che dà sicurezza all'anziano, offre la possibilità di relazionarsi con i vicini e con i familiari e aiuta a mantenere le tradizioni e la cultura del luogo. Il rapporto con il contesto diverrà tanto più forte quanto sarà possibile portare avanti tradizioni, relazionarsi con familiari ed amici e avere la possibilità di ricordarsi di persone che vivevano in quel luogo. Il sentimento di attaccamento ad una località costituisce una parte della nostra identità ed il luogo assume un'importanza più o meno rilevante a seconda dell'esperienza che l'individuo ha maturato con il proprio ambiente.

Conoscere il modo di vivere di anziani autosufficienti esplorando come i loro rapporti possano essere un requisito importante per un



buon adattamento al territorio significa comprendere meglio come tramandare nel futuro regole utili per una serenità consapevole. Le relazioni sociali costituiscono infatti un fattore protettivo dallo stress e sono una componente essenziale per il benessere psicofisico. Inoltre, l'impronta dell'attaccamento

Foto di Sebastiao Salgado

delle persone può influenzare il modo di vivere i rapporti sociali sia da un punto di vista comportamentale che emotivo. L'identità di luogo da parte degli anziani autosufficienti protegge dall'isolamento favorendo la continuità dei rapporti sociali che perdurano, gratificano, sostengono Essa può anche costituire un prerequisito per il benessere e la qualità di vita che può sopperire alla riduzione di capacità motorie/cognitive e può essere di aiuto nel mantenimento delle risorse e delle abilità pratiche quotidiane.

Avere un buon rapporto con l'ambiente, infatti, o facilitare l'utilizzo del luogo stesso (come ad esempio l'esplorazione) per l'ulteriore sviluppo dell'identità, tenderà ad avere implicazioni per le relazioni future con altri luoghi. L'anziano, dalle zone dove ha trascorso la maggior parte della sua vita, ricava sicurezza, affetto e protezione. Il possesso, l'identificazione, la familiarità, generano appartenenza, sicurezza, padronanza fisica e psicologica, nonché forte radicamento emozionale e prossimità mentale alimentata dai ricordi, soprattutto quando la residenza abitativa è di lunga durata. Così la persona anziana interagisce dinamicamente con le influenze che le derivano dall'ambiente e mette in atto strategie per arginare le crisi che originano dall'interno e dall'esterno.

In ogni età è essenziale un rapporto di reciprocità tra la persona e l'ambiente: infatti la persona interviene sullo spazio, modellandolo e organizzandolo, e lo spazio dà all'individuo tutta una serie di stimoli indispensabili al mantenimento dell'equilibrio psicofisico della persona. Questa interazione è ancora più determinante nella terza età, poiché questa vive in ambiti spaziali sempre più ristretti passando dalla città, al quartiere, alla casa, alla stanza.

Si ipotizza quindi che gli anziani abitanti nei paesi piccoli abbiano un buon sentimento e rapporto di appartenenza, perché questi ambienti sono sovente centri di scambi culturali, sociali, dove è facile vivere la realtà collettiva in modo più semplice. Alcuni luoghi, infatti, per certe caratteristiche oggettive (la posizione geografica, il fatto che sia naturale o costruito, il rumore, la presenza di ostacoli), per la presenza di più risorse che rispondono in maggior misura ai bisogni dei soggetti, per la più grande possibilità di realizzare progetti individuali e per la più intensa possibilità di sostegno, possono dare più sicurezza di altri e possono permettere lo stabilirsi di legami di diversa intensità.

Si cerca anche di esplorare una possibile differenza di vita fra l'attaccamento al luogo di coloro che abitano in città e quelli che vivono in piccoli centri.

Il vivere in città può infatti costituire un vincolo e insieme una risorsa per gli anziani, in relazione al punto di vista da cui si considera la situazione. La città, infatti, offre agli anziani "attivi" alcune opportunità di interesse, aiuta a mantenere relazioni e impegni e permette più facilmente di accedere ai servizi sanitari e assistenziali. Possiamo dire che la forma urbana ha in sé significati sedimentati nella storia e nelle forme di convivenza che esistono nel tempo in un utilizzo quotidiano.

Ma non sono tutte rose e fiori... Vivere in un contesto urbano, significa anche lontananza dai figli, alloggi inadeguati, difficoltà a fare amicizie. I grandi centri presentano inoltre una serie di vincoli per quegli anziani che non svolgono alcun tipo di attività esterna alle mura domestiche e non coltivano opportunità di intessere relazionale. Al contrario, i piccoli centri permettono un maggior contatto con il vicinato ed è più facile che esista un supporto sociale in caso di necessità.

Una successiva ipotesi riguarda la differenziazione tra coloro che vivono da più di cinquanta anni in una località e quelli che vi risiedono da meno tempo. Il tempo trascorso in quel territorio potrà costituire una variabile importante nella definizione dell'attaccamento ai paesi e alle cittadine.

Altro fattore importante nella vita sociale degli anziani è il gruppo. Ad ogni età i rapporti possono farci crescere nel confronto con altre persone e il creare legami intergenerazionali può valorizzare la propria identità. Per cui ipotizziamo che il frequentare gruppi di lavoro, culturali, di amici, possa contribuire ad un buon adattamento ed essere un segnale di benessere.

Riteniamo in conclusione molto importante per tutte le età, ma soprattutto per le persone anziane, l'avere un luogo, che non sia solo contenuto di esperienza, ma anche realtà sociale, che permetta di favorire e mantenere legami che contribuiscano al benessere psicofisico.

La familiarità con l'ambiente porta ad avere sicurezza, padronanza e di conseguenza appartenenza ad un luogo, tutte doti che agevolano una persona anziana impegnata a mettere in atto strategie che la possano aiutare ad avere un rapporto con l'ambiente che non la induca ad alimentare crisi di instabilità psico-fisica.

Infatti, gli anziani che hanno una buona identità di luogo ed un discreto rapporto con l'ambiente si distinguono anche per l'avere significative relazioni umane. Intenso è infatti l'attaccamento al luogo, il piacere di risiedere in quel paese e l'importanza data all' ambiente nel futuro. Le persone, non sono solo attaccate al luogo per gli aspetti funzionali, ma anche per la componente emotiva che questi rappresentano. Il territorio è, infatti, valorizzato sia in base alle risorse che presenta per rispondere a specifici bisogni, sia perché permette di differenziarsi dagli altri ed allo stesso tempo di mantenere la continuità della propria identità Gli anziani ci hanno segnalato l'importanza del luogo abitativo nella loro vita trascorsa e percepiscono l'ambiente attuale come familiare. Stare in uno specifico contesto ambientale è anche importante per le relazioni che vi si possono stabilire e la dimensione sociale positiva sperimentata da questi anziani ci fa ipotizzare che questo sia un fattore predominante che alimenta la soddisfazione residenziale. L'identità sociale può essere rafforzata dalla percezione che ognuno ha



Foto di Sebastiao Salgado

del proprio ambiente; inoltre anche le relazioni sociali contribuiscono alla percezione di integrazione con il contesto abitativo, offrendo degli stimoli per continuare ad essere attivi, nel modificare l'ambiente e non solo sfruttandolo passivamente.

La durata della permanenza nel territorio, come abbiamo già detto, risulta influire sulla percezione dell'identità di luogo: infatti il vivere da più tempo in una località è una discriminante per definire la "place identity". Il numero di anni trascorsi in una certa zona, favorisce un maggiore attaccamento che può essere fonte di benessere fisico e psicologico. Cambiare luogo di residenza, o anche solo spostarsi all'interno della propria città, è probabilmente un fattore che può provocare discontinuità e può essere connesso alle vicende del passato. L'adattamento ad un nuovo luogo è sempre condizionato dai territori in cui si è vissuto precedentemente, dagli schemi mentali che si sono via via sviluppati e dai ricordi conservati; alla luce di quanto detto, il vivere in città o in piccoli contesti non ha un'influenza diretta sull'attaccamento al luogo.

Gli anziani residenti in territori più popolati si sentono maggiormente fieri della loro città e pensano di più alle prospettive future ed al contributo che possono dare all'ambiente. Dai risultati degli studi in merito, non emerge infatti una indifferenza nei confronti degli altri ed il ripiegamento su se stessi causato dal sovrappopolamento urbano. A conferma di ciò il vivere nei centri più urbanizzati o nelle zone rurali non comporta differenze significative legate all'attaccamento generale, variabile ritenuta piuttosto correlata al fatto di avere o no un partner. L'assenza di un compagno/a di vita, per i nostri anziani, sembra infatti facilitarli nella conoscenza del luogo abitativo e nel percepirlo come importante e familiare, sia nel passato che nella quotidianità del presente.

#### LE DIPENDENZE

"Ma non è sufficiente essere anziani e malandati, dobbiamo anche farci venire i vizi senili?": commento autorevole di un longevo, mio conoscente, al quale si raccontava di questo argomento e della sorpresa che normalmente coglie chi non abbia informazioni scientifiche dirette sull'argomento. Eppure i dati epidemiologici raccolti nei vari Paesi Occidentali raccontano di numeri piuttosto elevati che servono a spiegare come spesso, al disagio dell'età e delle malattie, si assommi un'altra

forma di disagio che può portare conseguenze ancora più gravi.

Le spiegazioni che vengono fornite dalla Sociologia e dalla Psicologia sono spesso considerate esaurienti, ma solo perché sono sulla bocca di tutti: solitudine, noia, assenza di vita sociale, necessità di riscatto... ma le Neuroscienze sembrano proporre una spiegazione più ampia, capace di fornire anche strumenti di prevenzione.

Gli anziani corrono il rischio di dipendenza sia perché, nell'età adulta, può capitare che riemergano "cattive abitudini" assunte ai tempi d'oro ma anche perché dei fattori precipitanti di tipo ambientale o biologico o farmacologico possono presentarsi e causare modificazioni di temperamento che facilitano l'instaurarsi di una dipendenza.

Analizziamo quindi in modo sinottico le motivazioni ambientali, sociali, culturali ma anche quelle psico-biologiche che sono le possibili cause dello sviluppo dello spiacevole fenomeno della dipendenza nella popolazione anziana, sia quella da sostanze che quella di tipo comportamentale.



Foto di Sebastiao Salgado

Diversamente da altre fasi storiche, i cosiddetti "baby boomers", nati tra il 1945 ed il 1964, attualmente quasi anziani, rappresentano una generazione che ha attraversato per intero la rivoluzione culturale e dei costumi avvenuta negli anni della loro adolescenza. Non si può quindi escludere che, rispetto ad altre generazioni, il contatto con le sostanze illecite possa essere avvenuto precocemente, magari anche solo per l'uso saltuario di derivati della cannabis o dell'alcool. Quest'ultimo rappresenta da sempre nel nostro Paese una consuetudine alimentare che può anche trascendere verso la dipendenza ma non ha il valore trasgressivo che lo connota in altri paesi del mondo. Di conseguenza cannabis e vino sono meno rappresentati nella popolazione anziana quali elementi di preoccupazione per il rischio di dipendenza.

Il livello maggiore di preoccupazione in Italia viene dall'abuso di farmaci, compresi gli psicofarmaci ansiolitici, e dei super alcoolici, dal gioco d'azzardo e, sorprendentemente, da Internet.

#### SOCIOLOGIA DELLE DIPENDENZE NELL'ANZIANO

Come già accennato, il problema della dipendenza sembra dover essere solo di pertinenza sociale o, al massimo, psicologica. È indubbio che i fattori negativi che affliggono gli anziani rappresentano un elemento di rischio, ma poiché le malattie, la solitudine, il decadimento cognitivo e spesso i problemi economici affliggono nove decimi della popolazione senile occorrerebbe per paradosso attendersi cifre elevatissime di dipendenti che cercano la sopravvivenza attraverso lo stordimento dei farmaci o la fragilità del gioco d'azzardo.

Prendere in considerazione i fattori sociali significa svolgere una parte minima del lavoro di analisi ed è comunque vero che è spesso possibile assistere a patologie da alcoolismo o ludiche in persone di buon livello culturale e sociale e adeguate quanto basta alla sopravvivenza. Naturalmente l'estensione, la raggiungibilità e la accettabilità sociale dei nuovi strumento di azzardo ha contribuito ad estendere il problema. Il divertimento della curiosità che porta quasi tutti a grattare una cartolina che ci promette la pensione eterna da nababbi non va confusa con la malattia di dipendenza, capace di ridurre sul lastrico pensionati disautonomi. La sociologia ci aiuta poco, quindi.

Ma se affidiamo comunque alla psicologia il compito di aiutarci, troviamo una serie di luoghi comuni che a loro volta non ci facilitano il compito. Stiamo cercando di spiegare la ragione per la quale una parte considerevole di persone ormai ultra settantenni acquisiscono (o recuperano) una serie di fragilità comportamentali capaci di modificare in negativo il proprio livello di vita, in quanto risultano incapaci di allontanarsi da abitudini voluttuarie negative che le condizionano. È infatti prevedibile che molti soggetti, specie donne data la diversa aspettativa di vita, si trovino sole, disautonome ed impreparate, spesso con rapporti complessi con i figli ed allontanate da un minimo di vita sociale.

Ma non sempre queste situazioni negative sono in grado di accelerare la decadenza o a precipitare una depressione grave. Sono questi i momenti in cui emerge una capacità di resilienza (vedi oltre) o si riesce ad affrontare un futuro incerto grazie alla determinazione a sopravvivere. I fenomeni di dipendenza prevedono quasi sempre una predisposizione e nell'età anziana è anche possibile, grazie ai fenomeni biologici di invecchiamento del cervello, che una predisposizione lontana e generica possa manifestarsi in assenza di precedenti. Per questa ragione occorre quindi una lettura dei fenomeni che assorba le varie possibili teorie generali sociologiche e psicologiche in un unico contenitore più moderno quale è quello delle neuroscienze.

## Il "piacere" nel cervello

Per affrontare in profondità il tema occorre quindi pazientemente seguire alcuni passaggi metodologici e di conoscenza del meccanismo delle dipendenze sotto l'aspetto della biologia del comportamento. Il nostro cervello possiede una serie di aree in cui si collocano i neuroni che disciplinano la nostra capacità di provare piacere, che sia esso fisico, psicologico, intellettuale o edonistico. La nostra vita si svolge intorno a questa funzione, perché provare benessere è una condizione fondamentale per la sopravvivenza. Esiste poi una sostanza chimica, che si chiama dopamina il cui compito è di tenere attiva questa funzione e di farla funzionare. Nella vita dell'uomo esistono due momenti in cui la dopamina sembra sfuggire al controllo razionale della mente: l'adolescenza e l'età senile. Nella prima avvengono quindi fenomeni estremi tipici di quella età, come il piacere del rischio, l'indisciplina, la ricerca estrema del piacere, mentre nella seconda la funzione si affievolisce riducendo il bisogno e la necessità di cercare il piacere anche a rischio della depressione.

Appare quindi inusuale che nella senilità si possano creare meccanismi di dipendenza che derivano da un funzionamento marcato dei centri nervosi che ricercano il piacere. Ciò è vero in quanto è abbastanza raro incontrare persone che avviano una condizione di dipendenza in tarda età, mentre è assai probabile che il riscontro di questa patologia corrisponda a soggetti che abbiano già avuto problemi di questo genere nel loro passato. Il sistema della ricompensa rimarrebbe quindi particolarmente sollecitabile se in passato è già stato sottoposto a sollecitazioni di particolare intensità o durata. Inoltre è ben documentato nella letteratura scientifica che il rischio di riattivare una forma di addiction è maggiore se si presentano stimoli brevi e di alta intensità successivi alla somministrazione di dopamina. È curioso come questo dato coincide con il riscontro clinico di molti anziani affetti da morbo di Parkinson che ricevono come terapia la dopamina stessa e, pur migliorando la condizione clinica molto spesso si trovano coinvolti in comportamenti compulsivi (vere forme di dipendenza) nell'area del gioco d'azzardo, della sessualità e dell'uso di Internet.

Ricapitolando, pensiamo che si possa dire che se i sistemi biologici di ricompensa tendono ad attenuarsi nell'invecchiamento, dando origine ad atteggiamenti cauti, moderati e "saggi", è possibile che singole persone con una storia di rischio di dipendenza possano vedere riattivati vecchi modelli che si ripropongono o su una base di stress o per la somministrazione di farmaci attivi sulla dopamina creando l'increscioso fenomeno clinico di cui stiamo parlando.

#### Alcolismo della terza età

Negli ultimi anni l'interesse dei ricercatori, prevalentemente americani, è stato rivolto al fenomeno dell'alcolismo degli anziani in relazione al fatto che la popolazione anziana è tendenzialmente in aumento e pertanto si rilevano situazioni di abuso di alcolici anche in questa popolazione; in Italia però studi in proposito sono ancora piuttosto rari.

Ricerche epidemiologiche americane hanno rilevato non solo che l'alcolismo negli anziani può sussistere da molto tempo ma che può verificarsi anche in tarda età con evidenti complicazioni sociali. Gli alcolisti anziani sono stati così suddivisi:

1. alcolisti che hanno sviluppato l'alcol-dipendenza in gioventù o in età matura fino al raggiungimento della senilità, definiti "early onset"

2. alcolisti che sono diventati tali in tarda età con il sopraggiungere di una serie di eventi che hanno modificato la conduzione della loro vita personale, definiti "late onset".

Il primo gruppo presenta problemi organici e psichici simili a quelli degli alcolisti più giovani con in più il rischio di una diminuita autosufficienza per problemi di salute dovuti all'età; il secondo gruppo è caratterizzato dalla presenza di eventi stressogeni verificatisi in tarda età quali lutti, pensionamenti, istituzionalizzazioni, solitudine.

L'adeguamento alla nuova condizione sociale può indurre a situazioni depressive e di isolamento che accentuano il lasciarsi andare mentre è di fatto consolidato che il mantenimento di interessi e di relazioni sociali è favorevole al perdurare di un equilibrio psico-fisico. In questi casi l'abuso alcolico rappresenta un "sostegno" per sopravvivere e può verificarsi che l'abuso venga tollerato nelle strutture assistenziali perché rappresenta uno strumento di controllo comportamentale utile al mantenimento dello status quo della popolazione ospite.



Foto di Sebastiao Salgado

## Dipendenza da farmaci

Secondo le stime, sono circa 10 mila gli anziani che consumano abitualmente cocaina, marijuana e anfetamine. I soggetti più a rischio paiono essere le donne, in particolare quelle che si dedicano all'assistenza di persone più anziane, come le madri, o il coniuge in difficoltà per problemi di salute Purtroppo i dati epidemiologici in Italia sono pochi e datati ma quelli provenienti dagli USA sono preoccupanti. Bisogna premettere che in quel Paese la maggior parte delle sostanze sono sottoposte ad una prescrizione molto rigida ed attenta, mentre quelle cosiddette da banco sono ritrovabili anche nei supermercati.

Ciò detto, della popolazione anziana, il 13%, utilizza il 30% dei prodotti con ricetta (di cui il 23% inutile) ed il 40% di quelli da banco. I farmaci più abusati e quindi quelli che sicuramente entrano nell'uso scorretto delle dipendenze sono rappresentati dagli analgesici oppioidi (un problema minore in Italia per ora) e dai tranquillanti appartenenti alla famiglia delle benzodiazepine, cioè gli ansiolitici. A questo riguardo andrebbe severamente penalizzata la consuetudine diffusa nel nostro paese di riproporre prescrizioni senza che il medico di famiglia controlli l'effettiva utilità o di consentire al farmacista, talvolta, di consegnare il farmaco a persone conosciute che si presentano senza ricetta.

Va poi notato che, per quanto riguarda la quasi totalità di questi medicinali, ma non per gli oppioidi, il termine "dipendenza" è inesatto perché si tratta sempre e solo di situazioni in cui, sospesi improvvisamente e senza controllo medico questi farmaci sintomatici, ricompaiono semplicemente i disturbi per cui erano stati prescritti, ma senza la caratteristica condizione di astinenza.

## Dipendenza da gioco

Su mille anziani intervistati recentemente in Italia in un ampio studio sul fenomeno delle ludopatie, il 70,7% degli anziani ha ammesso di aver giocato almeno una volta nell'ultimo anno. Nel 16,4% dei casi i questionari hanno rilevato una situazione "problematica" in cui l'assuefazione all'azzardo è di gravità medio-alta. Ma non tutti i giocatori sono patologici: il 56,4% scommette senza ripercussioni economiche o sociali. La maggior parte gioca per vincere denaro, per divertimento e per incontrare persone. A questo riguardo è molto sottile la differenza tra coloro che utilizzano il bar o il Bingo per trascorrere del tempo e in-

vestire piccole somme, magari sottratte ad altre abitudini, da coloro che morbosamente e passivamente perseguono la propria dipendenza sebbene consapevoli dei suoi effetti nefasti.

In Italia sono quasi due milioni i giocatori sociali, ossia quelli a basso rischio di dipendenza, mentre sono più di 800mila le persone che si avviano verso la patologia.

Secondo gli studi in merito, il 30% degli anziani gioca a Lotto e/o Superenalotto, il 26,6% al "gratta e vinci" e alle lotterie istantanee. Questi dati non solo gravano sulla qualità di vita delle persone che spesso dilapidano pensioni già esigue, ma hanno un costo anche per lo Stato. Così l'alcol e lo stordimento dato dai farmaci assunti in modo inappropriato, o addirittura dalle droghe, diventano un rifugio per molti.

Chi gioca invece d'azzardo su internet è più a rischio di diventare un giocatore problematico rispetto a chi gioca dal vivo perché Internet ga-

rantisce l'anonimato, si gioca quando si vuole e non si ha alcun controllo sul denaro.

## Dipendenza da Internet

Prendo da una tabella di uno studio effettuato nel 2010 in Nevada, Stati Uniti, il seguente dato: il 25% di tutti gli utenti Internet si colloca nella fascia di età dai 55 anni in poi, rappresentando il 31% della popolazione americana. Egualmente rappresentati da uomini e da don-



Foto di Sebastiao Salgado

ne, vengono comunque in modo massiccio da famiglie con situazione economica florida. Non sorprende che i siti visitati siano per la maggior parte quelli che si occupano di informare e vendere farmaci online, (ben 37%) di nutrizione e perdita di peso (30%), di malattie di cuore e di dolori (30%).

Gli autori americani identificano tre tipi di dipendenza da Internet tipici degli anziani:

- Cyber sessuale (o infedeltà su Internet)
- Cyber relazionale (o rapporti con il mondo virtuale)
- Cyber ansiosa (solitari, shopping, viaggi).

E identificano anche i segni di allarme cui prestare attenzione particolare, perché trasformano il tempo libero trascorso sul web in una dipendenza. Essi sono: bisogno di stare sempre più tempo collegati, sforzi inutili di sottrarsi al Web, stress ambientali con amici e famiglia, cambiamenti di umore a causa di quanto accade su internet.

Anche su questo argomento, che presto si moltiplicherà quanto ad importanza e disagio occorre prestare molta attenzione perché il passaggio da una corretta utilizzazione per svago e per mantenere in forma il cervello non degeneri in qualcosa di molto pericoloso ed incontenibile.

### LA RESILIENZA NELL' ANZIANO

L'anzianità è una realtà dell'esistenza individuale, un evento della vita a cui, quasi tutti, siamo destinati. Per vivere questo periodo della vita in condizioni degne bisogna smettere di pensare la vecchiaia solo come tempo della perdita di energie, di salute, di agilità... e cominciare a considerarla anche come qualcosa di positivo e naturale, forse come il tempo della raccolta. Se invecchiare non è soltanto un processo fisiologico, ma un'esperienza esistenziale che appartiene alla biografia della persona, in essa troviamo anche elementi di ricchezza e non solo di deficit. Questi elementi si radicano proprio nella natura trascendente della persona, che, al contrario del corpo, non è logorata dal passare del tempo ma impreziosita.

Occorre, pertanto, evitare di trasformare l'imperativo "invecchiare bene" nel banale "non sembrare vecchi". Se è vero che la medicina preventiva ed un sano stile di vita sono fattori di indiscutibile efficacia, è anche vero che sono inevitabili le situazioni di fragilità e malattia.

La qualità dell'essere anziani dipende da noi, dal nostro patrimonio

genetico, dal nostro comportamento ma anche dalla società e dall'ambiente in cui viviamo. La rapidità e la consistenza dei cambiamenti dell'attuale società spesso allontana e divide le diverse fasce generazionali quando il bisogno più profondo dell'anziano sta nell'essere accettato, considerato, nel sentirsi ancora parte della famiglia e della società nell'interagire con il mondo che lo circonda, nel continuare a relazionarsi con gli altri, nel vivere e dare prove di affetto alle persone che gli sono vicino.

Questa, in fondo, è la sfera che determina la qualità della sua vita. E proprio con questo obiettivo che la gerontologia, l'antropologia, la sociologia e la psicologia perseguono per l'anziano lo sviluppo dell'empowerment e della resilienza.

## L'empowerment

L'empowerment, elemento fondamentale in qualsiasi intervento socio-riabilitativo, si concretizza nel processo che permette al singolo individuo, ed anche a gruppi e comunità, di accrescere le proprie capacità, di controllare e gestire la propria vita, di mantenere e sviluppare consapevolezza critica e potere d'azione e di mobilitare le risorse disponibili.

Per quanto riguarda l'anziano esso consiste, in particolare, nell'acquisizione e/o mantenimento di abilità di "problem solving" e di "controllo percepito". La fiducia nelle proprie risorse, derivante dalla consapevolezza della propria autonomia e nella organizzazione e gestione della giornata e della partecipazione all'impegno nella comunità, porta l'anziano a sentirsi attivo e a percepire la propria utilità e capacità. La sensazione di controllo è risorsa fondamentale per lo sviluppo e il benessere dell'individuo. Al contrario, la mancanza di potere d'azione può risultare patogena e fonte di disturbi psicologici per coloro che la vivono.

L'empowerment è riconducibile alla capacità di mettersi in relazione con il proprio ambiente ed avere la sensazione di poter continuare a gestire la propria vita. A livello pratico, per sostenere l'empowerment è utile svolgere attività che impegnino la persona, realizzare interventi che permettano il mantenimento del controllo attivo della propria vita e della sensazione di benessere psicofisico combattendo i sentimenti di alienazione, di solitudine e di impotenza sempre più presenti nell'anziano con l'avanzare dell'età.

#### La resilienza

Il concetto di resilienza è stato introdotto recentemente in geriatria (The Journal of American Geriatric Society, 2010) facendo riferimento alle capacità che alcuni anziani, molto malati, in condizioni apparentemente molto compromesse, mostrano di avere, rispondendo alle cure tradizionali in maniera quasi inaspettata.

Questa qualità si oppone concettualmente alla fragilità degli anziani, che invece, rappresenta un insieme di caratteristiche in grado di identificare, in una fase precoce, i soggetti a rischio di peggiorare la propria qualità di vita e che con opportuni interventi possono ridurre tale possibilità.

Il termine resilienza deriva dal latino "resilire" che significa rimbalzare ed è usato in metallurgia per descrivere la capacità di un materiale di resistere agli urti senza spezzarsi, in biologia per descrivere la capacità di un organismo di autoripararsi ed in psicologia per illustrare la capacità umana di far fronte alle difficoltà facendo ricorso alle risorse



Foto di Sebastiao Salgado

interiori personali, presenti anche nel profondo, per mantenere il proprio equilibrio psicofisico. I suoi elementi costitutivi, presenti, in diversa misura, in ogni essere umano, sono caratterizzati da:

- accettazione e consapevolezza: la capacità di esaminare sé stessi ed il contesto, saper relativizzare ed aderire all'inevitabile realtà, saper guardare agli eventi come diversi e non come negativi modi di essere;
- indipendenza: la capacità di mantenersi a distanza, fisica ed emotiva, dai problemi, senza chiudersi;
- interazione: la capacità di stabilire rapporti intimi e soddisfacenti con le altre persone.

Reagire, "risalire", non vuol dire riconquistare ciò che si è perso ma sperimentare nuovi modi di essere, di intendere se stessi. Non c'è un peggio o un meglio, c'è la diversità.

A livello pratico, si tratta di supportare la persona senza che questa si senta sola ad affrontare l'evento o le situazioni che le si presentano, di aiutarla ad accettare la situazione, di stimolarla a reagire, a vedere al di là dell'accaduto, a scoprire e valorizzare i possibili lati positivi delle avversità da cui paradossalmente trarre insegnamenti per favorire la capacità di adattamento o costituire addirittura un motore di possibile cambiamento.

Posto che i fattori che possono attivare la resilienza sono di tipo individuale, relazionale e sociale, è dimostrato che contesti familiari e sociali adeguati così come un buon patrimonio intellettivo, un temperamento mite ed estroverso, la creatività e la spiritualità, sono variabili che, assieme alla geragogia ossia la disciplina dell'imparare ad invecchiare, fanno da precursori ed elicitatori del processo resiliente.

Nell'attuale momento storico dove l'anziano diventa sempre più fragile e vulnerabile per motivi anagrafici, per la crisi socio-economica, per la frequente condizione di solitudine, ecc. quali possono essere gli strumenti che egli può utilizzare per superare un momento di crisi generale e personale? Premesso che la resilienza è un percorso del tutto personale, dove ogni individuo reagisce in modo diverso tanto che una relazione d'aiuto valida per un anziano può risultare inefficace in un altro, esistono comunque delle strategie che possono essere suggerite dall'esperto ed applicate dal caregiver.

Innanzitutto occorre riconoscere le forze residue per poterle valorizzare, permettendone l'espressione e l'attivazione tramite strategie appunto di adattamento, empowerment, coping, counseling, coaching, ecc. che possono fungere da volano per attivare la resilienza e promuovere salute.

Elemento fondamentale per essere resilienti è il processo di *adattamento* che si articola attraverso la capacità di percepire gli eventi avversi come transitori, non generalizzabili ed esenti da sentimenti di colpa ed autoaccusa.

Altra strategia che si associa alla resilienza è il processo di *coping* che permette all'individuo, attraverso un'autovalutazione delle proprie capacità e motivazioni personali, di far fronte a situazioni stressanti o traumatiche e poterle gestire.

Ulteriori metodi di relazione di aiuto o di supporto *one to one* che possono favorire la resilienza sono il *counseling* e il *coaching* che mirano a promuovere il processo di auto-realizzazione attraverso un rapporto di fiducia tra l'esperto e il cliente.

Il *causeling* (dal latino *cum solere* = sollevare insieme) valorizza l'auto-aiuto ed è incentrato sulla relazione tra counselor e cliente fina-



Foto di Sebastiao Salgado

lizzata a prendere decisioni che gli fanno riacquisire uno stato di benessere.

Il *coaching* (*coach* = allenatore) utilizza la comunicazione per far riflettere il cliente e per stimolarlo al *problem solving* e al cambiamento attraverso il superamento di ostacoli e la valorizzazione delle risorse.

D'altra parte gli studi sulle modifiche del cervello legate all'età hanno da tempo evidenziato che occorre contrastare l'invecchiamento con strategie comportamentali considerando che con la maturità il processo di morte dei neuroni assume un ritmo più intenso tanto che il cervello di un anziano pesa il 10% in meno che in un giovane, ma questo fenomeno non è di per sé grave per due diversi motivi.

Il primo è che il cervello è un organo ridondante, costituito da cellule e connessioni in eccesso, tanto che un certo processo di "potatura "è necessario per stabilizzare quei circuiti nervosi che hanno una funzione rilevante. Il secondo motivo è legato al fatto che il cervello è un organo plastico, dinamico, il che implica che una particolare funzione possa "spostarsi" da una sua parte a un'altra a seconda dell'età e di eventuali danni della corteccia. È quindi fondamentale tenere viva la mente e continuare ad aggiornare i propri schemi mentali facendo, per quanto possibile, nuove esperienze anche in situazioni di stress e di scacco: anche se nutriamo il cervello nel modo migliore, evitiamo gli eccessi legati all'alcol o al fumo, lo proteggiamo dai danni vascolari o dai processi ossidativi, il cervello si nutre prevalentemente di stimoli e mantiene la sua forma sulla base delle esperienze che facciamo giornalmente.

Bisogna infatti ricordare che dalla fase embrionale alla vecchiaia le regole sono molto simili: i geni stabiliscono un quadro di riferimento sulla cui base si struttura il sistema nervoso ma è l'ambiente a stimolare la sua plasticità, a dare forma ai suoi circuiti, a rinnovare la struttura e la funzione, persino in quelle età in cui riteniamo per luogo comune che il cervello abbia perduto la capacità di essere resiliente. Certo, la vecchiaia del cervello condiziona la mente ed è all'origine di un diverso modo di comportarsi: ma ogni fase dello sviluppo ha i suoi tempi e i suoi modi e la vecchiaia, come le altre età, ha un suo stile che non possiamo snaturare, così come non possiamo stravolgere le caratteristiche della mente di un bambino o di un adolescente.

#### CONCLUSIONI

La sensazione che si ricava dalla lettura di questo argomento è che quasi certamente esso sia stato ampiamente sottovalutato in quanto le misure di emergenza che riguardano la salute dell'anziano sembrano essere dirette verso bisogni più vicini ed imminenti. In realtà la velocità del tempo che trascorre e l'affermarsi di modelli assistenziali sempre più "di delega" portano a trascurare situazioni che non ricevono sufficiente attenzione. Sembra più importante che l'anziano si occupi di qualcosa e sia quindi meno richiedente verso i caregivers che non il suo effettivo benessere. Nell'agenda delle cose da fare per limitare i danni di una vecchiaia infelice va inserita anche l'attenzione e la cura verso le suddette condizioni di dipendenza che non possono diventare una forma di subappalto tecnologico o chimico per la soluzione dei bisogni reali.

# LA PAROLA CURA LO SPIRITO, LO SPIRITO CURA IL CORPO LA DIMENSIONE SPIRITUALE NELLA RELAZIONE DI CURA



Domenico Bertorello Sacerdote assistente spirituale ospedaliero

## Una semplice premessa

È senz'altro una responsabilità grande quella che ogni nostra parola pronunciata, o contenuta in tanti nostri gesti, assume di fronte agli altri. Soprattutto quando si tratta di persone fragili e in difficoltà, a causa dell'età avanzata o della malattia!

E gli anziani vi rientrano a pieno titolo come uditori, ma soprattutto come interlocutori, delle nostre parole.

Compito poi di un operatore (quale può essere un medico, un infermiere o un OSS in campo socio-sanitario; oppure uno psicologo o un assistente spirituale<sup>26</sup> in ospedale o in una struttura residenziale per anziani), nonché di ogni persona che per motivi diversi (familiari, di la-

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Si tratta di un termine, "spirituale" appunto, che va precisato nel suo contesto di riferimento. Il mio personale ruolo di cappellano ospedaliero presso l'ASL CN2 di Alba-Bra mi vede coinvolto sul versante dell'ascolto e del servizio ai malati, ai loro familiari e agli operatori sanitari sotto il profilo del "servizio alla fede", e cioè del personalissimo rapporto che ogni persona può vivere o ritrovare – in tali contesti di cura – con il Dio di Gesù Cristo e con le domande che emergono a partire dalla propria sofferenza, fisica o morale. Il termine spirituale e/o spiritualità, naturalmente, si allarga a comprendere anche altre esperienze di tipo etico e religioso, che guidano e sostengono il malato, e non solo, nei momenti più critici della sua esistenza.

voro o semplicemente occasionali) intercetta il vissuto e la storia di un'altra, è sempre quello di pronunciare parole vere, che partono dalla vita e servono l'esistenza di ogni persona. Qualunque sia la sua età e condizione sociale, o di salute, siamo chiamati, tutti e ciascuno, a metterci nella disposizione di chi sa prima ascoltare e accogliere ogni donna e ogni uomo che incrociamo sul nostro cammino, per poi comunicare e interagire positivamente attraverso una parola che si fa dialogo, servizio, aiuto.

# Spiritualità: quale?

Ce lo testimoniano i grandi pensatori e autori della storia, della filosofia, di tutte le culture e di tutte le religioni: accanto alla dimensione biologica e intellettiva (il corpo e la mente; il fisico e l'anima) c'è pure una dimensione "spirituale", cioè emotiva, affettiva e relazionale (lo spirito).

L'attuale paradigma bio-psico-sociale, oggi alla base della clinica sia medica che psicologica, va in questa direzione.

Lo spirito è indice di quella dimensione intima e interiore di ogni persona, che richiama al suo cammino e alla sua ricerca di benessere, che si radica nelle profondità della propria identità e delle motivazioni che sorreggono la sua esistenza e le sue scelte.

L'orizzonte della spiritualità è più vasto dell'appartenenza religiosa. Per il cristiano la spiritualità è radicata nel mistero della morte e risurrezione di Cristo e si esprime nel comandamento dell'amore, nel man-



dato di perdonare e nella necessità della preghiera. In senso più lato, la spiritualità è ciò che dà significato e profondità all'esistenza e abbraccia un ventaglio di spazi.

Sinteticamente possiamo riassumere il discorso attraverso un "decalogo", attraverso dieci cornici di riferimento:

- 1. Il rapporto con Dio e con il divino
- 2. Il rapporto con gli altri
- 3. Il rapporto con se stessi
- 4. Il rapporto con il creato
- 5. Il saper apprezzare il trascendente nel quotidiano
- 6. Il saper sviluppare un senso di comunione con tutto
- 7. Il saper sviluppare equilibrio e saggezza
- 8. Il saper affrontare la sofferenza, la malattia e la morte
- 9. L'imparare a perdonare
- 10. Il continuare ad amare

Certamente non è questa la sede per approfondire maggiormente ognuna di queste piste, ma la relazione di aiuto ci spinge sempre a intercettare il vissuto, anche spirituale, della persona che abbiamo davanti, entrando in una dimensione di dialogo e di crescita (propria del *prendersi cura*), che tiene in considerazione tutti i punti sopra accennati.

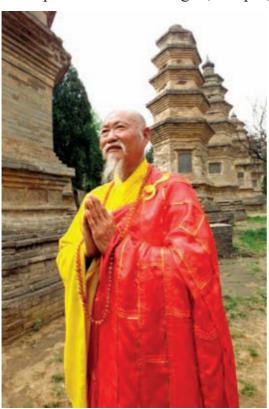
A partire dal rapporto con se stessi e con la propria condizione di fragilità, la persona anziana o ammalata può aprirsi a un confronto con gli altri, con il creato e la realtà che lo circonda, fino far emergere le domande più forti su Dio e il divino, e sul problema del perché il dolore, la sofferenza e la morte. Questa è semplicemente quella che viene chiamata la "legge dello spirito"<sup>27</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>27</sup> Espressione che prendiamo in prestito dall'attuale teologia cattolica, che interpreta la presenza dello Spirito Santo, lo Spirito di Gesù appunto, come ciò che dà forma al vissuto del credente, e cioè ciò che ti plasma e ti aiuta in profondità, spingendoti nella direzione del bene, dell'amore, e quindi dell'autentico benessere. In tutte le culture religiose ritroviamo questa legge come indicazione istintiva e veritativa del cammino dell'uomo, in una relazione di amore e di reciprocità con tutti gli altri. Lo spirito, come identità profonda e come ricerca della propria autenticità e felicità, diventa dunque la nuova e unica legge che guida il percorso quotidiano dell'esistenza, orientata al bene di sé e dell'altro.

## Ci sono parole e... Parole...

Non cambia solo il contesto in cui una qualsiasi parola viene pronunciata, ma anche il significato che porta! Non cambia solo l'iniziale, minuscola o maiuscola essa sia, ma il senso profondo che come credenti diamo a quella Parola, alla quale ci sentiamo di affidare la vita, e da cui dipendiamo per le nostre scelte. È la Parola di Dio (per i cristiani e gli ebrei contenuta nella Bibbia; per i musulmani nel Corano; per altri credenti di altre religioni nei rispettivi Testi Sacri) che viene in aiuto in alcuni momenti cruciali della vita. È una Parola, certamente umana, ma carica di significatività e di simbolismo, che intercetta il nostro spirito (e cioè i nostri sentimenti, i nostri dubbi), rimandandoci a un dialogo più profondo con la quotidianità, con la voglia di cercare seriamente il senso (o se ci possa essere un senso) a ciò che ci sta capitando o che stiamo subendo (come di fronte a una malattia, a un lutto, o semplicemente al venire meno delle forze di un tempo, a causa dell'invecchiamento).

Le parole lasciano il segno, sempre; le parole ti sfiorano appena o ti



penetrano in profondità; le parole plasmano l'animo e la mente. Potremmo dire la stessa cosa con le espressioni di una recente canzone (il cui titolo è *Tu sei bella*) di un noto cantautore italiano contemporaneo, Biagio Antonacci: "le parole le parole possono volare, ma ti volan dentro, le parole quando le hai dette hanno già perso il senso; le parole le parole fanno anche passare il tempo, le parole rompono il silenzio e fanno un'eco immenso".

Si tratta cioè della potenza creatrice della parola, della valenza terapeutica delle parole che pronunciamo e che ascoltiamo. In campo spirituale la Parola del divino, proclamata, ascoltata e accolta in momenti cruciali e particolarmente delicati dell'esistenza, crea uno sfondo culturale e motivazionale nuovo in tante persone. Le persone anziane e malate, che si aprono a dimensioni di intimità e di verità con i valori profondi della vita, che sentono la legge dello spirito come autentica e riabilitante per la loro coscienza e per il proprio percorso umano, che riescono ad attribuire il nome di Dio o di divino a tale dimensione relazionale, risentono di un notevole beneficio, anche di fronte alle terapie assunte. Ricerche statistiche condotte in campo medico e psicologico confermano questa ipotesi. È un dato reale e oggettivo il fatto che molte persone, attraverso la fede cristiana, la preghiera, la celebrazione dei sacri riti, o comunque il proprio credo religioso, trovino un effettivo beneficio nel proprio percorso di cura e di guarigione.

Quando si parla di riabilitazione e di ricostituzione della persona malata, restituita alla propria identità e alla vita in generale, non si intende solo un percorso meramente medico-clinico, ma un itinerario più complesso, completato e arricchito dalla dimensione spirituale dell'esi-



stenza. Da questo punto di vista possiamo davvero affermare che le parole curano lo spirito e che lo Spirito cura il corpo. L'apertura al divino è sempre fonte di ottimismo, di speranza e di uno sguardo diverso sulla propria reale condizione (l'anzianità e la malattia, ossia la fragilità umana). Aprirsi allo spirito rende la persona più serena di fronte alle proprie problematiche; non rassegnata, ma disponibile a lottare con una energia nuova, spesso quasi inspiegabilmente ritrovata.

Se dovessimo pensare a una parola sintetica, che si affianca all'espressione "spirituale", potremmo indicare lo "stupore": la persona che si abbandona con fiducia alla legge dello spirito e al divino vive una esperienza straordinariamente terapeutica di meraviglia e di gratitudine. Non è il risultato finale che conta (che spesso può risultare anche negativo per la salute e devastante per la propria stessa vita), ma il modo di vivere il quotidiano che è supportato da uno sguardo che va in profondità, che va – per così dire – *oltre*, al di là di quanto le parole umane possano fare o preventivare. Anche se in forma spesso anonima e non chiaramente professata, si tratta qui di "fede" (nel nostro contesto ancora per lo più cristianamente intesa), di affidamento a quel divino che diventa nella fragilità una possibile e – spesso – unica e definitiva risposta.

# Un punto di vista particolare: il cappellano ospedaliero

Parto dalla mia esperienza personale di questi anni, presso l'ospedale di Alba, per evidenziare come anche e soprattutto attraverso la persona del sacerdote, e dell'assistente spirituale in genere<sup>28</sup>, si crea un felice dialogo tra la *relazione di cura*<sup>29</sup> e la *cura spirituale* della persona, che si apre a un dialogo con il divino e alla ricerca di un confronto, che parte dall'intimità della propria coscienza.

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> La presenza del sacerdote in ospedale in questi anni si sta configurando all'interno di una équipe pastorale di persone, consacrati e laici, che lavorano in rete per assicurare un'assistenza ai malati in primis, ma anche ai familiari e al personale ospedaliero. Si tratta di diaconi, religiosi e laici (sia uomini che donne) che vengono a costituire la cosiddetta "cappellania ospedaliera". <sup>29</sup> Termine che richiama ampiamente i diversi ambiti di interazione con la

<sup>&</sup>lt;sup>29</sup> Termine che richiama ampiamente i diversi ambiti di interazione con la persona malata: dalla relazione terapeutica del medico e dell'infermiere, al supporto psicologico in certe patologie, come quelle oncologiche.

L'assistente spirituale, in particolare il sacerdote-cappellano, è a pieno titolo un operatore sanitario, nominato dal Vescovo diocesano e incaricato dall'Azienda ospedaliera di essere promotore di speranza e di positività, in mezzo alle corsie dei reparti di degenza. Quindi di benessere! E questo innanzitutto lo può svolgere attraverso la sua capacità di ascolto del paziente, e la parola sempre puntuale, rispettosa e aperta allo spirito.

Da questo punto di vista sembrerebbe proprio scritto oggi questo monito di Socrate: "Non permettere che alcuno ti convinca a curarlo se prima non ti abbia aperto il suo animo, giacché il grande errore che commettono i medici del nostro tempo nel sanare le infermità, è di considerare separati lo spirito e il corpo. Non si può guarire l'uno senza curare l'altro"<sup>30</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>30</sup> Cit. in Nardin A., La relazione spirituale con la persona malata, in "INSIE-ME PER SERVIRE", 1 (2014) XXVIII, p. 19.



Il sacerdote, animatore spirituale, ha il compito di suscitare con la sua presenza la domanda sull'oltre: oltre il medico, oltre lo scibile, oltre l'umanamente possibile, oltre le legittime domande che emergono nello spirito umano. Spesso il silenzio della sua parola, capace di umile e rispettoso ascolto, diventa una parola silenziosa, che lascia intravvedere l'oltre offerto dalla Parola, dal divino, nella nostra fragile esistenza. Gesti quali il tacere, il semplice stringere una mano o il regalare una carezza al malato, in molte occasioni diventano un canale preziosissimo di annuncio e di testimonianza, che conduce a pensare in profondità al senso della vita, di ogni vita umana, e di una possibile apertura alla dimensione spirituale, che si gioca tutta sulla relazione autentica tra gli individui, e perciò anche con Dio.

La parola chiave è – e resta sempre – la **relazione**: la dimensione spirituale dell'esistenza viene a completare quel quadro olistico, che ci permette di metterci realmente al servizio di tutta la persona. È evidente che la dimensione relazionale diventa, soprattutto nelle corsie di un ospedale o nelle case di riposo, assolutamente fondamentale, e assume anche il ruolo di prezioso e innegabile fattore terapeutico.

Padre Arnaldo Pangrazzi, sacerdote e teologo camilliano, dice a questo proposito che:

"La relazione d'aiuto è sanante nella misura in cui l'operatore presta attenzione alla globalità, vale a dire è sensibile al travaglio o alle sofferenze del corpo, accoglie le preoccupazioni della mente e i bisogni del cuore, valorizza le responsabilità sociale e le risorse spirituali del malato"<sup>31</sup>.

Il lavoro che l'assistente spirituale può e deve svolgere accanto al malato, e accanto a tutta l'équipe curante, è quello di suscitare l'attenzione sulla dimensione spirituale della persona malata, favorendo una interazione con quelle che sono le altre dimensioni considerate da altri specialisti: la dimensione fisico-biologica, quella sociale, quella emotiva e intellettiva.

Anche l'assistenza spirituale è capace di contribuire, come le cure mediche, ad evitare la condizione di "deserto relazionale" che caratterizza spesso la condizione del malato ricoverato in ospedale, il quale

<sup>&</sup>lt;sup>31</sup> Pangrazzi A, Sii un girasole accanto ai salici piangenti, Ed. Camilliane, Torino, 1999, p. 62.

per eventuali carenze assistenziali, può vivere con grande disagio la propria sofferenza e la propria fragilità. Quanto più la malattia è debilitante, tanto più essa pone la persona sofferente in condizione di dipendenza, evidenziandone la solitudine e il bisogno di aiuto. L'intervento degli operatori, assistenti spirituali compresi, non deve limitarsi a cercare la guarigione come semplice rimozione della malattia, bensì come fattore prezioso di speranza e di positivo reinserimento nel mondo delle relazioni umane.

Prendendo in prestito le parole da una stupenda canzone di Franco Battiato, *La cura*, potremmo dire sinteticamente che "Ti porterò soprattutto il silenzio e la pazienza. Percorreremo assieme le vie che portano all'essenza...". Si tratta cioè dell'attenzione alla dimensione spirituale della persona che ti sta davanti (anziana o malata che sia) e il farsi carico della sua sofferenza, rimandando ogni facile parola a quella Parola, che può realmente diventare una possibile... risposta!

## ...Perché sei un essere speciale ed io avrò cura di te...

Sono ancora queste parole conclusive del canto di Battiato a offrirci lo spunto per dire alcune cose importanti nella cura dello spirito, nella relazione d'aiuto che trova il suo significato più vero nella "legge dello spirito".

# Costruire ponti: ossia l'importanza della comunicazione<sup>32</sup>

"Non si può non comunicare" afferma Paul Watzlawick ne *La pragmatica della comunicazione umana*. Sia con le parole che con i nostri gesti noi inviamo messaggi a chi ci sta di fronte: noi comunichiamo. È importante che ogni nostra espressione sia verbale, sia non-verbale rappresenti sempre un piccolo mattone di un ponte che vogliamo gettare tra noi e l'altro, tra l'emittente e il ricevente. Ogni parola pronunciata, o sottesa ai nostri atti, ha una potenza straordinaria: può generare un ponte, un canale di comunicazione, o può creare una barriera di separazione e di divisione dall'altro.

È importante essere consapevoli che *comunicare meglio* è già *cura-re!* 

<sup>&</sup>lt;sup>32</sup> Cfr. Brusco A, Attraversare il guado insieme. L'accompagnamento psicopastorale del malato, Il Segno dei Gabrielli Editori, VR, 2007.

#### Essere con... essere per: la relazione

Questo aspetto è legato a quello precedente, perché è in gioco la vita. Lo stare di fronte a chi soffre, a chi è anziano, a chi ci chiede aiuto in qualche modo non è mai un gioco! Ma chiama in causa la nostra responsabilità personale. Se volete un semplice *gioco di parole*: re-lazione; re-ligione; re-sponsabilità iniziano tutte con il prefisso RE, *res* in latino. Si tratta cioè di una COSA importante, della SOSTANZA, del CENTRO da non perdere mai di vista.

# Creare uno spazio per l'altro: l'ospitalità

Pensiamo al famoso dialogo tra il piccolo Principe e la volpe, che domanda la sua attenzione privilegiata e chiede di essere addomestica-ta<sup>33</sup>. La soluzione indicata dall'autore sta nella **pazienza**, che nel caso dell'operatore sanitario e pastorale (sinonimo di spirituale) diventa **accoglienza**, **empatia**, **ospitalità**.

Qualcuno ha affermato che "non sempre la vita è un viale alberato, pulito e piano. Noi non chiediamo che la vita ci risparmi; ci basta un cuore dove posare il capo". È senz'altro un'immagine forte che ci conduce nella direzione del tempo-donato-per-l'altro: attraverso l'ascolto, il dialogo, il servizio... in definitiva l'amore. Quello vero, gratuito e disinteressato. Lì ci conduce ogni spiritualità!

#### L'Alfabeto della relazione di cura

A mo' di conclusione, mi piace pensare a una serie di parole che recuperano un po' tutto il discorso precedente. Le presento sotto la forma di un alfabeto, di cui ogni lettera ne costituisce l'iniziale.

Ascolto:

Benessere;

Cura;

Dialogo;

Empatia;

Fiducia;

Grazia (del divino);

Humanitas;

<sup>&</sup>lt;sup>33</sup> De Saint-Exupéry A., Il piccolo Principe, Tascabili Bompiani, Milano, 1996, pp. 93-94.

Incisività (della parola);

Luce (della Parola di Dio);

Malattia;

Nascosto (l'inconscio);

Olistica (visione bio-psico-sociale);

Preghiera;

Questioni (fondamentali dell'esistenza);

Risposte;

Spirito;

Tenerezza;

Unione;

Verità;

Zaino: ossia si è sempre in cammino... mai degli arrivati, tanto meno degli esperti!

Nella relazione di cura, o relazione d'aiuto, l'operatore si affianca con discrezione al personalissimo cammino del paziente o della persona che ha bisogno di un supporto. Chi aiuta un altro è sempre una persona, con il suo percorso più o meno facile di vita, e che si scopre quin-



di come un "guaritore ferito". Solo affrontando per primi le proprie ferite e le proprie difficoltà si diventa capaci di aprirsi a quelle degli altri. Si diventa strumenti di benessere per tutte quelle persone che ce lo chiedono, nella misura in cui siamo capaci – come operatori – di prendere in mano la nostra stessa vita, affrontando con decisione i nostri limiti e le nostre problematiche esistenziali, consce e inconsce.

La fede, il rapporto con il divino, con la propria dimensione spirituale, la preghiera, il silenzio e la meditazione, diventano reali punti di appoggio per chi vuole aprirsi a una relazione autentica con la persona in difficoltà... cioè a una relazione di aiuto.

Per cui si può concludere realmente che: la parola cura lo spirito; lo Spirito cura il corpo... e tutta la persona diventa capace di farsi strumento di cura e di aiuto, per qualcun'altra!

Questo è il succo della vita e della dimensione spirituale dell'esistenza. A noi provare a crederci e... a viverlo in prima persona, qualunque sia il compito che siamo chiamati a svolgere nella nostra esistenza e qualunque sia l'aiuto concreto che possiamo offrire a un altro.

E... senza bisogno di troppe parole, il mondo sarà realmente diverso, migliore! Basta iniziare!

#### Bibliografia di riferimento

PANGRAZZI A. - Sii un girasole accanto ai salici piangenti, Ed. Camilliane, Torino, 1999.

Brusco A. - Attraversare il guado insieme. L'accompagnamento psico-pastorale del malato, Il Segno dei Gabrielli Editori, VR, 2007.

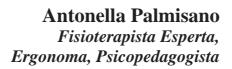
NARDIN A. - La relazione spirituale con la persona malata, in «INSIEME PER SER-VIRE», 1 (2014).

# Quarta Parte

# Attività fisica e benessere

Insieme alla parte "Ambiente, strutture e nuovi servizi" porta avanti un filone di ricerca medico-sociologica e di promozione dell'anziano molto caro al Ce.R.R.Co. che caratterizzerà di sicuro l'"invecchiamento attivo" della nuova generazione.

# PROMUOVERE L'ATTIVITÀ FISICA DELLE PERSONE ANZIANE, UN APPROCCIO ERGONOMICO





#### **Premessa**

Sebbene l'attività fisica non sia in grado di arrestare il processo biologico di invecchiamento, è provato che un regolare esercizio fisico è in grado di ridimensionare le ripercussioni psicologiche di uno stile di vita altrimenti sedentario, nonché di prolungare l'aspettativa di vita ar-



ginando lo sviluppo e l'evoluzione di affezioni croniche e di limitazioni invalidanti.

In relazione all'attività motoria svolta, un soggetto anziano può essere definito attivo se svolge almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti al giorno per almeno 3 giorni.

Il soggetto poco attivo/sedentario è invece colui che dedica meno di 10 minuti all'attività quotidiana e soltanto1 giorno alla settimana.

Il CNEPS, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, sostiene che in Europa l'inattività fisica sia associata a circa 1.000.000 di morti all'anno e, in Italia, circa 1/3 della popolazione adulta fra i 18 e i 69 anni è completamente sedentaria.

Inoltre, il CNEPS dichiara che, in generale, la sedentarietà è più frequente tra le persone più anziane e tra quelle maggiormente svantaggiate dal punto di vista socio-economico e che circa un sedentario su cinque percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente per vivere discretamente, mentre secondo le Linee-guida internazionali per la promozione dell'attività fisica nell'anziano, ogni persona adulta dovrebbe svolgere regolarmente un'attività fisica moderata, per almeno 30 minuti al giorno e per la maggior parte dei giorni della settimana.

Inoltre, le Linee-guida raccomandano il cammino come attività fisica particolarmente indicata all'anziano così come un programma individualizzato di esercizi fisici, condotto con la supervisione di personale esperto, è ritenuto valido per le persone con problemi articolari.

Uno dei primi studi nazionali, in questo ambito, lo si fa risalire ad una ricerca-intervento – "Invecchiare in salute" – sugli effetti di un'attività fisica moderata eseguita da un campione di anziani che potevano



accedere gratuitamente a corsi di ginnastica nelle scuole, centri sociali di quartiere, ecc. La ricerca venne finanziata dalla Direzione di Sanità della Regione Piemonte nel 1999 e condotta dal prof. Fabrizio Fabris, Direttore, ormai scomparso, dell'Istituto di

Geriatria e della Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università di Torino dal 1978 al 2003. Essa portò alla luce importanti risultati, fra i quali che l'attività fisica moderata in palestra contrasta la sedentarietà nell'anziano e risulta un potenziale riduttore delle richieste assistenziali e della spesa sanitaria.

A proposito si vuole ricordare che la prima esperienza italiana di corsi di ginnastica per anziani, a carattere pubblico, nacque proprio a Torino nel 1979.

Uno studio svolto dall'Università Bocconi di Milano afferma che la Sanità risparmia circa 700 milioni di euro all'anno promuovendo l'attività fisica delle persone, soprattutto ultrasessantacinquantenni.

Quindi, i risultati della ricerca effettuata oltre 35 anni fa in Piemonte, vengono oggi ampiamente riconfermati.

In relazione allo stato di salute, i soggetti anziani si distinguono in anziani a lieve e medio rischio e in anziani fragili, cioè ad alto rischio.

In questo contesto non verrà affrontato l'argomento relativo alla fascia di anziani fragili, per la specificità e gli approfondimenti che richiederebbe.

Ci si rivolgerà invece agli anziani in buone condizioni ma a lieve e medio rischio.

# Fattori che possono interferire con lo svolgimento dell'attività fisica

Per una corretta analisi della tematica, anche se a grandi linee, occorre partire dall'esaminare quali fattori possono interferire con la pratica del movimento, sia in modo organizzato (presso impianti sportivi, palestre, ecc.), sia autonomamente (camminata all'esterno, ginnastica in casa, ecc.). Ecco i principali:

1. L'atteggiamento culturale della popolazione italiana, in generale e in media, è sfavorevole al movimento.

A proposito si ricorda l'elevato numero di bambini colpiti da obesità in Italia che conducono, per ovvi motivi, una vita sedentaria. Questo, di per sé, rappresenta già un indice negativo riguardo lo svolgimento di attività fisica in età adulta e tanto meno in età senile: l'attività fisica avrà poche probabilità di entrare a far parte delle abitudini di vita di quei soggetti in quanto non è iniziata in età infantile/adolescenziale.

Altro fattore importante riguarda le penalizzazioni che l'educazione fisica è stata costretta a subire via via negli anni, nelle scuole dell'obbligo, soprattutto in periodo di tagli alla spesa pubblica.

Quindi, se dalla famiglia e dalla scuola giungono messaggi sfavorevoli nei confronti dell'educazione al movimento, il soggetto in crescita, già di per sé poco motivato, difficilmente troverà aiuti dal mondo adulto.

2. Gli impianti e le infrastrutture sportivi non sempre sono idonei e le attrezzature non sempre sono adeguate.



Da una indagine effettuata dal CNEPS risulta che molte persone preferirebbero eseguire i propri esercizi fisici in ambienti più accoglienti e riservati, scelti sulla base di un'approfondita valutazione motoria e funzionale. Non sempre le palestre infatti, accogliendo numeri elevati di persone, soddisfano in pieno i bisogni individuali, dal sentirsi accolti e presi in carico, al socializzare con gli altri, aspetto importantissimo e complementare all'attività fisica che può risultare pressoché impossibile in caso di grandi numeri.

Le grandi palestre con attrezzi impegnativi possono spaventare le persone che non si sentono forti e prestanti e quindi, invece di avvicinarle al movimento, le allontanano ancor più.

3. Le difficoltà relative al raggiungimento dei locali in cui praticare attività fisica. Affrontare da soli il tragitto per raggiungere il luogo dove praticare attività fisica può far sorgere nell'anziano e nei familiari, timori di varia origine, tanto da indurre alla rinuncia della partecipazione alle attività. A questo si aggiungono anche i timori dei familiari che, non trovandosi sempre nelle condizioni di accompagnare gli anziani, si ritrovano, per motivi di sicurezza, ad ostacolare le uscite anziché a favorirle.

4. Il personale addetto all'insegnamento dell'attività fisica non sempre è preparato ed esperto.

Anche questo aspetto è fondamentale. In molti casi tuttavia, sempre a causa dell'elevato numero che accede ai gruppi, non è consentito al personale istruttore, se pur preparato, di andare incontro alle differenti esigenze, cosa importante anche per il punto successivo.

5. La tipologia di esercizi che vengono proposti non sempre è mirata e adattata.

Gli esercizi non appropriati, oltre a non rendere possibile il raggiungimento di benessere, possono rappresentare fonte di pericoli a carico dell'apparato muscolo-scheletrico anche importanti come le cadute, con conseguenze che possono essere devastanti in persone a rischio, se pur lieve. Pertanto la scelta di movimenti sicuri rapportati ai limiti ed alle caratteristiche di ciascun individuo è fondamentale.

6. L'invecchiamento del corpo e l'indebolimento delle facoltà psichiche e delle abilità fisiche possono scatenare fenomeni depressivi ed impedire, o comunque interferire, con la partecipazione alle attività motorie.



# Fisioterapia, gym o sport?

La fisioterapia è una branca della medicina che si occupa della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da patologie o disfunzioni congenite o acquisite in ambito neuromuscoloscheletrico e viscerale attraverso molteplici interventi terapeutici, manuali e strumentali.

La fisioterapia interviene in numerose specialità: ortopedia, neurologia, reumatologia, geriatria, cardiologia, pneumologia, pediatria, ecc. ed è praticata soltanto dal Fisioterapista.

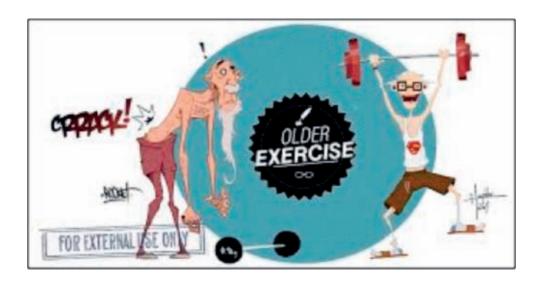
Non sempre l'intervento del fisioterapista è indicato. Infatti, molte delle persone anziane che oggi afferiscono ai servizi di fisioterapia, per disturbi muscolo-scheletrici, il più delle volte cronicizzati, causati dall'età, dall'usura, da alcune condizioni cliniche e da una mancata prevenzione attraverso il movimento che sarebbe dovuta iniziare in età giovanile, non necessitano in realtà di interventi fisioterapici propriamente detti. Tuttavia il Medico di Medicina Generale, il più delle volte, è costretto ad inviare il proprio mutuato al medico fisiatra per intraprendere un ciclo di fisioterapia, in quanto non ha risposte alternative per i suoi pazienti che necessitano in realtà più di attività fisica guidata ed assistita che di fisioterapia.





È comprensibile come questa situazione, proprio a causa della mancanza di servizi di supporto, non possa che generare conseguenze negative al momento difficilmente ovviabili:

- sovraffollamento dei servizi di fisioterapia ospedaliera e ambulatoriale con penalizzazione dei trattamenti dei pazienti affetti da patologie conclamate e realmente bisognosi di interventi riabilitativi
- aumento di costi sanitari e spreco di risorse in cambio di interventi il più delle volte inefficaci e inappropriati
- incremento dello stato di malessere, di dolore e di altri disturbi riferiti dai pazienti
- ripetizione di cicli di interventi riabilitativi a causa dell'immediato ritorno ai disturbi originari in assenza di interventi di continuità e di mantenimento degli effetti ricevuti dalle cure al termine degli stessi, con conseguente aumento di sfiducia e probabile totale abbandono dell'attività fisica da parte del soggetto
- frustrazione delle figure sanitarie (dal medico di famiglia al fisiatra e al fisioterapista) costretti a richiedere e ad erogare cure non mirate ed il più delle volte inutili
- rischio da parte del soggetto anziano di cadere in balia di figure senza competenza e preparazione, spesso abusivi della professione del fisioterapista, che esercitano interventi inappropriati ma soprattutto potenzialmente lesivi nei confronti di soggetti a rischio.



A proposito si intende menzionare il protocollo di intesa fra i Medici di Medicina Generale e l'Associazione Italiana di Fisioterapia del Piemonte e Valle d'Aosta, consultabile sul sito www.aifi.net, che può essere d'aiuto al medico per segnalare al paziente stesso, anche se privatamente, un professionista realmente in possesso del titolo di studio di Fisioterapista.

Per porre rimedio a tale situazione occorrerebbe creare una rete fra i servizi di medicina riabilitativa ed i servizi extrasanitari ai quali affidarsi per compiere attività fisica in modo guidato ed adeguatamente monitorato.

Fra le proposte per "muoversi", oltre alla ginnastica dolce e adattata, se ne citano alcune, fra quelle note già a molti e da molti già sperimentate e considerate efficaci. Pratiche come lo Yoga o il Tai Chi ad esempio, possono migliorare l'equilibrio e la coordinazione motoria oltre ad agire positivamente sugli stati d'ansia.

#### Tai Chi

Tai Chi Chuan significa letteralmente "suprema arte di combattimento" ma si è trasformato nel corso dei secoli in una raffinata forma di esercizio per la salute ed il benessere anche se esistono alcune scuo-



le che continuano ad insegnarlo e esercitarlo come vero e proprio sistema di difesa.

La pratica del Tai Chi Chuan consiste principalmente nell'esecuzione di una serie di movimenti lenti e circolari che ricordano una danza silenziosa, ma che in realtà mimano la lotta con un opponente immaginario.

La pratica attenta e costante di queste tecniche, grazie alla loro morbidezza, alla circolarità e alla lentezza con cui vengono eseguiti, rende il corpo più agile e armonioso, migliora la postura ed ha un effetto benefico sul sistema nervoso e sulla circolazione.

## Yoga

La parola yoga significa unione. Unione fra corpo, mente e anima. Lo hata yoga è una forma di yoga basato su una serie di esercizi psico-fisici. Le posture Asanas stimolano la circolazione sanguigna e le tecniche respiratorie Pranayma aumentano l'apporto di ossigeno al corpo.

Gli effetti della pratica regolare dello hata yoga vanno dal miglioramento della flessibilità, della forza e dell'equilibrio alla riduzione dello stress, dell'ansia, dell'ipertensione e del sonno.



#### **Feldenkrais**

Il Metodo Feldenkrais è un sistema educativo basato sull'apprendimento ed usa il movimento come strumento per migliorare la propria capacità di imparare. Imparare non da un'autorità esterna, bensì da se stessi, dalla propria esperienza senso-motoria per accedere a una consapevolezza più piena.

Il Metodo permette di migliorare, o meglio ampliare, il modo di muoversi, dando maggiore armonia e scioltezza nelle articolazioni, diminuendo così tensioni muscolari e dolori, e permette una più efficace modalità di azione e di comportamento.

Il Metodo viene insegnato sia attraverso lezioni di gruppo guidate dalla voce dell'insegnante, sia lezioni individuali in cui è il tocco delle mani dell'insegnante a stabilire la comunicazione.

#### Canto

Il canto permette ad ogni essere umano di raggiungere uno stato di benessere ed equilibrio corporeo, psichico e spirituale. Vocalizzare ossigena il corpo, rende più profondo il respiro, rilassa i muscoli, stimola il flusso di energia, massaggia e armonizza l'intero corpo. In questo contesto, il canto viene inserito fra le attività fisiche perché cantare è anche muoversi e, se praticato in modo guidato ed esperto, richiede un'attività respiratoria di rilevante importanza.

## Alcune soluzioni in un'ottica di ergonomicità

Si ritiene che un approccio ergonomico agli interventi di promozione dell'attività fisica possa garantire maggiori possibilità di riuscita, innanzitutto perché l'argomento va affrontato in termini di problema sociale e non individuale e, proprio per questo motivo, si ritengono opportuni approcci multidisciplinari e multisettoriali. In questo senso l'ergonomia, occupandosi di human factors, www.sie.it, è in grado di creare rete fra le diverse discipline, competenze e professionalità di esperti.

A conforto di quanto appena espresso, si cita la Carta di Toronto per l'Attività Fisica come strumento di advocacy per sensibilizzare e unire i decisori a livello nazionale, regionale e locale, nei diversi settori: sanità, trasporti, ambiente, sport e tempo libero, istruzione e formazione, pianificazione urbanistica, amministrazione pubblica, società civile e settore privato.

Pertanto, solo attraverso la creazione di una rete coordinata e organizzata fra persone esperte nelle rispettive specificità, si ritiene possibile garantire in modo efficace un po' di "sano movimento" a tutti.

I mass media potrebbero offrire un importante contributo per sensibilizzare, già in ambito familiare, a favore della promozione del movimento. Come si sa, la TV ha un ascendente fortissimo su molte persone che trascorrono gran parte del tempo a casa propria. Perciò si ritiene che trasmissioni mirate potrebbero essere d'aiuto. Perché non ipotizzare, ad esempio, un'assistenza al movimento a cura di un esperto che, attraverso lo schermo televisivo, mostra gli esercizi come se fosse presente in quel momento a casa dell'assistito? L'ideale sarebbe una gestione organizzata, attraverso i canali socio-sanitari della città, con preliminare visita a domicilio degli anziani ed istruzione ai familiari/care-



giver sulle modalità di aiuto da offrire durante l'esecuzione dell'attività fisica in rete con altri utenti.

Riguardo le strutture e gli attrezzi, una più snella ed efficace comunicazione fra designer, architetti e utenza, favorirebbe senz'altro il rispetto di requisiti di accessibilità, sicurezza e appropriatezza e la conformità alle diverse tipologie di utenza.

A proposito, si propone l'apertura delle palestre delle RSA e di alcuni servizi di Fisioterapia in fasce orarie in cui non vengono utilizzate dai ricoverati, ai cittadini che non possono frequentare, soprattutto per i motivi già elencati, le palestre private esistenti sul territorio. Tale proposta offrirebbe una serie di vantaggi, dei quali, i principali verranno elencati nel paragrafo successivo.

Partendo da una efficace organizzazione, si potrebbe creare un servizio di trasporto comunale e di accompagnamento delle persone nelle palestre, anche con figure di volontari.

Ad esempio un servizio taxi per 3-4 persone, può essere di facile soluzione, soprattutto perché il Comune già riconosce servizi taxi gratuiti agli anziani con difficoltà.



Si ricordi che ci si sta riferendo a persone che non hanno gravi impedimenti fisici, perciò in grado di usufruire di un servizio taxi e che, per la maggior parte, gode di una propria pensione. Perciò un'adeguata integrazione delle spese da parte loro per i servizi extrasanitari, potrebbe essere ipotizzabile.

Il supporto di uno psicologo può essere di grande aiuto all'anziano in difficoltà perché si ritrova di fronte agli inevitabili cambiamenti causati dall'invecchiamento e non è in grado di accettarli.

Lo psicologo può inoltre essere di notevole aiuto nella ricerca di strategie efficaci durante il training di educazione e promozione relative all'attività fisica.

# Creazione di un modello di presa in carico riabilitativa secondo criteri ergonomici

Si è detto che l'offerta oggi esistente per permettere alla persona che invecchia, ma che è ancora in grado di muoversi autonomamente, di compiere del sano movimento non è adeguata, ma soprattutto non è organizzata.

Partendo dal presupposto che il SSN ha il dovere di offrire un servizio pubblico a tutte le persone che hanno necessità di cure, dichiarate tali dal medico, si deve trovare una soluzione per rispondere nel modo più adeguato possibile a tali richieste, in un'ottica di salvaguardia e contenimento delle spese ma anche in un'ottica di risposta in termini di interventi il più possibile efficaci.



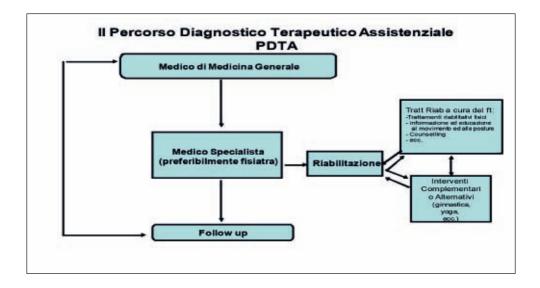
Si accennava nel paragrafo precedente alla possibilità di aprire agli anziani che necessitano di attività fisica sicura e monitorata, le palestre delle RSA, in primis, ma anche quelle di alcuni servizi di fisioterapia, durante le fasce orarie di non utilizzo da parte dei ricoverati.

Affinché tale proposta sia fattibile però, è importante l'aspetto organizzativo di tutte le fasi e di tutti i passaggi preliminari e seguenti l'ingresso del soggetto nel circuito della presa in carico ed in cura. Quindi un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) specifico e ben strutturato, con le seguenti fasi:

- 1. invio da parte del medico di medicina generale al medico specialista (preferibilmente medico fisiatra e della stessa struttura in cui viene erogato il servizio)
- 2. se il medico specialista ritiene che il potenziale paziente possa essere preso in carico all'interno della struttura, può decidere se indirizzarlo prima al fisioterapista per specifici interventi riabilitativi o direttamente alle diverse attività (ginnastica, yoga, ecc.) esistenti nella struttura, controllate, coordinate e gestite dal proprio servizio riabilitativo interno.

I vantaggi del PDTA proposto possono essere elencati come segue:

- 1. Il Paziente è al centro delle cure e si sente realmente preso in cura
- 2. La diagnosi e gli interventi vengono compiuti in modo corretto ed in tempi rapidi



- 3. L'affidamento a personale esperto (fisioterapisti, educatori fisici, istruttori qualificati) garantisce la qualità delle prestazioni e la sicurezza anche in termini di prevenzione da rischi di varia origine
- 4. Viene rispettata una razionalizzazione delle risorse anche in termini di costo-efficacia delle indagini diagnostiche e delle terapie
- 5. Il ciclo di cure e di assistenza alle attività avviene senza interruzioni, con monitoraggio continuo e verifica dei risultati vViene garantita la sicurezza e la tutela del soggetto
- 6. Viene garantita maggiormente una condivisione di pensieri, azioni e responsabilità fra tutte le figure professionali che prendono in carico il soggetto anziano
- 7. Risulta possibile far frequentare una palestra accessibile anche alle persone con qualche difficoltà, disabili ed alle persone disagiate socialmente
- 8. È possibile un contenimento dei costi relativi alla costruzione ed alla messa a norma di nuovi ambienti in quanto gli esistenti già lo sono.

#### Bibliografia e sitografia di riferimento

- AA.VV. Attività fisica nella terza età, Cortina ed, Milano, 2006.
- Bertozzi N., Vitali P., Binkin N., et al. (2005) Gruppo di lavoro Studio Argento. La qualità della vita nella popolazione anziana: indagine sulla percezione dello stato di salute in 11 regioni italiane (Studio Argento 2002). Igiene e Sanità Pubblica 61(6): 545-559.
- GATES S., FISHER J.D., COOKE M.W., ET AL. (2008) Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings:systematic review and meta-analysis. BMJ 19: 130-3.
- GARDNER M.M., ROBERTSON M.C., CAMPBELL A.J. (2000) Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. Br J Sports Med 34(1): 7-17.
- Gregg E.W., Pereira M.A., Caspersen C.J. (2000) Physical activity, falls and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. J Am Geriatr Soc 438:883-93.
- GILLESPIE L.D., GILLESPIE W.J., ROBERTSON M.C., ET AL. (2003) Interventions for preventing falls in elderlypeople. Cochrane Database Syst Rev (4).
- HACKNEY M.E., WOLF S.L. Impact of Tai Chi Chu'an practice on balance and mobility in olderadults: an integrative review of 20 year of research. J Geriatr Phys Ther. 2014 Jul-Sep;37(3): 127-35.
- JOHNSON J.K., LOUHIVUORI J., STEWART A.L., TOLVANEN A., ROSS L., ERA P. Quality of life (QOL) of older adult community choral singers in Finland.Int Psychogeriatr. 2013 Jul; 25(7): 1055-64. doi: 10.1017/S1041610213000422. Epub 2013 Apr 11.
- LI Y., Su Q., Guo H., Wu H., Du H., Yang G., Meng G., Li C., Nagatomi R., Niu K. J. Long-term Tai Chi training is related to depressive symptoms among Tai Chi practitioners Affect Disord. 2014 Dec 1; 169:36-9. doi: 10.1016/j.jad.2014.07.029. Epub 2014 Jul 31.
- RUBENSTEIN L.Z. 2006 Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age and Ageing 35-S2: ii37—ii41.
- WASHBURN R.A., SMITH K.W., JETTE A.M., ET AL. The physical activity scale for the elderly (PASE): development and evaluation J Clin Epidemiol 1993; 46(2): 153-62.

www.iss.it/esps

www.dors.it

www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/dwd/invecchiare.pdf

www.societadiergonomia.it

www.iuhpe.org

Health promotion glossary Oms, 1998

# GLI ESERCIZI FISICI A BASSO IMPATTO PER ADULTI ANZIANI

#### Antonella Palmisano

Nel mondo dell'attività fisica, indispensabile per crescere ed invecchiare in salute, l'offerta di proposte di metodiche e pratiche è varia ed ampia. Tuttavia, proprio per questo motivo, la scelta deve essere scrupolosa, mirata alla tipologia dei soggetti ai quali viene proposta, quindi attuata da figure professionali più che esperte.

Se ci si rivolge a persone anziane a basso e medio rischio, la scelta di esercizi fisici che si intende proporre, sempre e comunque previa accurata valutazione da parte di personale esperto, cade più facilmente su esercizi fisici a basso impatto.

Gli esercizi a basso impatto, cioè quelli in cui almeno uno dei piedi rimane a contatto con il suolo durante lo svolgimento, garantisce maggiore sicurezza e una moderata richiesta di sforzo al soggetto che li



compie. Pertanto risultano particolarmente indicati agli anziani, soprattutto se a rischio di cadute e con rigidità osteo-articolari.

Oltre alla sicurezza durante l'esecuzione dei movimenti, è importante rispettare i tempi dell'esecuzione stessa. Con l'età diminuiscono i tempi di reazione, perciò occorre che il conduttore sappia attendere le risposte alle richieste di movimento senza intervenire prima del necessario.

Inoltre, la perdita di controllo posturale, peggiorata dall'inevitabile ritorno alla posizione fetale in età senile, richiede un costante impegno e sforzo individuale per mantenere posizioni e posture adeguate per il più lungo arco di tempo possibile. Anche in questo caso, una pratica fisica attiva, attenta alla ricerca delle correzioni posturali, può essere d'aiuto al mantenimento del controllo posturale stesso. Anche in questo caso, però, le richieste da parte del conduttore devono essere compatibili con l'eventuale esistente deterioramento cognitivo del soggetto: ancora una volta si sottolinea l'importanza di un approccio integrato.

Fra le pratiche che propongono esercizi a basso impatto e lentezza nell'esecuzione, alle quali il mondo sanitario può attingere per rispondere alle esigenze di attività fisica non a scopi riabilitativi ma di mantenimento del movimento e del controllo posturale (vedi sopra il paragrafo su Fisioterapia gym o sport?), il Tai Chi Chuan (TCC) è ampiamente rappresentato.

Altre pratiche, come lo Yoga, possono essere altrettanto utili purché tutte queste pratiche, Tai Chi compreso, vengano condotte da personale esperto e preparato, in grado di individuare gli esercizi più indicati alla tipologia delle singole persone che li eseguiranno e di riconoscere i propri limiti quando le problematicità incontrate durante la pratica sono numerose e prevalentemente di origine sanitaria. Per fare un esempio, anche soltanto un episodio di lombalgia acuta riferita dal

soggetto che si appresta alla pratica fisica, deve far sorgere il dubbio sulla adeguatezza degli esercizi che si vanno a proporre.



## La pratica del Tai Chi Chuan (TCC)

Attraverso alcuni studi di seguito riportati, si vuole porre in risalto il fondamentale ruolo attribuito alla pratica del Tai Chi per il mantenimento/miglioramento della salute di adulti anziani e prevenzione da rischi di varia origine (cadute, conseguenze psico-fisiche relative all'inattività, ecc.) soprattutto in merito a specifici fattori:

- riduzione delle cadute
- prevenzione da patologie osteo-articolari
- aumento della forza fisica
- miglioramento dello stato d'umore
- miglioramento delle funzioni respiratore e cardio-circolatorie.

A sottolineare che la pratica del TCC ha effetti benefici scientificamente provati, in linea con la "Evidence-based Medicine" (EBM) citerò solo uno studio che ho personalmente seguito<sup>34</sup>. Il fine di questo

<sup>&</sup>lt;sup>34</sup> Li F., Harmer P., McAuley E., Duncan TE., Duncan SC., Chaumeton N., Fisher KJ. In Annals of Behavioral Medicine. 23(2): 139-46, 2001 Spring.



studio era quello di valutare se un programma semestrale di TCC poteva migliorare le limitazioni funzionali fisiche di soggetti anziani in buona salute, ma fisicamente inattivi.

Vennero presi in esame 94 membri volontari di una comunità in in un'età compresa fra i 65 e i 96 anni.

I partecipanti furono assegnati casualmente sia al gruppo semestrale di TCC (n = 49), che si esercitava due volte alla settimana per un'ora, sia ad un gruppo di controllo (n = 45) che non praticava tale attività. Venne usata una scala a sei item sulle condizioni fisiche soggettive per accertare il livello di difficoltà funzionali causate da problemi di salute, quindi, per valutare i cambiamenti delle limitazioni fisiche funzionali come risultato del programma di esercizio del TCC.

I risultati indicano che, rispetto al gruppo di controllo, i partecipanti del TCC hanno avuto miglioramenti significativi in tutte le funzioni fisiche alla fine del corso semestrale.

Inoltre, il gruppo sperimentale ha avuto il 65% di miglioramento su tutte le 6 misure dello stato funzionale che andavano da attività giornaliere come camminare, sollevare oggetti, ecc., fino al compiere attività moderatamente impegnative come la corsa.

La conclusione dello studio, quindi, è che un programma semestrale di TCC risulta efficace nel migliorare lo stato di salute in soggetti anziani inattivi. Il TCC ha le potenzialità per essere un mezzo efficace a basso costo per migliorare la qualità della vita nelle persone anziane. Un altro interessante studio che supporta con EBM l'utilità del TCC è quello di Hong et Al, incentrato su "Equilibrio, flessibilità e funzione cardio-respiratoria nei praticanti anziani di TCC" 35.

Obiettivo dello studio è stato quello di verificare i benefici effetti della pratica del Tai Chi sulle condizioni fisiche e sulla sostanziale riduzione del rischio di cadute multiple.

In questo studio sono stati reclutati, per formare il gruppo di TCC, 28 maschi praticanti il TCC con una età media di 67.5 anni e 13.2 anni di esperienza di pratica del TCC. Altri 30 uomini sedentari di 66.2 anni sono stati selezionati per formare un gruppo di controllo sovrapponibile a quello oggetto dello studio in ogni altra variabile. Le misura-

<sup>&</sup>lt;sup>35</sup> Hong Y. Li JX. Robinson PD. Su British Journal of Sports Medicine. 34 (1): 29-34, 2000 feb.

zioni hanno incluso la frequenza cardiaca a riposo, il mantenimento della posizione su una gamba sola ad occhi chiusi, un test che misura la capacità di rotazione dell'intero corpo (sinistra e destra) e 3 minuti di step test.

In confronto al gruppo sedentario, il gruppo di TCC ha ottenuto punteggi decisamente migliori in tutti i test evidenziati prima. Si è concluso che la pratica regolare e costante del TCC a lungo termine ha effetti favorevoli sul controllo dell'equilibrio, sulla flessibilità dell'intero corpo e sulla salute dell'apparato cardio-vascolare negli adulti più anziani.

Cito infine uno studio che ha evidenziato gli "Effetti fisiologici di lunga durata dell'esercizio e dell'esercizio associato a strategie cognitive"<sup>36</sup>.

In questo studio sono stati valutati i cambiamenti fisiologici associati a programmi di esercizio fisico di moderata e bassa intensità della durata di 16 settimane. I soggetti erano sedentari adulti in buona salute, 69 donne (età media di  $54.8 \pm 8.3$  anni) e 66 uomini (età media  $50.6 \pm 8$  anni), che sono stati assegnati in modo casuale ad un gruppo di controllo (C), ad un gruppo di walking ad intensità moderata (MW), ad un gruppo di walking a bassa intensità (LW), ad un gruppo di walking a bassa intensità più rilassamento (LWR) e ad un gruppo di pratica di TCC, (esercizio che coinvolge la mente ME).

Le donne nel ME gruppo hanno sperimentato riduzione dei disturbi dell'umore statisticamente significativi o altamente significativi (tensione, P < 0.01; depressione, P < 0.05; irascibilità, P < 0.008; confusione, P < 0.02; disturbi totali dell'umore, P < 0.006) oltre ad un miglioramento dell'umore generale (P < 0.04). Le donne del gruppo MW hanno notato un rapporto più soddisfacente con il proprio corpo, mentre gli uomini del gruppo MW hanno riportato un buon incremento dell'affettività (P < 0.006). Nessun'altra differenza è stata evidenziata tra i due gruppi nella valutazione dell'umore, autostima, personalità, e soddisfazione generale della vita.

<sup>&</sup>lt;sup>36</sup> Brown DR., Wang Y., Ward A., Ebbeling CB., Fortlage, L., Puleo E., Benson H., Rippe JM. Su Medicine & Science in Sports & Exercise. 27(5): 765-75, 1995 May. 22.

In conclusione, viene fornito un supporto all'ipotesi che programmi di esercizio associato a strategie cognitive producano maggiore effetto nel promuovere benefici fisiologici rispetto a programmi che non prevedano queste ultime.

#### Le 10 regole del Tai Chi Chuan

- 1. Essere vuoti, avere la mente pronta e l'energia alla sommità del capo
- 2. Tenere rientrato il petto e stirare la schiena
- 3. Rilassare la vita, la guida di tutto il corpo
- 4. Distinguere il vuoto e il pieno
- 5. Abbassare le spalle e far scendere i gomiti
- 6. Accordare la parte superiore con quella inferiore
- 7. Usare il pensiero e non la forza muscolare
- 8. Accordare la parte superiore con quella inferiore
- 9. Unire la parte esterna con quella interna
- 10. Continuità e nessuna interruzione

# IL THAI CHI DI PAUL LAM

(da una intervista di Dario Bracco)

Paul Lam e un medico ed è anche maestro di Tai Chi. I suoi studi sulle applicazioni del Tai Chi in riabilitazione sono noti in tutto il mondo e le sue "scuole" si stanno diffondendo rapidamente. Dall'Australia all'Europa.

Abbiamo incontrato il prof. Paul Lam in occasione della ASA Convention di San Diego 2014. La sua relazione al congresso ha interessato moltissime persone ed il suo invito a provare gli esercizi da lui selezionati e modificati per finalità riabilitative, è stato accettato da molti. Durante un colloquio ci ha ricordato che il Tai Chi è nato in Cina, é basato sulle leggi della Natura e consente di migliorare lo





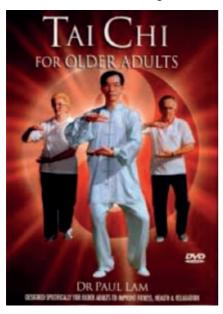
stato di salute e benessere con conseguente aumento della qualità della vita.

Gli esercizi selezionati ed elaborati da Paul Lam possono essere eseguiti in qualsiasi luogo, all'aperto o al coperto, non necessitano di attrezzature e sono accessibili a tutti anche a chi ha problemi di motilità. Ma anche chi non può eseguire perfettamente gli esercizi riceve un miglioramento delle proprie capacità purché riesca a capirli ed a memorizzarli.

Subito ci ha trasferito un senso di fiducia nelle capacità di chiunque di riuscire nel Tai Chi e ci ha invitato a partecipare l'indomani, alle 6,30 del mattino, ad una "seduta" dimostrativa che ha condotto personalmente con l'aiuto di due assistenti. Il programma è tratto dai suoi corsi di Tai Chi per la riduzione del dolore articolare ed il miglioramento dell'equilibrio, entrambi particolarmente utili alle persone anziane.

Subito ha informato i partecipanti su sicurezza e comfort degli esercizi da eseguire. Una lezione può durare un'ora o mezza, ma ognuno può fermarsi quando vuole se si sente stanco o se si è ridotta la sua concentrazione o semplicemente si è stufato...

Ascoltare il proprio corpo è essenziale. L'importante è avere imparato i movimenti eseguiti sin a quel momento per poterli ripetere i giorni successivi. Poi si può continuare con nuovi movimenti. Nessuna



fretta, nessun traguardo se non il sentirsi bene, liberi, cioè più flessibili e più sicuri. Non bisogna mai superare i propri limiti. Per questi motivi ogni seduta di esercizi inizia con dei movimenti di rilassamento e stretching, per sintonizzarsi col proprio corpo e la propria attenzione.

Il prof. Lam collabora con molti centri medici che hanno deciso di utilizzare le tecniche Tai Chi, elaborate da lui, per i loro pazienti.

Essenzialmente i risultati ottenuti sono la riduzione del dolore articolare, l'aumento della mobilità e dell'equilibrio. Risultati confermati anche dall'Arthritis Foundation americana. Con queste tecniche si ottengono anche miglioramenti di tipo psicologico come l'aumento dell'autostima dovuto al miglioramento della sicurezza e conseguente riduzione del rischio di depressione. E una migliore qualità di vita!

Ciò ha dato impulso al diffondersi di questi esercizi e di conseguenza ai corsi per operatori di Tai Chi. Per esempio, in Usa (Colorado), la dottoressa Pam Kircher è Master Trainer of Tai Chi for Health Programs, ma anche in altri Paesi questi esercizi rivisitati da Paul Lam stanno diffondendosi, dalla Corea del sud alla Nuova Zelanda, all'Australia. Esiste un consenso unanime sulla utilità e sui vantaggi di questa pratica: è facile da imparare, può essere eseguita anche a casa, non necessita di attrezzi o locali particolari (può essere praticata all'aperto), non vi sono impedimenti di nessun genere e non è costosa.

Abbiamo chiesto al prof. Lam se ritiene utile l'inserimento del Tai Chi nelle strutture residenziali per anziani e il maestro ha esaltato questa possibilità sottolineando l'aspetto socializzante ed aggregante del Tai Chi. Ancora una domanda: questo Tai Chi è diverso da quello tradizionale? Lam risponde: "Assolutamente no! Sono soltanto stati evitati i movimenti più difficoltosi ed elaborati quelli che servono ad aumentare la sicurezza, l'autonomia ed il rilassamento del paziente, condizioni che sono apprezzate per tutte le altre attività quotidiane di una persona

Dal punto di vista scientifico è dimostrato che questi esercizi migliorano il tono muscolare e conseguentemente la forza del soggetto e la protezione delle articolazioni; la flessibilità con riduzione del dolore e relativo aumento della possibilità di esercitarsi maggiormente. Anche l'attività cardiaca e respiratoria ne ha giova-

anziana, ovunque viva".



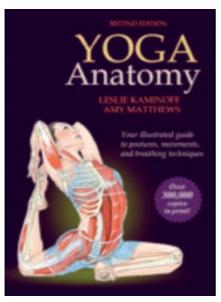
mento. Secondariamente la pratica del Tai Chi consente un benefico rilassamento, non solo fisico ma interiore: il piacere, insomma, di stare con se stessi. Se mettiamo a confronto il Tai Chi con gli esercizi deambulatori come il jogging, la marcia nordica o semplicemente il camminare, si rileva che il Tai Chi è un esercizio più completo, meglio dosabile e praticabile in qualsiasi luogo e con qualsiasi clima. Senza porre limitazione alla salutare deambulazione! Anche le persone diversamente abili possono praticare il Tai Chi eseguendo gli esercizi da seduti, su di un sedile o direttamente dalla sedia a ruote.

# "THE YOGA ANATOMY" CON LESLIE KAMINOFF

(da una intervista di Dario Bracco)

Se si desidera collegare con un linguaggio scientifico l'apprendimento delle tecniche Yoga, se, in particolare, si vuole utilizzare l'Anatomia Umana e renderla accessibile e interessante per gli studenti ...Se siete pronti a dare nuova ispirazione al vostro insegnamento ...

Yoga Anatomy può essere uno strumento efficace ed esaltante le



abilità della materia e di chi l'insegna. Yoga Anatomy fino a poco tempo fa era disponibile solo per gli studenti di New York City; ora è possibile iscriversi a questo corso intensivo – disponibile online – con l'autore Leslie Kaminoff, educatore Yoga di fama mondiale.

Lo Yoga non va ridotto alla realizzazione delle varie posizioni. Si tratta di rivedere certe posture del corpo chiamate in causa da problemi o disfunzioni fisiche o psichiche; schemi corporei abituali sin dall'infanzia, o conseguenti a situazioni particolari di vita o di lavoro. Potrebbe essere una difficoltà respiratoria o anche lo sforzo impiegato per ottenere il senso di libertà ricercato.

Una volta che si è sul proprio tappeto l'insegnante deve riuscire ad aiutare, a guidare gli studenti a trovare la propria posizione che è segno di libertà, riducendo al minimo il rischio di lesioni. La stragrande maggioranza delle lesioni yoga non vengono segnalate.

Questo non deve più succedere nelle "classi". L'unico studio completo sulle lesioni yoga, fatto dal IAYT,



Garudasana

cita i due più grandi responsabili di lesioni yoga: lo "sforzo eccessivo degli studenti" e la "formazione inadeguata degli insegnanti," entrambe le cause possono ridursi od eliminarsi con i corsi Yoga Anatomy. A volte il danno deriva da un fisico non adeguato, o da istruzione inadatta per il corpo dello studente. In altri casi possono essere gli studenti a sbagliare. In queste occasioni lo studente normalmente interrompe il corso e non frequenta più.

È necessario ricordare che un Corso Yoga dura normalmente 200 ore, ma al termine dello Yoga è stata appena scalfita la superficie di ciò che c'è da imparare. Chi si sentirà confuso dimostrerà un buon livello di chiarezza di apprendimento! La necessità di un maggiore apprendimento non è quindi una cosa negativa. Le opportunità di formazione continua in Yoga sono disponibili ovunque e chi vuole distinguersi lo vorrà e lo amerà di più, dimostrando di amare lo Yoga stesso.

Coloro che riescono ad abbracciare questo modus operandi potranno:

- Preparare nuovi corsi di aggiornamento o specializzazione
- Promuovere e divulgare questi corsi
- Inserire nei corsi lo studio su infortuni e controindicazioni per gli studenti
- Organizzare metodi e regole per il mantenimento della Formazione (Formazione Continua, Crediti ECM, rapporti con la Yoga Alliance)

- Organizzare studi e seminari per gli aspetti organizzativi e finanziari della professione
- Trovare il tempo per la propria pratica personale.

Quando l'allievo è pronto, appare il maestro...

Chi è Leslie Kaminoff? Quando Leslie era un giovane insegnante di yoga alle prese con tutti i problemi accennati sopra, è stato incuriosito da qualcosa che aveva sentito dire da TKV Desikachar: "È tutto nel respiro." Leslie già si considerava "The Guy Breath" e insegnava yoga anatomia e fiato per futuri insegnanti su base regolare.

Aveva già insegnato yoga per 9 anni ma, alle parole di Desikachar, si iscrisse subito al suo laboratorio. Desikachar lo fece lavorare per 6 mesi, mettendo in discussione tutto quello che pensava di sapere sullo yoga e il respiro, e lo formò rendendolo esperto e famoso come è oggi... Leslie Kaminoff è autore del # 1 best-seller Yoga "Yoga Anatomy".

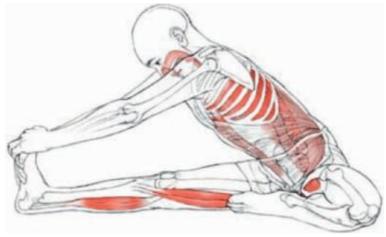
Avere avuto come mentore Desikachar ha cambiato la sua vita come lui cambia quella dei suoi studenti che si ispirano e riescono a trovare le proprie risposte, esplorando le loro proprie esperienze.

Oggi Kaminoff è uno dei più rinomati educatori di yoga al mondo, ha aiutato gli insegnanti e gli operatori di yoga, danza, pylates, e terapia somatica a:

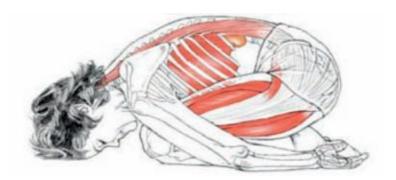
- migliorare il loro insegnamento,
- migliorare le loro pratiche personali,
- mantenere aggiornati più studenti.



Bakasana-trio-ne



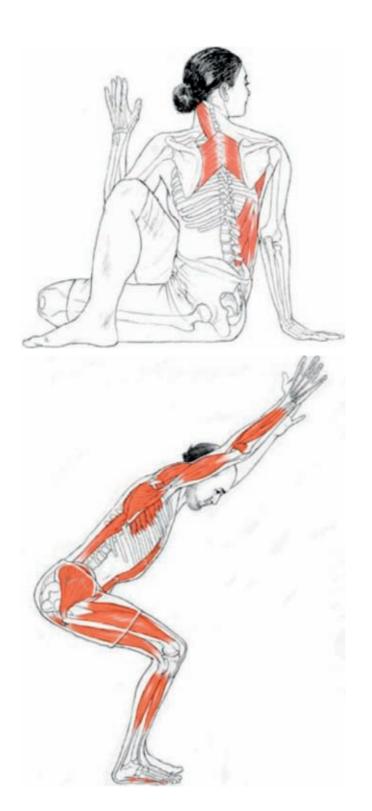
mahamudra new



child-pose news

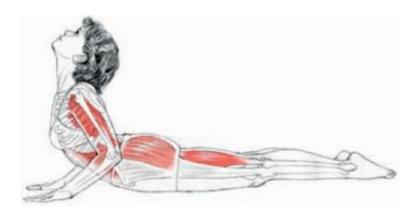


Navasana

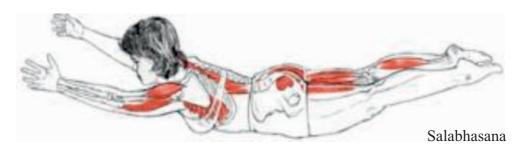


ArdoMastyendras

Utkatasana



Bhujangasana





Vasistasana

# ANZIANI E FITNESS, NON SOLO IN PALESTRA

Silvia Bracco Architetto, docente ai corsi di perfezionamento del Politecnico di Torino

### Introduzione

"Noi non si smette di giocare perché si invecchia; si invecchia perché si smette di giocare" (George Bernard Shaw)

L'invecchiamento della popolazione e le sfide ad esso associate sono un tema importante, ormai a livello mondiale. Già da alcuni anni è stato riconosciuto il ruolo fondamentale dell'esercizio fisico per un invecchiamento attivo, ovvero un invecchiamento che, come sottolineato nel 2012 che ha celebrato l'"Anno europeo dell'invecchiamento attivo", deve essere finalizzato a:

- invecchiare in buona salute
- partecipare appieno alla vita della collettività
- sentirsi più realizzati nel lavoro

L'obiettivo è il raggiungimento di una maggiore autonomia nella vita quotidiana ed una maggiore partecipazione alla vita sociale. Che la salute diminuisca con l'avanzare dell'età è un fatto. Disponiamo però di molte risorse per rallentare questo fenomeno naturale: invecchiare

attivamente consente anche un maggiore controllo e conservazione della nostra vita, più durevole e di migliore qualità.

Con queste finalità l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha istituito l'OMS Global Network delle Città e dei Comuni Age-friendly.

Uno stile di vita attento alla salute ha un impatto determinante sul benessere e sulla qualità di vita a tutte le età ma in particolar modo nell'età anziana. Numerosi studi medici hanno dimostrato che l'esercizio fisico rappresenta una componente determinante per il mantenimento dello stato fisico e per il benessere dell'età anziana.

Alla luce del significativo invecchiamento della popolazione (in Italia gli over 65 sono più del 22% della popolazione totale con previsione di ulteriore aumento entro il 2020) diventa di fondamentale importanza promuovere l'esercizio fisico tra gli anziani, non solo all'interno dei presidi socio-sanitari ed assistenziali ma anche e soprattutto a livello di municipalità.

Semplici interventi finalizzati alla realizzazione di parchi attrezzati per gli anziani potrebbero diventare anche mezzi per prevenire alcune patologie ed allo stesso tempo favorire le relazioni sociali. Costruire un parco per gli anziani è anche un modo di costruire un ambiente Age friendly che meglio soddisfa le loro esigenze.

Sia in Europa che in Asia sono già stati promossi e realizzati dei progetti pilota di percorsi fitness per anziani, attivati dalle amministrazioni pubbliche unitamente a federazioni sportive ed anche università, proprio per valutare in modo accademico gli effetti di tali percorsi sulla salute. In Italia alcuni comuni stanno allestendo degli spazi attrezzati per invitare ed incentivare gli anziani alla attività fisica. Anche le associazioni di anzianato favoriscono questa attività. L'esempio più eclatante viene dai Paesi orientali dove in apposite piazzuole di vedono ovunque anziani alle prese con il Tai Chi!

# Obiettivi del percorso fitness

Un percorso fitness è dunque uno spazio esterno progettato ed attrezzato per lo svolgimento di attività fisiche di vario livello. Per spiegare l'utilizzo delle attrezzature vengono inseriti dei pannelli informatori e ad orari prestabiliti la presenza di un istruttore che spieghi le modalità d'uso di tali attrezzature e supervisioni lo svolgimento dell'esercizio fisico.

Esistono differenti tipi di percorsi fitness:

- Per adulti: sono attrezzati con apparecchiature a "bassa soglia", invitanti e di facile utilizzo, che servono principalmente per migliorare mobilità coordinazione e resistenza;
- Per atleti: attrezzati con apparecchiature che richiedono un elevato livello di sportività ed allenamento, solitamente gestiti da gruppi sportivi coordinati da un allenatore;
- Per famiglie: sono dotati di attrezzature che consentono sia agli adulti che ai bambini di poter trascorrere del tempo insieme, unendo arredi gioco ed attrezzature per lo svolgimento di esercizi fisici.

In alcuni progetti sono stati realizzati dei percorsi misti, ma i progetti pilota hanno rivelato che gli anziani preferiscono disporre di un percorso a loro dedicato.

Il principale obiettivo di un percorso fitness per anziani è il potenziamento della massa muscolare e dell'equilibrio fisico: è insita nell'invecchiamento una perdita di fibre muscolari fino al 40% con conseguente riduzione della massa e della forza muscolare che, spesso, si traduce in perdita di fiducia nelle proprie capacità fisiche e quindi anche perdita di fiducia in se stessi. La conseguenza è la costante riduzione nella quotidianità delle attività fisiche di qualunque tipo (anche il semplice camminare).

Uno studio svolto dal Dipartimento di Scienze Umane e Psicologiche dell'Università di Darmstadt, effettuato su un gruppo di circa 100 anziani ultra 68enni, ha rivelato che la regolare frequentazione di un percorso fitness ha migliorato:

- abilità fisiche (camminare, salire le scale, piegarsi...),
- capacità di svolgere attività fisiche (le attività della vita quotidiana),
- percezione generale della salute e ridotto i dolori fisici.

Lo studio ha soprattutto evidenziato la valenza sociale di questi percorsi e come ci siano stati miglioramenti notevoli soprattutto sulla vitalità, salute mentale, socialità ed emotività (depressione, ansia, capacità di controllo).

# Progettazione ed organizzazione

La localizzazione più idonea di un percorso fitness per anziani è al centro delle città e/o dei quartieri, all'interno delle aree verdi e dei parchi urbani già esistenti. In alternativa possono essere realizzati percorsi

fitness per anziani nelle aree verdi delle strutture socio-sanitarie: tali percorsi dovrebbero essere aperti anche ad utenti esterni, in tal modo offrirebbero il duplice vantaggio di creare nuove relazioni sociali tra ospiti delle strutture e cittadini e di poter disporre di un/a fisioterapista che supervisioni ed illustri l'utilizzo delle attrezzature. I principali fattori da considerare per la localizzazione di un percorso sono:

- La distanza dalle aree urbane.
- L'accessibilità con i mezzi pubblici in quanto la distanza percorribile a piedi da un anziano non può essere elevata.
- La fruibilità del parco (accessibilità ed assenza di barriere architettoniche).
- La rumorosità.
- I livelli d'inquinamento.
- Le essenze presenti e quelle possibili da piantare.

Il posizionamento del percorso all'interno del parco è di fondamentale importanza in quanto da questo elemento dipende l'effettivo utilizzo del percorso stesso. Il percorso non deve essere al centro del parco, in una posizione visibile a tutti, in quanto creerebbe situazioni di disagio emotivo e ne inibirebbe il desiderio di utilizzarlo. Al contempo l'area non deve essere in posizione troppo periferica e buia, perché potrebbe creare situazioni di insicurezza e paura.

Ottimale è la collocazione in parchi normalmente frequentati da famiglie e bambini ed all'interno dei quali siano presenti servizi igienici, bar, chioschi ecc. costantemente in uso; in una posizione laterale, visibile ma ad esempio filtrata da cortine verdi.

Ulteriore requisito da soddisfare è l'ombreggiamento dell'area, in quanto i percorsi saranno utilizzati prevalentemente durante la stagione estiva, ed un'efficace illuminazione artificiale che aumenta il senso di sicurezza.

Precedenti indagini svolte dall'università di RheinMain hanno appurato che il numero di utenti dipende dalla posizioni dei sentieri e dalla scelta delle attrezzature.

Oltre alle attrezzature vere e proprie è di fondamentale importanza la presenza di aree di sosta, adeguatamente attrezzate: la sola presenza di tali aree diventa un'attrazione del parco ed un primo passo verso l'utilizzo delle attrezzature per l'esercizio fisico vero e proprio.

Alcune aziende hanno già disponibili nei loro cataloghi arredi urbani specificatamente progettati per utenti anziani: ad esempio panche con braccioli e seduta ad altezza adeguata per facilitare la seduta e l'alzata, poggiatesta.

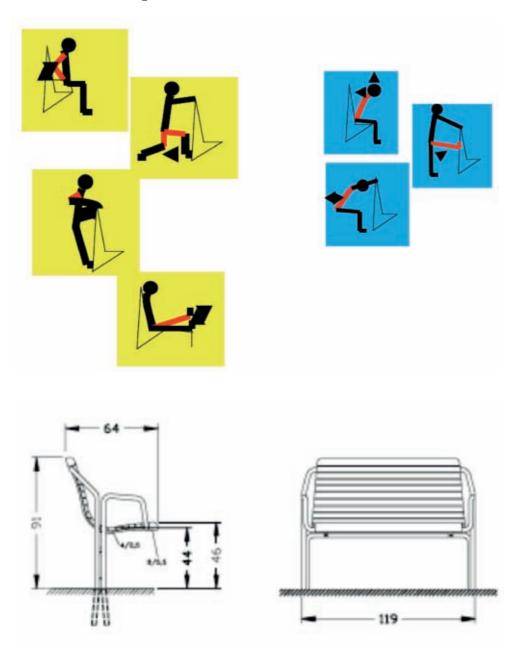


PANCA ALL-EUROFORM W L'inclinazione della seduta facilita l'alzata, permette di sedersi appoggiando le gambe in posizione leggermente rialzata per un completo rilassamento.

Questa panchina può anche essere utilizzata per esercizi fisici di allungamento e mobilità articolare e per esercizi di potenziamento della forza come descritto nella figura successiva.



# Elemento mobile per la mobilizzazione delle mani



PANCA contour s $\mathbb{C} - EUROFORM W$  Presenta uno schienale più eretto, sedile rialzato per agevolare l'alzata, braccioli per una presa sicura

In prossimità delle aree di sosta e/o del percorso devono essere disponibili dei servizi igienici, opportunamente attrezzati degli ausili necessari per garantirne un utilizzo da parte dell'utenza in completa sicurezza.

#### Scelta ed uso delle attrezzature

La definizione del target cui si rivolge il percorso è fondamentale sia per la selezione delle attrezzature che per assicurarne un effettivo utilizzo, per questo è sempre preferibile progettare dei percorsi non multigenerazionali ma specificatamente dedicati ad anziani o bambini o atleti.

La selezione delle apparecchiature dovrà essere effettuata previo consulto con specialisti quali fisioterapisti, geriatri, fisiatri.

Affinchè il percorso non risulti noioso deve essere garantita una certa varietà di attrezzature (almeno 5-6), di cui alcune di uso individuale ed altre che possano essere utilizzate da due o più persone e quindi promuovano le relazioni sociali. Per gli anziani che vivono da soli, trascorrere del tempo all'aria aperta è anche occasione per incontrare altre persone e coetanei.

- È importante anche l'inserimento di attrezzature per il rilassamento dei muscoli da utilizzare al termine della sessione di allenamento.
- Per ciascuna apparecchiatura sarà necessario valutare.
- Le modalità di posa e fissaggio.
- La necessità di inserire pavimentazioni antitrauma.
- La distanza da rispettare rispetto alle altre macchine.
- I materiali con cui sono realizzate: il materiale preferibile è l'acciaio inossidabile, che garantisce una lunga durata del prodotto.
- I costi di funzionamento e manutenzione.
- La protezione contro atti di vandalismo.
- Le caratteristiche igieniche della superficie.

Per un uso corretto degli attrezzi è di fondamentale importanza la SEGNALETICA. La segnaletica non dovrebbe solo illustrare le modalità d'uso delle attrezzature ma anche essere motivante, ad esempio inserendo dei percorsi graduali di allenamento, inclusi quelli di approccio all'area fitness che possono, da soli, essere oggetti di deambulazione o vere camminate. Ad esempio utilizzando i bastoncini l'esercizio

diventa "camminata nordica" a significare la possibilità di eseguirlo anche in stagioni fredde.

Considerato il target cui sono rivolti questi percorsi la dimensione delle scritte e delle immagini deve essere adeguata, chiaramente leggibile e con caratteri e colori di facile lettura.

Molto utile sarebbe la presenza di un istruttore. L'insicurezza e la motivazione degli anziani, oltre all'effettivo corretto utilizzo delle attrezzature, ne trarrebbero enorme vantaggio. La quantità di associazioni di volontariato che si rivolgono agli anziani, in città le Circoscrizioni, potranno facilmente trovare questo sostegno.

Soprattutto nelle fasi iniziali la sola realizzazione di un percorso fitness per anziani non ne assicura l'utilizzo, occorre motivare soprattutto coloro che non svolgono alcun tipo di attività fisica o non hanno mai svolto alcun tipo di ginnastica ed educarli ad un costante svolgimento di esercizi fisici: la costanza assicurerà un concreto beneficio sulla salute, ben percepibile dalle persone che attiveranno un circolo virtuoso partecipando più assiduamente ed in maggior numero.

Superata la fase iniziale e presa consapevolezza non solo del beneficio fisico ma anche psicologico (l'orgoglio per i progressi fatti, il divertimento, ecc.) il percorso potrà essere utilizzato anche in autonomia.

## Esempi di attrezzature

SENIOR PARK DITTA LAPPSET: questa azienda finlandese ha già realizzato più di un migliaio di parchi per gli anziani in 23 Paesi in tutto il mondo (in Asia, Australia ed Europa). La gamma di prodotti è stata sviluppata in stretta collaborazione con professionisti dell'esercizio fisico ed offre attrezzature per esercitare il corpo e la mente, contribuendo a mantenere le competenze necessarie per far fronte alle attività quotidiane.

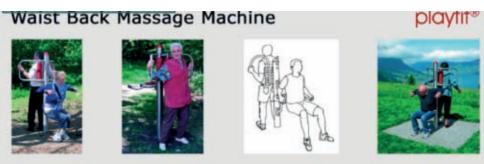
Oltre alle singole attrezzature sono già previsti dei vari e propri "parchi", di dimensione variabile da 700x700 cm a 2500x2500 circa, all'interno dei quali sono disposte una serie di attrezzature in numero variabile a seconda della dimensione dell'area.



## **PLAYFIT®**

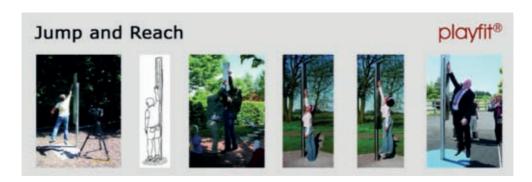
Il percorso fitness ideato dall'azienda tedesca PLAYFIT® è stato oggetto di uno studio universitario nella regione tedesca della Hesse, in particolare è stato eseguito uno studio realizzato sul percorso benessere situato nei giardini del Castello della città di Hanau.







Le attrezzature disponibili combinano esercizi e massaggi, senza alcuno stress o sforzo; alcuni tipi di attrezzatura consentono di massaggiare gambe e braccia, schiena e palmi delle mani. La ruota è finalizzata alla mobilizzazione delle spalle ed allo stretching della parte superiore del tronco. La rotazione richiede altresì coordinamento ed equilibrio. Consente di esercitare tutto il corpo, le braccia spingono e tirano rafforzando la muscolatura di braccia, petto e spalle. Il movimento delle gambe ne rafforza i muscoli, dai piedi alla zona pelvica. Il movimento alternato destra - sinistra migliora la coordinazione. Il massaggio della schiena migliora la circolazione e rilassa i muscoli







della schiena e delle anche. La barra verticale massaggia la parte superiore delle spalle e, a seconda della rotazione sul lato, anche la parte superiore delle braccia. La barra orizzontale massaggia la parte più bassa della schiena e rafforza la muscolatura delle gambe.

La rotazione del corpo, sia da posizione seduta che da in piedi, favorisce la mobilità della colonna, rilassa, allunga e rafforza la schiena, le anche, i glutei. L'esercizio svolto da in piedi allena l'equilibrio. È disponibile anche doppio per poter essere utilizzato contemporaneamente da due persone.

Il movimento rotatorio allena la mobilità delle spalle e del busto, delle braccia e delle mani. Facendo una leggera pressione sulla ruota in palmi delle mani sono massaggiati. Il movimento rotatorio in diverse direzione rinforza l'equilibrio e la coordinazione.

La piccola ma veloce rotazione delle ruote mobilizza i polsi, i gomiti e la cintura scapolare. Le braccia vengono messe sotto tensione ed allo stesso tempo il palmo della mano viene massaggiato. Stimola la circolazione. La gamba d'appoggio si rinforza e l'altra gamba di rilassa con l'azione nastro massaggiatore.

In piedi il corpo raggiunge l'estensione massima. L'allenamento nel salto allena la flessibilità e la dinamicità di gambe e cosce. L' interazione di input visuali e capacità motorie aiuta la coordinazione. La massima concentrazione nel salto ha come obiettivo il raggiungimento della massima estensione corporea, allenando l'equilibrio durante l'atterraggio.

#### WALKER

Rafforza I muscoli delle gambe e migliora la mobilità della parte inferiore della schiena e l'area pelvica frontale. In aggiunta vengono allenati il senso di equilibrio e la coordinazione destra-sinistra grazie al movimento pendolare. Aumenta la resistenza.

#### AREA TERZA

Questa azienda italiana ha ideato percorsi forniti di attrezzi appositamente studiati per l'attività fisica degli anziani che desiderano mantenersi in forma con semplici esercizi. Le più recenti realizzazioni sono inserite all'interno di le case di cura che hanno deciso di offrire ai loro ospiti la possibilità di socializzare utilizzando attivamente il loro tempo, stimolando le potenzialità psichiche e fisiche dell'anziano e utilizzando al meglio tutto lo spazio disponibile della struttura.

Di seguito alcune delle attrezzature proposte:

- Struttura verticale con scalette per mani. Composta da due scalette di diversi formati. Esercizi utile a livello articolare. Percorrendo le scalette si eseguono semplici movimenti che sollecitano le articolazioni e la mobilità dell'arto superiore.



- Struttura verticale con volante e manopola: consente l'esecuzione di un doppio esercizio utile a livello articolare e muscolare. Impugnando la manopola frontale si eseguono semplici movimenti di rotazione che sollecitano l'articolazione del gomito e la mobilità della spalla.

- Struttura verticale con semicurva sinistra/destra e impugnatura doppia: composta da due giochi interattivi. La semicurva per la circonduzione della spalla sinistra e l'impugnatura doppia con manopole laterali per rotazione degli avambracci.







- Struttura verticale con spirale: per sollecitare la mobilità della spalla e del polso, impugnando il manubrio si esegue un movimento complesso che coinvolge contemporaneamente polso, avambraccio e spalla.



- Postazione singola o doppia con pedali: sedute fornite di pedaliere per l'esercizio prolungato delle gambe.
- Struttura verticale con curva e leva singola: consente di eseguire un doppio esercizio per l'articolazione del gomito e della spalla. La curva sollecita il polso, mentre la leva stimola i muscoli dell'avambraccio.
- Struttura verticale con squat e leva frontale.

- Passerella ad ostacoli: per l'esercizio degli arti inferiori, con ostacoli orizzontali per esercizi di deambulazione. Aiuta a mantenere attiva la percezione spaziale, il controllo sull'equilibrio, la capacità di superare possibili piccoli ostacoli durante il cammino.

Vicenza - Percorso nell'Opera Pia Raggio di Sole di Vicenza realizzato da Areaterza.





## Progetti pilota Hanau e Darmstadt

Il Landessportbund Hessen (Land Assia Sport Association) ha realizzato alcuni percorsi vita per gli anziani in luoghi facilmente accessibili, progettandoli come estensione delle infrastrutture per lo sport e l'esercizio fisico, unitamente ad alcuni gruppi sportivi, per assicurare che personal trainer siano a disposizione per offrire consigli su come utilizzare i percorsi vita.

La finalità principale di questo progetto era la prevenzione contro le condizioni legate all'età e alle più disabilitanti malattie croniche comuni come cardiopatie e diabete. Tali malattie sono, infatti, nell'Hesse le più significative e, in termini di conseguenze sociali, molto costose.

Per questo motivo, il governo dello Stato dell'Assia ha pubblicato il programma di promozione della salute, Healthy Living - Staying Healthy", nel quadro della strategia di sostenibilità. Esso deve promuovere la prevenzione nelle diverse fasi della vita per mezzo di progetti e programmi coordinati. I sentieri di fitness per gli anziani sono una componente di questo pacchetto di misure.

Hanau, insieme a Darmstadt, è una delle due città pilota dell'Assia in cui il Ministero dell'Assia per gli Affari Sociali ha realizzato un percorso fitness per gli anziani.







In un periodo iniziale di prova di tre mesi, una cinquantina di partecipanti hanno testato i percorsi vita sotto valutazione accademica. Il progetto è stato infatti monitorato dal Darmstadt College, il reparto di medicina sportiva della Università Johann Wolfgang Goethe di Francoforte e dalla RheinMain University.

L'obiettivo del percorso è quello di motivare gli anziani a partecipare a esercizi di promozione della salute all'aria aperta.





Barcellona: Parc Tauli

Il secondo percorso vita, che è stato avviato come progetto pilota nel quadro della strategia di sostenibilità del Governo dello Stato dell'Assia, venne inaugurato l'11 giugno 2011 a Darmstadt, nel Bürgerpark Nord (parco cittadino a nord) della città.

Entrambi i percorsi fitness, inaugurati nel 2011, sono ancora in uso da molti cittadini, sia per semplici passeggiate che per lo svolgimento di esercizi fisici, con presenze anche di 200 persone. Tra gli anziani sono più numerosi le donne.

Sono emerse duranti l'indagine effettuata nel 2013 molte ragioni per le quali da allora sono stati utilizzati i sentieri. Fattori molto importanti sono il godimento degli esercizi, l'aria fresca e la possibilità di fare esercizi progettati specificamente per rafforzare le gambe e ottenere un migliore equilibrio, la possibilità di mantenersi in forma e partecipare alla vita sociale ed anche la gratuità.

I corsi di attività fisica, tenuti da organizzazioni sportive sui sentieri rimangono molto popolari, sia per la tipologia di esercizi che vengono svolte sia perché forniscono l'occasione "per incontrare e chiacchierare".

#### Barcellona

L'Amministrazione comunale di Barcellona sta portando avanti una campagna di sensibilizzazione per promuovere l'attività fisica a tutte le età, ricordando che tutti possono praticare sport in base alle loro possibilità e che non è mai troppo tardi per iniziare.

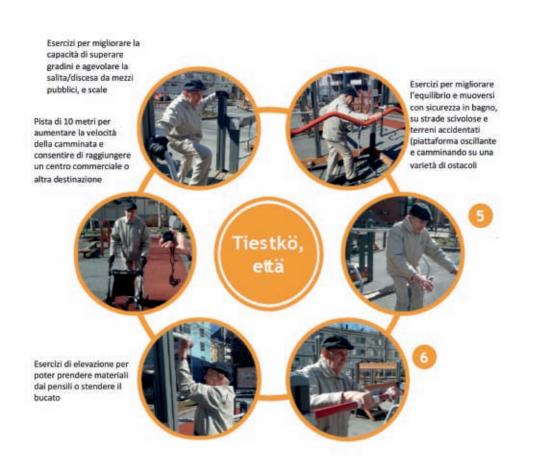
Con queste finalità si stanno realizzando 7 circuiti sportivi e si prevede che nel 2015 si arriverà ad avere 15 strutture sportive all'aria aperta, distribuite in tutti i quartieri della città catalana. Ogni circuito disporrà di un ANIMATORE sociale e sportivo (appartenente al centro sociale del quartiere di riferimento) che insegnerà agli utenti il funzionamento degli attrezzi.

Il numero crescente di adesioni alle varie attività organizzate in città stimola a fare sempre di più e meglio: lo scorso anno 24.000 persone di tutte le età hanno partecipato a diverse passeggiate urbane. Al programma "Activitat's als parcs" hanno aderito 1.200 partecipanti e 23.000 persone oltre i 65 anni hanno partecipato alle attività promosse dalle società sportive locali e da 53 centri per anziani.

#### Finlandia

La Fondazione Miina Sillanpää ha progettato e realizzato, in collaborazione con il Comune di Helsinki, una palestra e luogo di incontro diverso per gli anziani, un parco sicuro con attrezzature sportive che sono anche strumenti di formazione. Tali attrezzature migliorano forza, equilibrio e memoria.

Il percorso è lungo 500 metri e parte di questo, attrezzato per gli anziani, è utilizzabile solo durante la primavera e l'estate. Oltre all'esercizio fisico in questo percorso l'ultimo obiettivo è un gioco di memoria che aiuta a diversificare la formazione della memoria, che può an-



che essere stimolata con attività sportive interattive e gioco musicale<sup>37</sup>. Viene inoltre offerta al possibilità di socializzare utilizzando attivamente il loro tempo, stimolando le potenzialità psichiche e fisiche dell'anziano e utilizzando al meglio tutto lo spazio disponibile della struttura.

#### Italia

Anche in Italia alcune case di cura e strutture socio-sanitarie hanno deciso di offrire ai loro ospiti soluzioni analoghe.

<sup>&</sup>lt;sup>37</sup> ttp://www.lappset.com/global/en/Showroom/Senior\_Sport.i

#### Conclusioni

Uno sviluppo sostenibile deve essere finalizzato alla coesione civile ed alla collaborazione sociale, l'anziano deve essere visto non come un costo sociale ma come opportunità di investimento e sviluppo economico. In quest'ottica occorre incentivare l'utilizzo degli spazi esterni in quanto l'attività all'aperto ha un influenza decisamente positiva sull'umore, oltre a migliorare la vitalità, la qualità di vita e la socialità.

Molto si può ancora fare in Italia.

Ad esempio per quanto riguarda le strutture socio-sanitarie ed assistenziali, tutte sono dotate di una palestra interna, e questa palestra risulta molto spesso effettivamente utilizzata.

Oltre il 90% delle strutture socio-sanitarie sono dotate di spazi verdi esterni ma in pochissime situazioni questi spazi vengono utilizzati.

Migliorare la mobilità ed incentivare l'attività fisica nell'anziano hanno un ruolo positivo non solo al livello di singolo individuo ma soprattutto di società, l'attività fisica può:

- migliorare lo stile di vita mantenendo una certa indipendenza funzionale ed ottimizzando il contributo sociale;
- aumentare la consapevolezza dell'importanza della salute e la sua autogestione;
- combattere l'ipocinesia e le malattie ad essa correlate;
- migliorare la consapevolezza ambientale ed ecologica;
- ricreare ambienti sociali ricreativi e di interazione ed integrazione culturale e sociale;
- ridurre i costi dell'assistenza sanitaria e sociale.

Per questi motivi sarebbe auspicabile inserire percorsi fitness per anziani, iniziando proprio dalle strutture socio-sanitarie che già dispongono di spazi aperti sottoutilizzati e stimolando le amministrazioni comunali ad inserire spazi dedicati all'interno dei parchi urbani, gestiti in collaborazione con associazioni sportive.

#### **APPENDICE**

# PROGETTARE GIARDINI ANALLERGICI PER UNA QUALITÀ DELLA VITA DI TUTTI



Paolo Astrua

In Italia le allergie da polline sono in continuo aumento, soprattutto nelle grandi aree urbane. Il motivo di questa crescita è dovuto a diversi fattori, sia di carattere genetico (una predisposizione del soggetto) sia di carattere ambientale.

Tralasciando le questioni genetiche, la causa principale è l'aumento dei pollini nell'aria. Le nostre città sono paradossalmente più "a rischio allergia" delle aree agricole o boschive, perché normalmente più calde e con maggiori concentrazioni di anidride carbonica (CO²).

La potenza allergenica aumenta di conseguenza all'inquinamento atmosferico. Rispetto alla campagna, in città, le piante si sviluppano maggiormente, producono una quantità superiore di polline e hanno un periodo di pollinazione più prolungato. C'è poi da aggiungere che nei nostri parchi cittadini e nelle alberate dei viali e delle vie spesso non si pensa di utilizzare piante il cui polline risulti scarsamente o per nulla allergizzante; spesso, inconsapevolmente, vengono utilizzate essenze il cui polline è riconosciuto come molto allergizzante, quali olivo, ontano, carpino, betulla e cipresso. Tutti questi elementi rappresentano un vero e proprio cocktail venefico per gli allergici.

Le malattie allergiche sono diventate la prima causa di malattia cronica per la fascia di età compresa tra 0-14 anni, seguite da asma e bronchite (Rapporto del Ministero della Salute sullo Stato Sanitario del Paese). Ma i bambini non sono i soli ad essere al centro dell'inte-



resse degli allergologi. Il costante aumento della popolazione anziana in tutto il mondo, infatti, ha portato ad un maggiore interesse per le malattie allergiche nella fascia di persone della terza età.

Un team di allergologi dell'Università di Genova coordinati dal Dott. Giovanni Passalacqua ha condotto una ricerca sul caso della rinite allergica nella popolazione anziana. Il lavoro intitolato "Le caratteristiche cliniche e citologiche della rinite allergica in pazienti anziani" è stato pubblicato su "Annals of Allergy, Asthma and Immunology", che riferisce di quanto il problema sia presente anche in età avanzata. Nelle persone anziane con rinite allergica, inoltre, le caratteristiche cliniche sono diverse da quelle riscontrate nei giovani e ne risulta che la qualità della vita è più pesantemente compromessa rispetto a giovani e adulti.

Come viene proposto da AIA, FEDERASMA Onlus ed ISPRA per mitigare gli effetti di scelte passate, l'impegno ora si deve concentrare su di una diversa realizzazione ed una corretta gestione degli spazi verdi, insieme al monitoraggio continuo dei pollini. È opportuno intervenire nella progettazione tenendo conto dell'impatto che il verde ha sulla salute: infatti si parla di verde sano.

Il primo passo da compiere è proprio in fase progettuale, dove si dovrebbe pensare ad essenze che abbiano pollini con basso o nullo potere allergenico. Una buona scelta può essere l'utilizzo di piante entomofi-



le, ossia piante la cui impollinazione sia totalmente affidata agli insetti, anzichè piante anemofile, i cui pollini vengono trasportati dal vento; certamente il polline di piante entomofile quali ligustro, mimosa, eucalipto e tiglio è più pesante, grossolano e appiccicoso; tuttavia è altrettanto vero che l'utilizzo di tanti esemplari della stessa specie nelle alberate urbane rende possibile una concentrazione di pollini nell'aria talmente elevata da creare problemi. Una scelta sicura rispetto alla garanzia di assenza assoluta di polline sta nell'utilizzo di piante femminili che semplicemente non ne producono. Non tutte le piante hanno però questa caratteristica. Si tratta infatti di specie dioiche, che hanno esemplari maschi ed esemplari femmine, come il ciliegio, l'acero riccio, il canforo, il siliquastro, la catalpa ed altre.

Inoltre, con un'idonea gestione dei giardini pubblici e privati, con sfalci e potature che precedano la fioritura, si riuscirebbe ad ottenere lo stesso effetto di riduzione di pollini anche per le piante spesso altamente allergizzanti (graminacee, urticacee, parietaria).

Progettare aree verdi con piante a basso o nullo potere allergizzante non significa rinunciare all'aspetto estetico ed ornamentale, molte di queste hanno fogliame, corteccia e fioritura interessante e a volte spettacolare, si tratta solo di pensare il parco e il giardino con un'attenzione particolare alle nuove problematiche e all' esigenza di una miglior qualità della vita di tutti.

#### Bibliografia di riferimento

VENTURA M.T., GELARDI M., D'AMATO A., BUQUICCHIO R., TUMMOLO R., MISCIAGNA G., CANONICA G.W., PASSALACQUA G. - Clinical and cytologic characteristics of allergic rhinitis in elderly patient, Annals of Allergy, Asthma & Immunology, Vol. 108, Issue 3, p. 141-144.

ZANGARI F. - Senza polline, Zangari editore.

Spazi verdi "anti allergia" in tutte le città, Monitoraggio, progettazione e gestione: 3 mosse contro le malattie allergiche, Comune di Genova.



## QUINTA PARTE

## Medicina, Farmaci e Nutrizione

Come avevamo già accennato nel capitolo "I nuovi anziani, la Bioetica e la persona" del quaderno Ce.R.R.Co. "L'anziano che verrà: il suo benessere, dalla cura al prendersi cura" (2013), la prima ragion d'essere della Bioetica nasce dalla constatazione che oggi la tecnologia (dal Greco Antico τέχνη - Téchne - arte, mestiere, abilità) arriva 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 (Εθος) delle scoperte scientifiche che in qualche modo vadano a modificare la biologia e la salute delle persone: Bio-etica = bìos (βίος – vi-

ta) + éthos (Εθος - uso, costume, morale). Nella figura sono simbolicamente rappresentati i tre concetti utilizzando gli antichi miti greci, a sottolineare quanto siano radicati negli archetipi psichici e culturali del nostro pensiero occidentale: per la techne, Efesto/Vulcano (come lo raffigurò nel 1904 lo scultore italo-americano Giuseppe Moretti con la più grande statua di ferro al mondo, ammirabile a Birmingham, Alabama)



che era il "tecnico" degli dei olimpici e Prometeo (qui raffigurato su un vaso greco del V sec. AC) che rubò il fuoco agli dei per donarlo agli uomini e venne condannato a farsi divorare il fegato in eterno da un'aquila; per il logos, la dea della sapienza, Atena/Minerva (statua ammirabile nei Musei Vaticani); per l'ethos, Socrate, il padre di tutta la filosofia occidentale, che preferì morire anziché rinnegare i suoi valori etici di cittadino.

La realtà dell'anziano malato o disabile o demente è un campo particolarmente delicato e sfidante sotto questo punto di vista. Dobbiamo proprio alla Geriatria la "rivoluzione copernicana" di vedere al centro dell'interesse professionale del medico non una malattia, ma una persona nel suo complesso cui cercare di assicurare con le cure il massimo di autonomia e recupero funzionale possibile. Più che la competenza sul paziente anziano polipatologico, è questa cultura medica di fondo, questo approccio "olistico" al malato ("person-centered care"), il grande valore aggiunto del Geriatra rispetto agli altri Specialisti.

L'approccio culturale geriatrico, inoltre, ben si inquadra nella moderna e più ampia concezione di "Medical Humanities", definite grosso modo come "un campo interdisciplinare di scienze umanistiche (letteratura, filosofia, etica, storia e religione), scienze sociali (antropologia, studi culturali, psicologia, sociologia), e arti (poesia, teatro, cinema e visual arts) e la loro applicazione alla formazione ed alla pratica mediche. Le scienze umanistiche e le arti permettono di esplorare la condizione umana, la sofferenza, la personalità, le nostre responsabilità reciproche; offrire una "prospettiva storica" alla pratica medica. L'interesse per la letteratura e le arti aiuta a sviluppare e far crescere le capacità di osservazione, analisi, empatia, e auto-riflessione - capacità che sono essenziali per una cura medica umana. Le scienze sociali ci aiutano a comprendere come le bioscienze e la medicina hanno parte nel contesto culturale e sociale e come la cultura interagisce con l'esperienza individuale della malattia e il modo in cui la medicina viene praticata"38.

<sup>&</sup>lt;sup>38</sup> Felice Aull, Ph.D., M.A. New York University School of Medicine \_ http://medhum.med.nyu.edu

## IL RUOLO DEL GERIATRA NELL'ASSISTENZA MODERNA ALL'ANZIANO

## La Moderna Geriatria come accompagnamento e coordinamento medico dell'Anziano



Umberto Stralla

Medico Geriatra

Come già detto negli altri capitoli, siamo oggi di fronte ad una "rivoluzione "demografica che si manifesta con un aumento progressivo degli ultrassessantacinquenni: si parla così molto di Geriatria e di pazienti anziani, ma forse pochi hanno le idee chiare sul reale significato di questi termini.

La Gerontologia è la branca che studia i meccanismi biologici dell'invecchiamento responsabili dell'insorgenza di malattie tipiche dell'età geriatrica mentre la Geriatria è una disciplina medica che si occupa dei Pazienti con un'età superiore ai 65 anni. Quest'ultima tende a migliorare la qualità di vita oltre a prolungarla, in una parola cerca di far invecchiare in modo sano, ma soprattutto si fa carico delle persone e delle loro famiglie oltre che delle malattie.

Parlando poi di Anziani è importante distinguere tra il paziente anziano e quello geriatrico, anche se può sembrare un assurdo. Il primo può accusare non più di due patologie dovute all'età (ipertensione, cardiopatia, disturbi dell'equilibrio, diminuzione di vista e/o udito etc.); il secondo, che ha già tutti gli organi invecchiati ed alcuni malati, è affetto da più malattie tutte causate dall'invecchiamento. Tale sommarsi di patologie in un soggetto oltretutto con poche risorse personali per affrontarle dà origine al cosiddetto "Anziano fragile", cioè disabile e non autosufficiente. Un soggetto ad alto rischio di diventare totalmente dipendente da altri nelle attività del vivere quotidiano (mangiare, vestir-

si, lavarsi, ecc.) e che spesso possono mettere in pericolo la sua stessa incolumità.

A tal proposito un rapporto dell'ISTAT ci dice che tra gli >65 il 40% è affetto almeno da una malattia cronica, il 18% presenta disabilità (limitazioni funzionali nelle attività quotidiane), il 68% delle persone con disabilità accusa almeno tre malattie croniche, l'8% è confinato in casa. Da ciò se ne deduce facilmente come gli > 65 sono già oggi e maggiormente lo saranno domani i maggiori utilizzatori delle risorse sanitarie ed un esempio eclatante lo abbiamo se analizziamo la tipologia dei pazienti che afferiscono ai D.E.A. (vedi tabella 1-2).

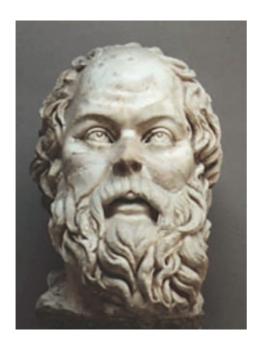


Negli ultimi anni la proporzione dei fruitori, come si può notare, è andata nettamente a "vantaggio" degli ultrasessantacinquenni, ma non solo! Sono infatti aumentati i problemi alle dimissioni sia per la gravità e complessità dei quadri clinici sia e soprattutto per i problemi legati all'assistenza. Banalmente una frattura di bacino o di un arto superiore, che di per sé non necessitano di ricovero, diventano un ostacolo insormontabile al rientro al domicilio laddove il Paziente sia solo o viva con un Coniuge altresì avanti negli anni! Oppure un anziano con problemi di memoria, ipertensione e diabete mellito che durante un ricovero in ospedale a causa di una polmonite o di un intervento chirurgico manifesti allucinazioni, incontinenza, agitazione, insonnia, rifiuto d'alimentarsi, scarsa propensione a collaborare nel percorso riabilitativo una volta rientrato a casa, mentre prima viveva da solo o con una moglie\marito anziano, avrà bisogno di cure e assistenza per molte ore al giorno.

Attenzione però che la fragilità dell'Anziano non deve essere intesa solo nel suo rapporto colla malattia e come maggiore vulnerabilità allo stress con conseguente limitazione delle attività quotidiane, ma soprattutto come fragilità dell'Uomo di fronte a Dio ed al Mondo. Lo stesso Socrate ci ha insegnato che "...l'errore della medicina è separare il corpo dallo spirito in quanto non si può guarire l'uno senza l'altro...".

Tutto ciò ci deve portare ad un'attenta riflessione ed al dovere di ripensare culturalmente le strategie sanitarie correlate alla gestione della cronicità ed alla prevenzione della disabilità, considerando che l'invecchiamento non è una malattia di per sé, non è curabile, ma può essere normale oppure patologico.

Viceversa oggi siamo di fronte ad una vera e propria contraddizione: se da una parte la tecnologia in campo medico ha permesso un'incredibile progresso nella cura di molte malattie, dall'altra non si riesce a dare risposte valide per l'assistenza quotidiana ad un Anziano fragile! Ma la tecnica da sola, per quanto raffinata e sofisticata, è "fast" cioè frettolosa ed incompleta! Con ciò non si vuol dire sia inefficace, per carità, ma l'eventuale regressione dei sintomi e/o della patologia non





dà né benessere né salute se manca la presa in carico della persona nella sua completezza. Inoltre, altro aspetto da non sottovalutare in un momento di "spending-review", una medicina spinta all'eccessivo consumo solo di farmaci/tecnologia (uno studio recentemente ha dimostrato come su 2500 prescrizioni solo il 46% sono del tutto appropriate) dilata oltre misura le aspettative delle persone più di quanto si possa realmente soddisfare, generando così false aspettative e convinzioni che a loro volta determinano un continuo aumento di contenziosi medico-legali e quindi di quella "medicina difensiva" tanto vituperata.

La medicina scientifica aveva individuato un percorso logico a tappe in presenza di un paziente che lamenta un disturbo: l'ascolto - l'osservazione (la visita medica) - la costruzione di una ipotesi diagnostica - la verifica di questa ipotesi con appropriate indagini cliniche - l'intervento di cura (non esclusivamente farmacologico) - la valutazione dei risultati. Spesso oggi alcuni di questi passaggi vengono ignorati o addirittura s'inverte il modo di procedere partendo da esami "a pioggia" prima di avere emesso una ipotesi diagnostica e anzi nella speranza che dagli esami stessi emerga la diagnosi. Un atteggiamento fuorviante che finisce col fare coincidere la salute o la malattia con il fatto che gli esami clinici siano o meno entro limiti fisiologici.

Invece in un incontro tra medico e paziente geriatrico, bisogna saper dosare i mezzi e dedicare il giusto tempo in quanto interagiscono due ruoli e due persone. Il rapporto tra ruoli è forzatamente asimmetrico: il paziente chiede, ha bisogno di aiuto in una situazione di disagio. Il rapporto tra persone è invece paritario: il medico porta la voce della medicina, il paziente quella della sua vita: le sue convinzioni, i suoi timori, i suoi valori, le sue speranze, la sua famiglia. In questo modo salute e malattia diventano astrazioni fuori dalla portata sia del malato sia del medico stesso e si provoca, è tautologico, uno spreco di risorse: tra queste ultime è incluso il tempo, sempre terribilmente scarso.

Nessuna delle due voci dovrebbe prevalere sull'altra e diventare la voce dominante. Il duetto che si costruisce deve essere un' armonica integrazione tra voce della medicina e voce della vita: una costruzione comune condivisa, che si chiama relazione di cura.

Si deve pertanto passare da una medicina "curativa-organicistica" in cui l'eziopatogenesi dei processi morbosi, fisici o psichici, è sempre riconducibile ad alterazioni strutturali e/o metaboliche ad una "olistico-

predittiva": passare cioè dalla cura delle malattie al prendersi carico della persona nella sua intierezza.

Il paziente anziano infatti non è da considerare solo una persona da assistere, ma Qualcuno con delle specifiche esigenze, la cui essenza deriva dall'interazione dell'organismo coll'ambiente e con il proprio vissuto. Il suo stato funzionale non coincide solamente colle patologie sofferte, ma deriva dall'interazione di queste con altri fattori quali le condizioni socio-economiche, ambientali, oggettive, psicologiche: Egli va considerato come un malato da curare nella sua globalità così come il corpo umano non è solo un insieme di organi, ma qualcosa in più.

Il vecchio medico di famiglia che conosceva profondamente il vissuto dei suoi pazienti e metteva insieme il parere dei vari specialisti e poi integrava le cure facendo da riferimento al malato ed alla sua famiglia è andato perso : a questa figura deve rapportarsi il Geriatra moderno. Uno specialista che non confonde pertanto la fretta (spesso necessaria) con la frettolosità, la tecnologia con la scienza, la iperprescrizione di farmaci – meglio se di ultima generazione – con la competenza. Egli sa che, per analizzare i problemi nella giusta prospettiva, l'ascolto è alla base di una valida relazione terapeutica e che al di là della competenza clinica (doverosa) deve recuperare la dimensione della cura, che non coincide con la terapia ma tiene conto della persona nella sua interezza e in quanto elemento di sistemi, a cominciare da quello familiare.

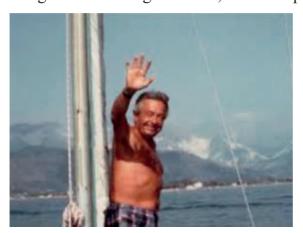
Ma essere geriatra significa anche interpretare nel modo migliore le trasformazioni demografiche, sociali e sanitarie in corso. Non è solo lo specialista nella cura degli over sessantacinquenni, ma un medico che pone al centro della propria attività professionale il paziente in toto, nella sua complessità, cercando di allungare la vita e di aggiungere vita agli anni. Ecco allora la necessità, non solo di curare, ma prevenire un'invecchiamento patologico e, utilizzando scale di valutazione multidimensionali, inquadrare il paziente e definire un percorso assistenziale che tenda alla corretta riabilitazione ed a mantenere il più a lungo possibile l'autosufficienza ed una buona qualità di vita.

#### Invecchiamento "attivo"

Il rapido invecchiamento della popolazione ha consentito a una parte delle persone di raggiungere un'età avanzata in discrete condizioni di salute, ma ha determinato anche una crescita del numero di anziani affetti da malattie croniche e disabilità; pertanto è doveroso distinguere la semplice aspettativa di vita dall'aspettativa di vita attiva, caratterizzata dall'assenza di disabilità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce come invecchiamento "attivo" quello caratteristico del gruppo di anziani che, pur essendo soggetti al decadimento funzionale ineluttabile e proprio della senescenza, conservano, fino alla fine dei loro giorni, una capacità funzionale che consente loro una vita autonoma e priva di disabilità.

Da tempo la Geriatria sta ponendo molta attenzione al concetto dell' Healthy Aging, ossia invecchiare mantenendosi in buona salute. Un alto tasso di fragilità nel futuro rappresenterà il fallimento della geriatria moderna che, tenendo presente i concetti di genomica e di farmacogenomica, l'influenza dell'ambiente, sia in senso individuale (stile di vita del singolo) che collettivo (organizzazione della vita sociale) deve invece essere quella che ci permette di individuare i fattori di rischio delle patologie per prevenirle o rallentarle, suggerendo gli stili di vita da tenere e programmi terapeutici personalizzati. L'obiettivo da raggiungere è dunque quello di mantenere il maggior numero possibile di anziani entro una curva di decadimento funzionale migliore possibile, e questo si associa anche a una riduzione del rischio per le principali patologie cronico-degenerative, come le patologie cardiovascolari, la



broncopneumopatia, il diabete e i tumori.

D'altra parte, i trattamenti utilizzati per la cura di tali malattie riducono il rischio di disabilità a esse collegato e, quindi, rallentano il decadimento funzionale legato all'età.

La medicina tradizionale invece ha sinora in gran

parte trascurato l'importanza di affrontare in modo unitario il rapporto tra invecchiamento e malattie. Nel trattare i fattori di rischio delle principali malattie cronico-degenerative, distingue tra fattori modificabili e immodificabili e tra questi ultimi elenca per prima l'età; capiterà così, che a un ottantenne, senza nessuna anamnesi e obiettività positiva per patologie vascolari aterosclerotiche, ma con un modesto aumento della colesterolemia, sia prescritta una statina piuttosto che consigliare una modica attività fisica, anche in presenza di uno stile di vita sedentario.

Al Prof. Francesco M. Antonini, uno dei Padri della Geriatria, poco prima della sua scomparsa, avvenuta a Firenze nel 2008, a 87 anni fu chiesto cosa consigliasse per un invecchiamento di successo ed Egli elencò il seguente decagolo:

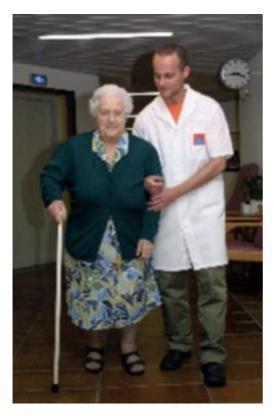
- fin dall'infanzia interessa ed educa la tua mente a dei valori, alla conoscenza, alla curiosità, a mettere in dubbio ciò che ti viene dato per sicuro;
- dedicati, nei limiti in cui ti è possibile, a un lavoro creativo, l'invecchiamento è diverso a seconda del lavoro che si compie (e del piacere che si ha facendolo);
- spostati progressivamente, mano a mano che invecchi, da azioni fisiche ad azioni intellettuali;
- continua comunque sempre l'azione che hai scelto di compiere: la rinuncia all'azione è causa di stress, di depressione e di invecchiamento;
- mantieni sempre attivi tutti i tuoi interessi;
- è importante che tu cominci piano, e che tu cresca sempre, progressivamente: l'invecchiamento può essere uno sviluppo e non soltanto un declino;
- pratica l'esercizio fisico soltanto se ti stimola anche la mente. Se no, non serve: e questo vale per tutte le risposte a stimoli fisici (cibo, sesso, piaceri);
- l'ultima battuta di una commedia di Pirandello dice: "Crearsi, per ritrovarsi". La tua vecchiaia è il frutto della tua azione creativa;
- prima di morire, cerca almeno di essere nato.



#### Invecchiamento patologico

Nel campo della cura delle patologie l'obiettivo primario della Geriatria non è tanto quello di evitare la morte, quanto piuttosto di ridurre al minimo gli esiti negativi delle malattie croniche ottimizzando il recupero delle capacità residue, per far raggiungere alla persona la migliore qualità di vita possibile.

La cura del paziente geriatrico, soprattutto se fragile deve evitare di sconfinare in traguardi clinici e terapeutici impossibili. Ostinati e "accaniti" percorsi diagnostici sono da rifuggire, ma si deve esaminare criticamente, giorno per giorno, l'intensità, l'efficacia, la percorribilità, il rapporto tra i costi umani ed economici e i benefici di una cura cercando sempre il giusto equilibrio tra il possibile e l'impossibile, l'utile e l'inutile: anche alla luce dei desideri esplicitamente espressi dallo stesso paziente o dai parenti. L'utilizzo di ben precisi iter assistenziali e terapeutici diventa allora chiaramente indispensabile onde permettere di individuare l'anziano fragile, migliorarne la qualità della vita, riducendone la disabilità fisica, cognitiva e comportamentale e contempo-



raneamente, diminuire i ricoveri impropri, con una conseguente riduzione della spesa sociosanitaria. Tale obiettivo è raggiunto da un approccio poliedrico basato sulla VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE tipica della Geriatria. Essa 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...".

Molti studi scientifici italiani e internazionali hanno ampiamente dimostrato che:

- 1. la cura dell'anziano guidata dall'applicazione esperta della VMD riduce la mortalità, previene lo sviluppo di disabilità o il suo aggravamento dopo un evento acuto, riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale e i costi economici e sociali, migliora le condizioni psico-fisiche e aumenta il grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari;
- 2. nel paziente anziano con problematiche acute, questi vantaggi sono soprattutto evidenti quando:
  - il piano di assistenza individuale è fondato sulla VMD e si realizza, senza soluzione di continuità, in un'articolata rete di servizi,
  - il geriatra è responsabile in prima persona della definizione, dell'implementazione e del controllo del piano di assistenza. Un semplice servizio di consulenza geriatrica su pazienti la cui gestione rimane affidata ad altre specialità non produce i favorevoli risultati di cui al punto 1.
- 3. in un setting geriatrico per acuti, nel paziente "grande anziano" la VMD permette di guidare scelte cliniche (diagnostico-terapeutiche) ben precise;
- 4. se include anche lo stato funzionale premorboso a un'eventuale ospedalizzazione, acquisisce un ulteriore e rilevante potere predittivo di possibili eventi avversi a breve e a lungo termine, oltre a permettere una visione dinamica del paziente nel tempo.
- 5. si possono individuare i soggetti a rischio di perdita dell'autosufficienza o stabilire l'entità della non-autosufficienza e quantificare il fabbisogno assistenziale

La valutazione multidimensionale si effettua attraverso alcune scale (CIRS - Cumulative Illness Rating Scale, o indice di comorbilità, l'APACHE II - Acute Physiology Score, Mini Mutritional Assessment - MNA, la scala di Tinetti, ADL - Activities of Daily Living, IADL - Instrumental Activities of Daily Living, Mini Mental State Examination - MMSE, Short Portable Mental Status Questionnaire - SPMSQ, Geriatric Depression Scale - GDS, etc.) che offrono, unitamente alle metodiche tradizionali quali l'anamnesi, l'esame obiettivo e la sintomatologia riferita, un quadro globale delle condizioni di salute del paziente anziano. Essa consente di eseguire una valutazione sia di tipo

orizzontale, sulla base dell'analisi dello stato fisico, del grado di autonomia funzionale, dello stato cognitivo, dell'umore e delle risorse formali, informali, sociali, che di tipo verticale, attraverso l'analisi delle comorbidità, della politerapia, del rischio iatrogenico e della *compliance*, spesso ambiente-dipendenti (Cucinotta et al., 1999).

In altre parole la valutazione multidimensionale è una parte fondamentale nella diagnosi, cura e prevenzione della popolazione anziana. Serve per la valutazione iniziale del paziente, la creazione di un piano personalizzato di assistenza e cura (PAI), il monitoraggio delle variazioni cliniche nel tempo ed inoltre a misurare le necessità assistenziali della popolazione, può essere utilizzata per individuare gruppi a rischio di perdita dell'autosufficienza e costituisce un valido mezzo di comunicazione fra figure professionali diverse e tra l'ospedale e le strutture socio-sanitarie extra-ospedaliere (Cucinotta et al., 1999).

#### L'assistenza agli anziani

Come è stato detto in precedenza, l'intervento della Geriatria non si ferma alla prevenzione e cura della patologie, ma si sviluppa a 360 gradi interessandosi anche della gestione del problema della disabilità e della relativa assistenza dell'anziano fragile nella prosecuzione delle cure. Migliorare l'efficienza dei servizi sociosanitari al fine di soddisfare le esigenze di questi soggetti, è una delle più importanti sfide dei nostri tempi. Gli anziani fragili hanno bisogno sia di assistenza nella vita quotidiana sia di cure sanitarie e tali bisogni, di pertinenza dei servizi sociali e dei servizi sanitari, non sono indipendenti gli uni dagli altri ma devono essere gestiti in modo concomitante e integrato.

In Italia il Progetto obiettivo anziani (POA), contenuto nel Piano sanitario nazionale 1994-1996, ha ridisegnato la struttura dell'assistenza sanitaria, rispondendo alle nuove esigenze della popolazione.

Tale piano deve essere affidato alla gestione dei Geriatri che si avvarranno di servizi e strutture operanti all'interno di un modello organizzativo a rete: la cosiddetta rete dei servizi. L'obiettivo di questo sistema è di garantire un'assistenza continuativa, globale e flessibile, in base al percorso assistenziale: interventi singoli, sporadici o settoriali sono infatti destinati inesorabilmente a fallire.

L'efficacia di un tale modello organizzativo a rete è stata dimostrata in svariati studi nei quali la percentuale degli anziani istituzionalizzati è diminuita, quella degli assistiti a domicilio è aumentata ed il numero di posti letto in ospedale per acuti si è quasi dimezzato. Al centro di questa rete di servizi è posta l'Unità di valutazione geriatrica (UVG), individuata come l'organo più adeguato per coordinare il rapporto tra l'anziano e i servizi sul territorio.

Di questa rete fanno parte diverse strutture: l'Unità geriatrica per acuti (destinata ad anziani fragili, con problematiche mediche acute e complesse, con grave comorbilità, sindromi geriatriche, disabilità instabile); il Day hospital geriatrico (collocato all'interno dell'ospedale per acuti come sezione dell'Unità geriatrica per acuti e il cui ruolo è quello di garantire al paziente tutte le funzioni proprie dell'ospedale, in regime di elezione, previa visita di ammissione da parte dell'UVG); l'Unità di post-acuzie (unità operativa ospedaliera per acuti, a degenza breve, cui confluiscono pazienti da tutti i reparti per acuti che non possono essere dimessi a domicilio; l'Assistenza domiciliare integrata (ADI; un insieme di attività mediche, infermieristiche, riabilitative, socioassistenziali fornite a domicilio, in base al programma personalizzato indicato dall'UVG); la **Spedalizzazione domiciliare** (SD; effettuazione al domicilio del malato di interventi diagnostici e terapeutici normalmente attuati in ospedale - tra gli interventi di assistenza extraospedaliera, è quello a più alto contenuto sanitario); il Centro diurno (struttura semiresidenziale che offre assistenza e attua programmi di riabilitazione e socializzazione - si tratta per lo più di centri per malati di Alzheimer, nati per dare sollievo alle famiglie impegnate nell'assistenza); le Strutture residenziali (hanno il compito di fornire, accanto a un servizio sanitario di varia intensità, anche prestazioni alberghiere).

La realtà italiana, però, presenta un sistema ancora lontano dall'efficienza. I servizi della rete presentano infatti alcuni punti deboli: in primis una cronica carenza di fondi e risorse; l'assistenza domiciliare integrata in realtà fornisce interventi parcellari e discontinui; i servizi riabilitativi sono insufficienti; le strutture residenziali sono un'entità non ben definita, chiamata con nomi diversi a seconda del contesto locale; le strutture non presentano un collegamento funzionale, rendendo impossibile l'attuazione sistematica e continua di un piano assistenziale personalizzato; molto spesso non è il geriatra ad accompagnare l'anziano nel percorso assistenziale, ma operatori senza una specifica formazione e l'UVG riveste di frequente solo la funzione burocratica di allocare l'anziano nei vari servizi, senza una reale responsabilità di gestione continuativa del caso.

Alla fine di questa rapida carrellata sulla moderna assistenza all'Anziano non dobbiamo comunque dimenticare che il "successful ageing "risiede anche nel mantenere una spiritualità positiva che aiuta innanzi tutto noi stessi. La nostra vita passa e non dobbiamo perdere ogni giorno l'occasione di essere felici e rendere felice la gente. Dobbiamo capire che tutti abbiamo una fine e solo lo spirito ci fa comprendere questi limiti evitandoci la depressione. I centenari sono coloro che ci insegnano a vivere, è gente come noi, col nostro stesso genoma, che ha avuto dall'ambiente una risposta consona per poter sopravvivere e armonizzare il loro orologio biologico con quello astronomico.

Concludendo la Geriatria in questo campo può ben dirsi specialità "socratica" che unisce cioè il corpo allo spirito e cerca di trarre insegnamenti da quanto osserva oggi per la prevenzione, la cura e la qualità di vita dell'anziano e la salute degli altri e di chi seguirà nella linea generazionale. "La malattia degli Anziani dimostra i limiti della tecnica e delle risorse a disposizione e ci rammenta continuamente che tanta strada dobbiamo ancora percorrere!"

#### Bibliografia di riferimento

BERNABEI R., LANDI F., GAMBASSI G., ET AL. - Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community, «British medical journal», 1998, 316, 7141, pp. 1348-51.

HAYFLICK L. - The future of ageing, «Nature», 2000, 408, 6809, pp. 267-69.

FRIES J.F. - Measuring and monitoring success in compressing morbidity, «Annals of internal medicine», 2003, 139, pp. 455-59.

CARBONIN P. - Eterna giovinezza o fragilità. Le conoscenze di base sull'invecchiamento. Milano: Vita e Pensiero 2009.

Bernabei R., Landi F., Gambassi G., et al. - Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. BMJ 1998; 316: 1348-51.

Ministero della Salute - Commissione nazionale LEA - "Prestazioni residenziali e semiresidenziali", 2007.http://www.salute.gov.it/imgs/C\_17\_pubblicazioni\_733 allegato.pdf. Ultima consultazione: novembre 2010.

Ministero della Salute - Commissione nazionale LEA - "Prestazioni domiciliari", 2007. http://www.salute.gov.it/imgs/C\_17\_pubblicazioni\_733\_allegato.pdf. Ultima consultazione: novembre 2010.

### ANZIANI E FARMACI

# Il rischio di prescrivere troppe medicine all'anziano fragile



Elio Laudani
Dirigente medico

Con il contributo di:

L. Monchiero: SOC Distretto Alba, ASL CN2 Alba - Bra

A. Saglietti: SOC Programmazione e Controllo, SOS Statistica

M. Sanò: SOC Programmazione e Controllo, SOS Statistica, ASL CN2 Alba - Bra

P. Dutto: SOC: SOC Farmaceutico Territoriale

#### Introduzione

L'anziano è spesso affetto da molte patologie croniche e lo stesso invecchiamento fisiologico ha un confine labile o mal definibile rispetto alle varie condizioni patologiche senili.

Diventa quindi importante avere una visione complessiva della persona anziana, senza ridurla semplicemente ad una sorta di elenco di malattie. Non solo, ma nell'anziano, associato a questo elenco di malattie, spesso si vede un altro elenco, altrettanto numeroso, quello dei farmaci, ritenuti necessari e indispensabili per curare tutte le malattie diagnosticate.

Se ad ogni patologia o condizione ai confini tra invecchiamento fisiologico e degenerazione patologica si associano uno o più farmaci,

le terapie diventano così imponenti da far temere più effetti avversi che reali benefici.

Nell'anziano è dunque di estrema importanza una definizione delle priorità patologiche che devono necessariamente essere trattate e una visione generale dei problemi. Entrambe le questioni andrebbero associate alla necessità di tralasciare una visione eccessivamente specialistica della diagnosi e della medicina.

La medicina nell'anziano richiede, negli aspetti sia di diagnosi che di cura, una profonda e critica revisione, improntata ai principi del "less is more" sui quali molta letteratura sta fiorendo.

Nell'ambito delle cure primarie la gestione della terapia farmacologica dell'anziano assume una rilevanza particolare ed è, sempre più, argomento di riflessione nella letteratura medica<sup>39</sup>.

Per mettere in luce quale peso questi problemi abbiano, descriverò qui di seguito come è stata condotta una indagine ad hoc nella popolazione anziana di una Azienda Sanitaria Locale, la Cuneo2 (Alba-Bra).

Il campione indagato è assolutamente rappresentativo della popolazione anziana cosiddetta "fragile": popolazione che presenta problemi sanitari trattabili sia nell'ambito dell'assistenza a domicilio che in strutture residenziali.

#### Come venne condotta l'indagine

Un campione di 100 persone visitate dalla Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) dell' ASL CN2 è stato utilizzato per indagare il numero di farmaci assunti giornalmente da ciascun individuo. I dati derivano da 100 schede sanitarie, estratte casualmente, tra quelle compilate dall'UVG nel corso dell'anno 2014.

Il punteggio sanitario, che descrive sinteticamente la gravità della condizione di salute, si basa su cinque scale di comune utilizzo: Activities of daily living (ADL), Instrumental activities of daily living (IADL), Short portable mental status questionaire (SPMQ), Area disturbi comportamentali (ADICO), Dependence medical index (DMI). I gradi variano da 0 a 14.

<sup>&</sup>lt;sup>39</sup> Nobili A. et al. Farmaci e Anziani. Dialogo sui farmaci 3:2012

L'analisi dei dati è stata effettuata con il pacchetto statistico STATA v. 13. Le caratteristiche del campione sono illustrate nella tabella 1.

Tabella 1 - Caratteristiche dei pazienti per genere

	Femmine		Masc	hi	Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Età						
66-70	0	0	3	10,34	3	. 3
71-75	8	11,27	5	17,24	13	13
76-80	16	22,54	6	20,69	22	22
81-85	16	22,54	7	24,14	23	23
86-90	16	22,54	5	17,24	21	21
91-95	13	18,31	3	10,34	16	16
>95	2	2,82	0	0	2	2
Tipo assistenza	2 2		4			
Domiciliare	18	25,35	3	10,34	21	21
Residenziale	53	74,65	26	89,66	79	79
Punteggio sanitario						
3	1	1,41	0	0	1	1
4	1	1,41	0	0	1	1
5	0	0	1	3,45	1	1
6	3	4,23	0	0	3	3
7	1	1,41	2	6,90	3	3
9	7	9,86	0	0	7	7
10	11	15,49	5	17,24	16	16
11	13	18,31	6	20,69	19	19
12	23	32,39	8	27,59	31	31
13	8	11,27	3	10,34	11	11
14	3	4,23	4	13,79	7	7

### Risultati dell'indagine

Nel confronto tra il numero di farmaci prescritti alla popolazione anziana fragile dell'ASL CN2 (Alba-Bra) che vive in casa e quella ricoverata in istituti socio-sanitari, non si riscontra ancora, per la relativa limitatezza numerica del campione, una differenza significativa tra le due popolazioni. Il consumo medio di farmaci per i ricoverati in struttura è 7,4 contro 6,1 di quelli a domicilio.

Tabella 2 - Numero farmaci assunti giornalmente per tipo di assistenza

Numero farmaci assunti pro capite	Nu	mero persone anziane fi	agili
	Assistenza Domiciliare	Assistenza Residenziale	Totale
0	.0	2	2
1	1	2	3
2	0	3	3
3	3	2	5
4	3	7	10
5	3	5	8
6	2	7	9
7	3	8	11
8	1	13	14
9	1	9	10
10	3	9	12
11	0	6	6
12	0	2	2
13	1	1	2
14	0	3	3

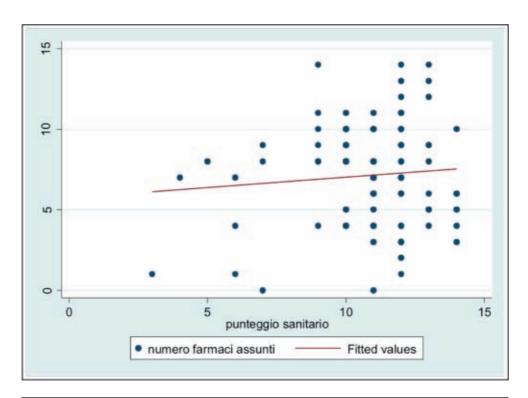
Se si prende in considerazione il numero di farmaci prescritti alla popolazione anziana fragile dell'ASL CN2 (Alba-Bra) suddivisa per genere, al vaglio del test statistico del "chi quadro" (t = 0.4096), non si riscontra una differenza significativa tra gli uomini e le donne.

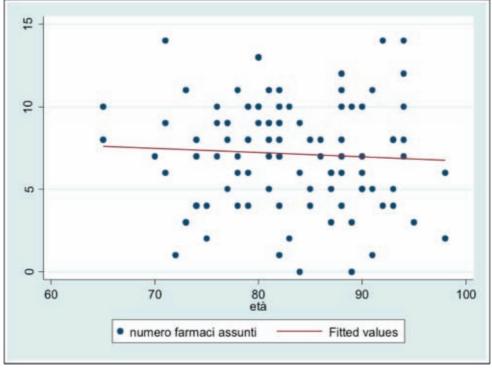
Nella Figura 1 viene mostrata la relazione tra punteggio sanitario e numero di farmaci/die. Non sembra esserci una relazione diretta tra le due variabili.

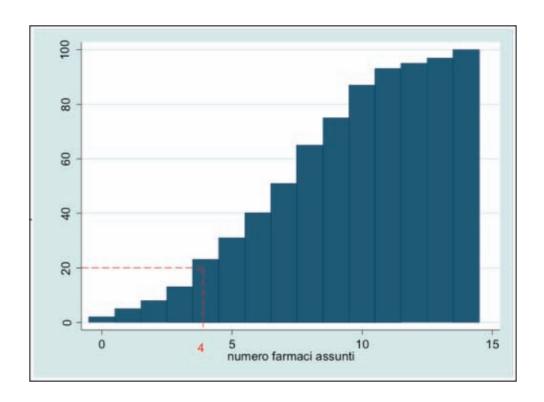
È quindi evidente che la quantità di medicine prescritte (ed assunte) dalle persone anziane fragili non è proporzionale alla gravità della situazione di salute di ciascuna, ma sembra essere un comportamento universale e diffuso richiedere (e prescrivere) una elevata quantità di farmaci molti dei quali sono di utilità discutibile.

Lo stesso vale per la variabile età (figura 2): dai 65 anni in su la quantità di farmaci assunti dagli anziani fragili non varia significativamente confermando i dubbi circa la loro reale utilità ed appropriatezza.

Nella Figura 3 viene mostrata la frequenza cumulata del numero di farmaci/die.







#### Conclusioni

I dati di questa indagine campionaria descrittiva si possono interpretare sinteticamente dicendo che gli anziani fragili sono pesantemente esposti al rischio di reazioni avverse da farmaci.

Circa l'80% del campione assume più di 4 farmaci al giorno (Figura 3). La quantità di farmaci assunta non sembra associata alla complessità assistenziale o all'età (analisi con regressione lineare, R quadro intorno a 0).

Indagini più dettagliate dovranno fornire maggiori indicazioni, soprattutto sulle categorie dei farmaci in questione e sulla differente probabilità di effetti avversi.

In ogni caso i risultati descrittivi tratti dal campione sollecitano riflessioni su alcuni temi che vengono qui sinteticamente elencati, con l'auspicio che diventino argomenti di critica e libera discussione nella comunità sanitaria locale e soprattutto tra i medici di medicina generale.

A ogni patologia è consuetudine di medici e pazienti abbinare uno o più farmaci. Nel compiere questa azione spesso si fa riferimento a linee guida fondate su trial clinici in cui gli anziani sono poco rappresentati. Le evidenze scientifiche nell'anziano non sono così forti, l'uso delle statine ne è un clamoroso esempio. In particolare su quest'ultimo tema si stanno levando non poche voci critiche<sup>40</sup>.

Andrebbe evitato (o per lo meno ben soppesato) l'utilizzo di ulteriori farmaci per prevenire o controllare reazioni avverse di quelli già in uso. Si dovrebbe inoltre porre attenzione al rischio di confondere gli effetti avversi determinati da farmaci con nuove patologie.

Se la polipatologia è estremamente frequente nell'anziano, quasi mai si procede a una selezione della patologia principale e a una definizione delle patologie da considerare non degne di nota.

La moderazione è un concetto che andrebbe applicato a tutta la popolazione anziana. Agire con moderazione di fronte alla persona anziana vuol dire almeno due cose. Da un lato, evitare la medicalizzazione, di cui la poliprescrizione è un tangibile effetto, e, dall'altro, promuovere la medicina generale e l'approccio di insieme al malato.

#### Bibliografia di riferimento

NOBILI A., ET AL. - Farmaci e Anziani. Dialogo sui farmaci 3:2012 The International Network of Cholesterol Skeptics www.thincs.org

<sup>&</sup>lt;sup>40</sup> The International Network of Cholesterol Skeptics www.thincs.org

## LA MEDICINA GENERALE DI FRONTE ALL'ANZIANO DI OGGI E DOMANI

La Medicina Generale è un'altra cosa?



Luciano Bertolusso Medico, Medicina Generale

# L'evoluzione della Medicina Generale ed il suo impatto con l'invecchiamento della popolazione

La storia della Medicina Generale (MG) in Italia potrebbe essere vista e letta in modi diversi, ma di fatto se ne può identificare formalmente la nascita con la legge 833 dell'ormai lontano 23-12-1978, ovvero quella che soppresse il sistema mutualistico preesistente ed istituì il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), articolato a livello regionale.

Che però ancora oggi si faccia un po' di confusione linguistica tra "Medicina di Base", "Medicina di Famiglia" e "Medicina Generale" è forse indicativo di come, nel nostro Paese, questo settore del SSN abbia sofferto di una qualche crisi di identità, spesso faticando a distinguersi dalle vecchie strutture (delle "Mutue" o delle "Condotte") per definirsi con ambiti e, soprattutto, competenze specifiche. A questo hanno contribuito certamente una legislazione ed una programmazione sanitaria che hanno visto per lungo tempo l'assistenza territoriale marginale o comunque subalterna a quella ospedaliera, da sempre identificata come la sede dove dovevano trovare soluzione i problemi di salute degli Italiani. In relazione a questo si è nel tempo radicato il pregiudizio diffuso nella stessa classe medica, che ha visto la Medicina del Territorio come attività professionale qualitativamente inferiore e quasi accessoria a quella Specialistica od Ospedaliera, magari da esercitare nei ritagli di tempo. Nella memoria storica della cultura sanitaria



italiana (ma anche nel sentire comune fuori degli ambienti sanitari) è stata per lunghi anni dominante la figura di Alberto Sordi, nei panni (caricaturali e paradossali, ma non troppo lontani da alcune realtà di quegli anni) del dott. Tersilli ne "Il Medico della Mutua". In effetti solo alla fine degli anni '90 gli stessi contratti di lavoro dei Medici Generali, cioè le Convenzioni che regolano la loro attività nei confronti del SSN, hanno progressivamente sancito, anche economicamente e normativamente, la specificità dell'attività dei Medici di Medicina Generale (MMG) o Medici di Famiglia che dir si voglia; ovvero che si tratta di liberi professionisti che si impegnano, con le proprie risorse professionali, ad affrontare e a gestire "il processo assistenziale, di diagnosi e terapia, relativo ai propri pazienti, facendosi parte attiva della continuità assistenziale e del perseguimento degli obiettivi di salute con il miglior impiego possibile delle risorse disponibili"<sup>41</sup>.

Negli ultimi decenni, per alcune motivazioni e con meccanismi cui per brevità farò solo cenno più avanti, la MG ha acquisito una maggiore consapevolezza della propria peculiarità e dei compiti che l'attuale (ma soprattutto la futura) realtà sociale ed epidemiologica le impongono.

<sup>&</sup>lt;sup>41</sup> Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n° 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Grazie anche ad una indubbia crescita culturale e scientifica propria e specifica, ed anche ad un maggiore collegamento con le MG più avanzate in Europa (specie quella britannica) possiamo dire che oggi in Italia la MG è sufficientemente conscia delle proprie specificità, al punto da potersi confrontare con i settori specialistici definendo chiaramente caratteristiche e competenze, delimitando confini di intervento ma soprattutto identificando le necessarie interazioni, integrazioni e collaborazioni. Da quanto schematizzato nella tabella 1, che non sto qui ad esaminare analiticamente ma che potrebbe essere fonte di molte riflessioni metodologiche e cliniche, si possono evincere alcune delle caratteristiche che rendono la MG assolutamente congrua alle problematiche sanitarie ed assistenziali della popolazione anziana.

Tabella 3 - Principali differenze tra la medicina generale e quella specialistica<sup>42</sup>

MEDICINA GENERALE	MEDICINA SPECIALISTICA		
Problemi	Malattie		
Problemi non selezionati	Malattie specifiche / selezionate		
Fase preclinica, clinica, esiti	Fase clinica, esiti		
Esclusione di malattie / problemi	Conferma di malattie		
Approccio olistico	Approccio parcellizzato		
Rapporto anche con i sani	Rapporto solo con i malati		
Persona nel proprio ambiente	Malato in ambiente estraneo		
Fiducia nel medico	Fiducia nella struttura  Rapporto asimmetrico con il paziente		
Rapporto simmetrico / negoziale con il paziente			
Continuità assistenziale	Episodio assistenziale (spesso)		
Lavoro isolato (spesso)	Lavoro in équipe		
Autonomia professionale	Rapporto gerarchico		
Strumenti di lavoro semplici	Tecnologia sofisticata		

<sup>&</sup>lt;sup>42</sup> Modif. da V. Caimi e M. Tombesi.

- In particolare mi sembrano significativi i seguenti punti:
- La continuità gestionale ed assistenziale: il MMG dell'anziano è spesso stato il MMG dell'adulto nella propria maturità, nel proprio divenire non solo sanitario ma anche psico-sociale; è quindi la figura che meglio può cogliere ed accompagnare le modificazioni che l'età determina nello stato di salute e nella vita stessa del paziente.
- L'approccio a fasi precoci o tardive della malattia: l'anziano presenta particolari problemi di gestione clinico-assistenziale in quanto la sintomatologia e la stessa evoluzione clinica delle sue malattie è spesso anomala; quindi l'esordio e il follow-up delle patologie devono essere lette alla luce della storia complessiva del paziente, che è modalità di approccio tipica della MG; inoltre è frequente che le metodologie operative standardizzate (linee guida, protocolli, ecc.) non siano congrue a realtà complesse come quelle dell'anziano "fragile", e che quindi ad esempio le procedure di screening o di follow-up debbano essere modulate di volta in volta: anche questa modalità è tipica della MG.
- L'approccio olistico: nella stessa ottica la MG è la sede e lo strumento cardine di coordinamento e di monitoraggio di tutti gli interventi sul paziente anziano. Se una delle distorsioni più macroscopiche della "scientizzazione" della Medicina, ovvero del suo essere sempre più Scienza Medica e sempre meno Arte Medica, è proprio la



- parcellizzazione delle conoscenze e quindi la visione dell'Uomo-Paziente come aggregato di organi ed apparati, solo una visione globale, sintetica, appunto olistica, può riportare la Medicina al suo fondamento Umanistico. E questo può solo realizzarsi, in concreto, nella MG; la quale, lungi dall'essere "tuttologia", deve poter armonizzare ciò che le varie branche Specialistiche portano di utile alla salute del singolo paziente.
- La fiducia nel medico, con autonomia professionale e rapporto negoziale: tre aspetti tipici della MG che bene si attagliano al rapporto con l'anziano; il MG, soprattutto da chi è nato in epoca pre-SSN, è visto, quasi con possessività, come il "mio medico", cioè "quello che io ho scelto": questo, se da un lato carica il MMG di una responsabilità molto pesante, dall'altro conferisce al MMG stesso una patente di autorevolezza più che di autorità, in quanto l'assistito sa che il medico, libero professionista scelto dal cittadino, deve fare riferimento a lui e non al Primario Ospedaliero o alla Struttura, riguardo ad ogni decisione gestionale od assistenziale, che andrà quindi in qualche modo "concordata" tra MMG e paziente; e per l'anziano è fondamentale sentirsi partecipe e "decisore" della propria salute, in quanto lo fa sentire ancora attivo anche sotto questo aspetto.
- Il basso livello tecnologico: questo aspetto che è tuttora tipico della MG e che da più parti (e forse non del tutto a torto) viene interpretato come pesante limite strutturale da superare, ha un risvolto positivo nella gestione del paziente anziano, specie domiciliare; la necessità di dover operare diagnosi e prendere decisioni cliniche in carenza di importanti strumenti tecnologici costringe il MMG a ricorrere a quegli strumenti della semeiotica clinica classica e tradizionale a torto ritenuti obsoleti e persino emarginati dall'insegnamento universitario e dai tirocini; invece il contatto umano, anche fisico, del MMG che visita il paziente, specie anziano, restituisce una dimensione di aiuto diretto e rafforza il legame personale con il paziente, eliminando la sensazione di "abbandono" e quasi di reificazione che l'anziano subisce in ambienti più tecnologici come quelli ospedalieri.

Ma soprattutto mi preme evidenziare due peculiarità proprie della MG:

- 1. Per i nostri anziani è del tutto "normale" portarsi addosso più di una patologia cronica: chi è iperteso può essere diabetico o cardiopatico o bronchitico cronico e così via. È quindi "normale" che si debbano affrontare itinerari diagnostici complessi e intersecati tra loro, programmare e realizzare follow-up multipli e sovrapposti fra loro, con il concreto rischio di far diventare il paziente una pallina da ping pong che rimbalza tra uno specialista e l'altro... Non è semplice, ma è certamente di competenza del MMG il coordinare e, ove possibile, snellire l'intricato percorso... nell'ottica "olistica" di cui si è detto...
- 2. L'altro risvolto, simmetrico al presedente, è quello della pluriterapia. Esistono studi che dimostrano che, nella popolazione generale, dal 20 a 40% dei pazienti ultrasessantacinquenni usano più di cinque farmaci al giorno, e il 12% ne usano più di 10 (compresi i prodotti da banco). Vedi in tal senso il capitolo "anziani e farmaci" di Elio Laudani in questo stesso quaderno Ce.R.R.Co. È d'altra parte noto che il rischio di interazioni tra i farmaci (per non parlare delle interazioni farmaco-malattia e farmaco-cibo) aumenta esponenzialmente con il crescere del numero dei farmaci usati e che assumere cinque o più farmaci espone almeno un terzo dei pazienti ad una qualche rea-



zione avversa o indesiderata. Come districarsi in questo ginepraio? Anzi, meglio, come aiutare il paziente a muoversi in questo ginepraio? Solo chi "tiene i fili" di tutta la terapia (non fosse altro che per il motivo burocratico che la prescrive sulle proprie ricette), cioè solo il MMG può rendersi conto della complessità del quadro. Certamente la MG italiana ha ancora molta strada da percorrere, sia in tema di sensibilizzazione al problema che in tema di formazione dei medici su questi temi, ma il successo di iniziative spontanee interne alla classe medica come quella di Slow Medicine, finalizzata a "una medicina sobria rispettosa e giusta", indicano che la strada è indicata e percorribile.

Infine un accenno al contesto familiare e sociale specifico delle persone anziane. Una caratteristica unica della MG è la capillarità della propria diffusione. Si dice sempre che gli ambulatori dei MMG sono in posti dove non ci sono neanche le parrocchie o le caserme dei carabinieri. Proprio la penetranza della MG sul territorio e la profonda, anche "fisica", appartenenza ad esso, rendono il MMG permeabile a tutto quello che sul territorio avviene e, quando non ne è egli stesso protagonista (con incarichi pubblici o di significato pubblico), lo rende partecipe e consapevole delle dinamiche sociali e familiari che coinvolgono i suoi assistiti.

Non mi soffermo qui sugli articolati meccanismi che si determinano e sulle conseguenze che ne derivano, spesso problematiche per la stessa attività professionale del MMG che non sempre è preparato ad affrontarle. Ma è giusto ricordare che la figura del MMG (seppure oggi diversa e lontana da quella paternalistica e un po' burocratica del Medico Condotto) conserva, specie per gli anziani, un ruolo importante di consiglio, quasi di mediazione, in aspetti non solo strettamente sanitari.

Sulla base di queste considerazioni mi sembra di poter rispondere alla domanda che apre questo paragrafo: effettivamente la MG è un po' un'altra cosa rispetto alla Medicina tout court, almeno come viene comunemente intesa oggi; ha caratteristiche peculiari che la rendono particolarmente adatta e forse specifica per certe realtà, come quella della popolazione anziana, rispetto alla quale è obbligo di tutti (e della classe medica in primis) prendere coscienza delle difficoltà ma anche delle potenzialità che l'onda demografica del "silver tsunami" ci sta portando.

#### La Medicina Generale oggi

Forse per capire se e come la MG sia in grado di avere un ruolo centrale nella realtà socio-sanitaria in marcia verso il 2020 in Italia e quindi essere fondamentale nella gestione della popolazione anziana dei prossimi anni, è utile qualche riflessione su quello che sta avvenendo oggi proprio nel modo della MG e dell'assistenza territoriale.

Solo qualche dato numerico. In Italia operano circa 46.000 MMG che (con i circa 8.000 pediatri di libera scelta) assistono tutta la popolazione residente o abitante in Italia; ciascuno di essi con un carico massimo di 1500 assistiti (ma la media è poco oltre i 1100). Un dato interessante è che oltre il 60% dei MMG ha più di 27 anni di anzianità di laurea (e quindi veleggia abbondantemente oltre i 50 anni di età); di conseguenza anche i MMG stanno incanutendo e buona parte di loro comincia a vedere in fondo alla strada il traguardo della pensione... Questo può voler dire che, da un lato, i MMG vivono sulla loro stessa pelle tutte le problematiche tipiche dell'invecchiamento e quindi sono certamente più sensibili ai temi che lo riguardano, e dall'altro che qualsiasi progettualità per il futuro, specie se riguarda gli aspetti organizzativi della professione, non può venire accolta con l'entusiasmo della gioventù...

In realtà la MG italiana è oggettivamente cresciuta, negli ultimi 25 anni, in modo significativo, soprattutto dal punto di vista scientifico e



culturale. Non è un caso che in tutti i Congressi medici e in tutte le iniziative di formazione e aggiornamento medico, anche in settore specialistico, è frequente, se non costante, la presenza tra i relatori o i formatori di un MMG o di una figura che si occupa del "ruolo del MMG" in quella tale patologia o in quel tale ambito. Non è un caso se la letteratura medico-scientifica anche internazionale comincia ad ospitare in modo non sporadico pubblicazioni provenienti dalla MG italiana o che vedono MMG italiani tra gli Autori. Non è un caso se MMG sono Autori o Co-Autori in trattati o testi autorevoli di MG, Medicina Interna o anche Specialistica.

Le ragioni di tale sviluppo sono da ricercarsi, a mio avviso, anche in un quadro normativo che ha mutato, negli ultimi 20 anni, la realtà della formazione in MG della MG stessa. La nascita di Scuole Specifiche di Formazione in Medicina Generale, la nascita e lo sviluppo (autonomo dalle "baronie" universitarie) del triennio di Formazione Specifica in MG (di fatto propedeutico all'accesso alla Convenzione in MG), l'esclusività della scelta tra MG e Specialistica (in quanto di fatto non è possibile oggi acquisire altre Specializzazioni se si è MG) e la sostanziale unicità del rapporto di lavoro tra MMG e SSN. Queste da un lato sono le basi organizzative e normative su cui sta crescendo la specificità scientifica della MG, dall'altro sono le sedi in cui le conoscenze scientifiche specifiche della MG si concretizzano passando alla realtà professionale, in particolare delle nuove leve dei MMG.

Ma come si realizza, nella realtà, l'attività del MMG oggi? Circa la metà dei MMG italiani lavora ancora oggi individualmente, in uno studio singolo; l'altra metà è invece collegata ad altri MMG e lavora in modo associato, condividendo in vario modo strutture e/o personale di segreteria o infermieristico oppure connettendosi con modalità e strumenti informatici. Questa è però una realtà molto variegata tra una zona e l'altra del Paese, e soprattutto è una realtà in veloce trasformazione. Oggi ogni MMG, statisticamente, vede in studio ogni suo assistito da 8 a 10 volte all'anno e questo vuol dire, per chi ha 1500 assistiti, 10-15.000 accessi all'anno in ambulatorio; una massa tale che è ormai impossibile gestire in forma individuale o privi di un supporto segretariale o infermieristico.

Il futuro della MG è quindi inevitabilmente legato ad una profonda ristrutturazione organizzativa della propria presenza sul territorio, che deve essere ripensata profondamente per contemperare esigenze apparentemente inconciliabili: la conservazione del rapporto di fiducia univoco e personale tra medico e paziente, l'ampliamento della disponibilità oraria degli studi medici, la diversificazione e l'ampliamento dei servizi messi a disposizione degli utenti all'interno degli studi dei MMG, la continuità assistenziale sulle 24 ore (o almeno 12 ore diurne) e sui 7 giorni, la presa in carico delle più frequenti patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, BPCO ecc.) e del loro follow up, la gestione dei pazienti ospitati in Strutture assistenziali (con più o meno elevata intensità di assistenza) ecc.

Tutto questo complesso quadro evolutivo si trova purtroppo a coincidere con due realtà ineludibili. La prima è una congiuntura economica e sociale assolutamente sfavorevole: la più grave crisi economica degli ultimi 100 anni nell'Occidentale sta costringendo tutti noi a ripensare profondamente quei modelli di welfare e di assistenza sanitaria che hanno garantito, ad esempio per l'Italia, uno dei migliori risultati al mondo in termini di durata della vita e di qualità dell'assistenza sanitaria estesa a tutti. La seconda, che è l'oggetto della presente pubblicazione, è lo spostamento della cosiddetta "piramide demografica" verso le decadi più avanzate (fig. 1), con le inevitabili conseguenze sulle dinamiche sociali e, per quello che ci riguarda, sanitarie e assistenziali.

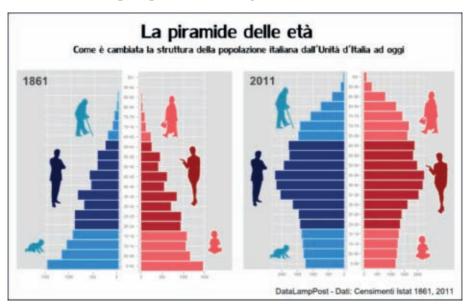


Figura 1 - La distribuzione per classi di età della popolazione italiana.

Come la Politica Sanitaria dell'Italia intenda affrontare questa situazione è tuttora azzardato prevedere. Come in molte altre occasioni mi sembra che le decisioni vengano prese senza un preciso disegno programmatico strategico, bensì sull'onda dell'emergenza (e sulla pressione dell'opinione pubblica che ne deriva): come non ricordare che la legislazione sulla sicurezza nei luoghi pubblici in Italia di fatto nacque dopo la tragedia del cinema Statuto di Torino (64 morti, 13 febbraio 1983)?

Infine un'ultima considerazione su di un aspetto di cui si occupano, peraltro, anche altri Autori nella presente pubblicazione. Quale sarà l'anziano del 2020? Come i 60-70enni di oggi sono molto diversi dai loro padri e dai loro nonni, è ragionevole pensare che i 70-80enni di domani saranno diversi da quelli di oggi; in altri termini, quella che definiamo "popolazione anziana" sarà forse più attiva, consapevole, partecipe, anche se anagraficamente più avanti con gli anni e più carica di acciacchi? Quale tipo di struttura familiare accoglierà o supporterà questi "nuovi anziani"? Questi ed altri interrogativi, tutt'altro che retorici, potranno pesantemente influenzare le necessità di assistenza e di salute dei prossimi anni, e quindi esprimere bisogni fondamentali cui anche la MG dovrà dare risposta.

## La Medicina Generale di domani: abbiamo delle proposte?

Questa è la domanda che può sorgere spontanea: i MMG – che vivono dal di dentro queste realtà, ne conoscono i problemi e ne possono intuire le prospettive – che cosa propongono?

Personalmente ritengo che, per questo settore, come per ogni altro, il decisore finale non necessariamente debba essere chi tecnicamente o professionalmente se ne occupa: il miglior Ministro dei Trasporti non necessariamente è un camionista, e il miglior Ministro della Salute non necessariamente è un medico (...la storia insegna...). Ma chi prende decisioni deve saper ascoltare chi tecnicamente si occupa del problema (anzi tutti quelli che se ne occupano) dando il giusto peso ai dati oggettivi, ai giudizi, alle progettualità ed anche alle aspirazioni di tutti i cosiddetti "stakeholders"; alla fine deve saper cercare la soluzione del problema mirando al bene comune.

Allora compito della classe medica, e in specifico dei MMG non ritengo sia quello di proporre delle soluzioni "chiavi in mano" su temi

così complessi, ma piuttosto di mettere in evidenza degli spunti di riflessione che non possono essere trascurati e devono essere tenuti in considerazione laddove si delineano le strategie e si redigono i progetti operativi.

Tentando, forse inutilmente, di semplificare o di fare chiarezza, provo a riflettere in modo analitico su alcuni argomenti che però si intrecciano tra loro (...e si complicano...). Provando a ragionare sui capoversi che seguono, inviterei a leggere queste righe proprio nell'ottica dell'assistenza all'anziano: si vedrà che l'importanza di questi aspetti è nettamente correlata alla "fragilità" della popolazione presa in considerazione.

#### Peculiarità della assistenza territoriale

Un SSN che voglia conservare la sua caratteristica più qualificante, cioè l'universalità, non può prescindere da una Assistenza Territoriale qualificata, strutturata, efficace, ma soprattutto capillare. Personalmente ritengo quindi la capillare diffusione dei MMG la peculiarità forse più qualificante ed irrinunciabile della MG italiana. La vicinanza fisica del MMG ai propri assistiti non è soltanto una "comodità" per il paziente (e per il MMG), ma è da un lato uno strumento operativo efficace per garantire l'uniformità e la continuità delle cure, dall'altro un fattore psico-sociale importante di integrazione tra la popolazione e chi



eroga a quella popolazione servizi e cure. Questa caratteristica ha avuto ed avrà sempre un costo in termini di risorse economiche ed umane, ma ritengo sia un valore cui non si debba rinunciare.

In modo assolutamente analogo, direi simmetrico, ugualmente rilevante ed irrinunciabile pongo come valore fondante il rapporto di fiducia personale e diretto tra Assistito e MMG. Come ho già accennato in precedenza, la scelta da parte del cittadino del proprio MMG, cioè del Medico cui affidare in buona sostanza la propria salute è un atto libero, responsabilizzante ed enormemente qualificante. Il rapporto di fiducia su cui si basa questa scelta (sempre revocabile nel tempo...) è il legame di fondo su cui si regge tutto il sistema. Rendere compatibili questi due valori con nuove modalità organizzative dell'Assistenza Territoriale non sarà semplice, ma sarà indispensabile.

Altra peculiarità fondamentale della MG è la prospettiva "longitudinale" della cura e dell'assistenza, cioè la continuità nel tempo: il MMG segue per anni (a volte per decenni) il proprio assistito e la sua famiglia, ne coglie le trasformazioni cliniche, ambientali e finanche sociali, ne raccoglie man mano un patrimonio impagabile di esperienza (che è anamnesi clinica ma anche rapporto personale e psicologico), ne distilla i significati e gli aspetti caratterizzanti. Fare vera continuità assistenziale è questo, più che tenere aperti gli ambulatori per molte ore al giorno (magari per fronteggiare i "codici bianchi" che le strutture di Pronto Soccorso giustamente rifiutano).

#### Domiciliarità e Strutture Assistenziali

La moderna, e direi "fisiologica", evoluzione del concetto di Ospedale ha trasformato, negli ultimi decenni, le strutture ospedaliere destinandole in modo sempre più netto alle patologie acute: ormai si parla di "hub" e "spoke" per identificare i Centri di Riferimento provinciali e regionali con le diverse specificità e i diversi livelli di complessità assistenziale (...come per gli aeroporti). In Ospedale ormai ci si ricovera per pratiche chirurgiche, per terapie di urgenza o di emergenza o di grande complessità (e/o costo...), per fare diagnosi con tecnologie di alto livello, ecc... Il concetto stesso di "lungodegenza" assume sempre di più significati extra-ospedalieri. Ormai la cronicità e il followup delle patologie più comuni sono trasferite all'Assistenza Territoriale. Ma questo vuol dire che il MMG si trova sempre più spesso a doversi fare carico di situazioni cliniche complesse, per pazienti post-chirurgici, terminali, portatori di cateteri e stomie, con terapie infusionali, ecc.

La realtà attuale della struttura familiare non sempre consente di gestire queste situazioni in ambito domiciliare, con l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o con le altre risorse disponibili (che peraltro diventano sempre più limitate... in tempi di tagli lineari ed indiscriminati...). Si deve identificare un livello intermedio di assistenza per quei

pazienti, non più "ospedalieri" ma non ancora autonomi o "domiciliari" (spesso allettati o non deambulanti), che richiedono come prevalente un impegno assistenziale di tipo infermieristico e riabilitativo, ma che necessitano comunque di una supervisione medica costante, anche se non intensiva. Questo livello deve essere di competenza della MG, che se ne deve assumere il carico, ma che deve anche avere a disposizione le risorse per poterlo fare: i letti in cui accogliere questi pazienti, il personale infermieristico ed assistenziale, l'accesso alla farmacia ed al prontuario ospedalieri, la disponibilità (con corsia preferenziale) dei Colleghi Specialisti per le eventuali consulenze e delle strutture diagnostiche ospedaliere per la diagnostica (radiologica, endoscopica, di laboratorio ecc.). Non mi soffermo sui due possibili maggiori benefici di questo tipo di soluzione: la riduzione dei costi (...rispetto ad un letto in ospedale...) e la vicinanza del paziente al proprio domicilio (se a domicilio non può stare).

In realtà alcune formule sono già state tentate e sono in atto. Come al solito si procede in ordine sparso e a macchia di leopardo, dando libero sfogo alla creatività italiana ... In molte Regioni questa è la competenza degli "Ospedali di Comunità" (c.d. "Country Hospital") o di iniziative simili. Nella nostra ASL (CN2 Alba Bra) è da alcuni anni in corso una modalità assistenziale denominata "Letti di Prossimità", particolarmente adatta alla realtà geografica locale (popolazione molto sparsa, piccoli comuni, difficili collegamenti stradali, ampia diffusione di Residenze Assistenziali o Case di Riposo), in cui l'ASL si convenziona con le Strutture Assistenziali Private (RSA, Case di Riposo) per un numero limitato di letti che sono messi a disposizione e sotto la responsabilità dei MMG. Soltanto se si riuscirà a riordinare efficacemente questo settore, normandolo adeguatamente e dotandolo delle risorse necessarie (in parallelo con l'ADI), la MG potrà rispondere adeguatamente ai crescenti bisogni della cronicità e della post-acuzie.



## Urgenza, continuità assistenziale, cronicità, fragilità

A quale o a quali di questi bisogni deve rispondere la MG? La risposta è tutt'altro che facile o automatica. Soprattutto perché non è affatto pensabile che la MG attuale possa far fronte a tutto e soprattutto perché a fronte di ciascuno di questi bisogni sono possibili soluzioni organizzative e strutturali diverse e forse inconciliabili tra loro.

Sgombrato il campo dal retaggio (del secolo scorso o di quello ancora precedente) della figura del Medico sempre reperibile e disponibile ad affrontare ogni evenienza (dal parto in casa alla frattura, dalla polmonite del nonno al morbillo del bambino), è doveroso chiarire compiti, limiti, competenze, obiettivi della MG nell'ambito territoriale. La disponibilità di strumenti tecnologici (dal computer per la gestione dei dati al cellulare per la reperibilità) hanno aperto spazi e possibilità: ad esempio condividere i dati con i Colleghi dell'Associazione o della Medicina di Gruppo o della Continuità Assistenziale (Guardia Medica), oppure fare triage telefonico sulle richieste di visita domiciliare. Ma, tra le tante cose che si possono fare, rimane tutto da definire l'obiettivo vero e precipuo della MG futura, quello su cui si configurerà l'organizzazione generale della MG...

Personalmente ritengo che la MG dovrà identificare la propria "mission" prevalentemente nella gestione della cronicità (dalla prevenzione alla lungo assistenza, fino alle terapie palliative); mentre, contrariamente a quanto si sente affermare da molte parti, il problema della gestione dell'urgenza e dell'emergenza (compresi gli affollamenti dei Pronto Soccorso) deve trovare soluzioni organizzative diverse: da questi problemi la MG non può chiamarsi fuori, ma non può essere vista come l'unica soluzione.

Certo sarebbe una sfida affascinante poter rispondere a tutte le richieste di salute dei cittadini con una Medicina di primo livello che potesse essere contemporaneamente la vera ed unica porta di accesso al SSN e la sede della risposta clinico-assistenziale ai bisogni della cronicità... ma penso che siamo ancora a livello di teoria... E poi non si può pensare di fare "le nozze con i fichi secchi"...

## Rapporto con il sociale: anziano abbiente e non abbiente. Il nodo delle risorse

A proposito di bisogni. Quando si parla di fragilità, possiamo intendere solo quella clinica o legata alle patologie organiche della persona?

È banale sottolineare che lo status socio-economico è uno dei fattori principali che influenzano la qualità di vita dell'anziano, soprattutto se "fragile" o con patologia cronica. Non solo, ma la possibilità economica di potersi garantire un supporto assistenziale di buon livello, sia al proprio domicilio che in Struttura, di fatto, può realmente allungare la vita di questi anziani. Allora si pone concretamente il problema dell'uniformità delle cure per l'anziano di domani. La cronicità delle patologie prevalenti e la complessità dei trattamenti e delle necessità assistenziali rendono e renderanno sempre più pressante (fino a farlo diventare drammatico, in alcune situazioni) il problema delle risorse umane ed economiche da destinare a questo settore.

Quali saranno i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che la nostra società si potrà permettere in tema di gestione della terza e della quarta età? Quali sono e saranno le scelte di politica economica e sociale di oggi e dei prossimi anni, dalle quali dipenderà l'esistenza stessa del welfare quale noi oggi lo conosciamo? Non sta certo alla MG rispondere a queste domande, ma ciascuno degli operatori sanitari deve porsele.

Solo una considerazione personale. Di fronte ad un così epocale e storico rivolgimento demografico, e soprattutto in presenza di una finitezza delle risorse, il concetto stesso di "sviluppo" economico e sociale dovrebbe essere ripensato; e di conseguenza dovrebbe essere ripensata la distribuzione e la destinazione delle risorse, a fronte di obiettivi economici e sociali (e quindi anche sanitari ed assistenziali) per buona parte nuovi e diversi da quelli degli ultimi due secoli.



Allora si dovrà pensare ad un uso diverso, più sobrio e ragionevole, delle ricchezze (umane, finanziarie, strumentali, organizzative, ecc.) per metterle a disposizione di una platea di soggetti, numericamente crescente e qualitativamente più esigente, per soddisfarne bisogni fondamentali e a volte vitali. Ma bisognerà anche che questa parte di società, quella "anziana", si renda a sua volta protagonista piuttosto che rimanere soggetto passivo: deve poter mettere a disposizione le risorse esperienziali e culturali (e perché no... anche economiche...) di cui ancora dispone, deve fornire alle generazioni successive (nelle forme e nei modi più consoni) gli strumenti che ancora possiede, in altre parole aiutare la società per essere aiutati.

È evidente che in questa ottica l'integrazione tra "pubblico" e "privato" è una prospettiva inevitabile, anzi è l'essenza stessa della soluzione al problema. La misura, le forme, la realizzazione pratica di questa integrazione sono, almeno in parte, ancora da inventare e sperimentare; ma questa è l'unica strada... se non si vuole rimanere fermi ...E anche l'assistenza territoriale e la MG dovranno realizzare i loro obiettivi attraverso questa ottica.

## Epidemiologia e farmacovigilanza

Abbiamo già accennato alla capillarità ed alla continuità assistenziale come caratteristiche uniche e peculiari della MG. Tra le tante conseguenze di tali aspetti, vorrei sottolinearne solo due che, colpevolmente, sinora la MG ha trascurato e che sarebbero assolutamente qualificanti e di grande interesse per la gestione della popolazione anziana.

La prima è la ricerca epidemiologica. La MG raccoglie, volente o nolente, i dati sulla salute di tutta la popolazione italiana; se solo si riuscisse a raccoglierli in modo ordinato, organico, strutturato, avremmo un colossale database onnicomprensivo sul quale si potrebbero effettuare tutte le valutazioni epidemiologiche immaginabili; e sarebbero quelle "vere", sulla reale popolazione, sui reali avvenimenti di salute, non i dati della letteratura che estrapolano le informazioni su popolazioni selezionate, magari neanche italiane. Proviamo a pensare a quali possibilità di studio e di intervento si potrebbero realizzare se veramente monitorizzassimo in tempo reale la salute degli italiani: magari situazioni a rischio con conseguenze a volte drammatiche potrebbero essere colte in modo più tempestivo. È il caso di ricordare i mesotelio-

mi da asbesto, i danni da diossina, le neoplasie vicino agli impianti industriali: i MMG di quelle zone sono stati i primi ad accorgersi che qualcosa non andava! E quando si parla di anziani, solo chi ha in memoria tutta la storia clinica ed umana può cogliere anche i sospetti o i segnali d'allarme.

In modo assolutamente analogo e simmetrico, lo stesso discorso dovrebbe essere fatto in tema di farmacovigilanza. Se ne è già detto, ma mi preme ribadire che su questo argomento la MG ha tutte le possibilità per essere la vera struttura di sorveglianza sul territorio riguardo all'uso del farmaco ed alle sue conseguenze; ovvero in altri termini, la MG è la reale unica possibile attrice della farmacovigilanza di fase quarta (cioè post-marketing). Non averlo fatto finora è pesante responsabilità; doverlo fare in futuro, con particolare attenzione alla popolazione anziana pluritrattata, è un obbligo.

## Rapporti con Ospedali e Strutture Specialistiche

La MG è parte preponderante della assistenza territoriale ovvero dell'assistenza cosiddetta "di primo livello" (intendendo le Strutture Ospedaliere e Specialistiche come di "secondo" o "terzo" livello). Ma quali siano di fatto ed in concreto i limiti di intervento tra i vari livelli sembrerebbe cosa del tutto opinabile, visto quello che avviene normalmente in diverse realtà... A seconda delle diverse situazioni organizza-



tive e strutturali locali, vediamo situazioni cliniche analoghe trattate in modi diversi, con compiti e competenze a volte "scaricate" sul MMG a volte rivendicate dallo Specialista, così come vediamo sorgere Ambulatori Specialistici o Strutture per problemi o condizioni che di specialistico hanno poco (come la menopausa o la terapia anticoagulante orale).

Di fronte però alla marea montante delle patologie croniche (e della popolazione anziana che ne è portatrice) l'unica possibilità di intervento efficace è un confronto paritario tra MMG e Specialistica per definire progetti integrati di intervento, basati su conoscenze condivise, in cui si decide chi fa che cosa e quando lo fa, nel rispetto delle rispettive professionalità e con l'obiettivo unificante dell'ottimizzazione delle risorse al servizio del paziente. Anche questa è una strada che personalmente ritengo difficile e irta di ostacoli (anche culturali), ma priva di alternative.

#### Elasticità del modello

Qualsiasi progetto si possa disegnare per il futuro dell'assistenza, in specie per quella territoriale, una caratteristica dovrà essere requisito fondamentale: l'elasticità e modularità del progetto e dei modelli realizzativi. La attuale regionalizzazione del SSN (di cui peraltro si stanno palesando limiti e difetti) con le conseguenti differenze organizzative e normative, ma anche la variabilità stessa delle situazioni geografiche e strutturali del territorio italiano, rendono inapplicabile o illusorio uno schema rigido universalistico. Non si può pensare di gestire con lo stesso strumento un problema clinico o assistenziale se ci si trova in un condominio in una grande città del Nord, piuttosto che in una baita di un piccolo Comune di una vallata alpina, in un assolato paesino del Meridione, o in una florida cittadina della bassa padana...

La MG non può e non deve farsi ingabbiare in formule organizzative o in strutture (anche fisiche); proprio per il fatto di doversi confrontare con la estrema variabilità delle necessità territoriali, deve potersi modulare nelle sue forme e nelle sue configurazioni; paradossalmente, solo sapendosi adattare alle diverse realtà potrà rimanere sé stessa e rispondere ai bisogni della popolazione.

### Fare rete o fare sistema?

Un'ultima considerazione mi sembra possa essere indispensabile. Qualsiasi sia il tipo di evoluzione che l'assistenza sanitaria italiana si darà (o subirà...), un criterio metodologico e organizzativo mi sembra ineludibile.

Espressioni come "fare rete" o "fare sistema" sono oggi di gran moda, e vengono applicate spesso anche a sproposito... Ma al di là delle voghe concettuali del momento, questa è l'unica vera soluzione possibile anche riguardo ai problemi di cui ci stiamo occupando.

Applico volentieri l'immagine della rete in due accezioni: in primo luogo come configurazione distribuita e non gerarchica dei centri di responsabilità e, in secondo luogo, come strumento operativo di distribuzione dei carichi e delle risorse. È similitudine significativa ricordare che una rete può reggere un peso che spezzerebbe ciascuno dei fili che la compongono.

Solo inserendo la MG e l'Assistenza Territoriale in un sistema pensato e realizzato all'insegna dell'integrazione si potrà pensare di reggere all'impatto che già oggi, ma ancor più in un prossimo futuro, sta rischiando di travolgere la nostra organizzazione sanitaria e socio-assistenziale: il boom demografico della terza e della quarta età. Nessuno si può illudere di farcela da solo: nè il pubblico, nè il privato, nè l'Ospedale, nè il Territorio... Ed errore ancora più grave sarebbe per ciascun settore pensare di poter crescere a spese degli altri o in competizione con essi. Sarebbe una guerra senza vincitori ma con tante vittime: i nostri anziani (e noi stessi quando lo saremo).

## Conclusioni

Chi parla del futuro non dovrebbe dare delle "conclusioni"... Qualsiasi discorso dovrebbe essere un punto di partenza, o al massimo una tappa di un percorso, non un punto d'arrivo; quindi non vorrei porre delle chiose finali, ma sottolineare il significato di quanto avete avuto la pazienza di leggere sino a qui.



La realtà sociale e sanitaria che si sta trasformando sotto i nostri occhi e che ci pone e ci porrà importanti questioni riguardo alla vita ed alla salute dei nostri anziani (e di noi che lo saremo a breve) non può essere ignorata. Scotomizzare o rimuovere la questione ci espone a rischi concreti e vicini di conseguenze gravi per l'individuo e per la società.

La MG, che pure soffre di problemi antichi e non ha ancora ben chiare le prospettive per il proprio futuro, è cardine fondamentale in un qualsiasi progetto di ristrutturazione a medio o lungo termine dell'assistenza territoriale; qualsiasi prospettiva si ponga, qualunque sia il disegno strategico per gli anni a venire (ma in parte già per l'oggi) la MG dovrà essere protagonista preparata e consapevole.

## Bibliografia di riferimento

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n° 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

CAIMI V. - "Organizzare l'attività ambulatoriale e domiciliare" in "Medicina Generale", UTET, 2003.

# INVECCHIARE CON GUSTO



Pierangelo Pieroni Medico Geriatra

Arrivare a cent'anni non è più un privilegio di pochi. Ed "invecchiare non è una malattia" come ci insegnava il Prof. F.M. Antonini, Direttore a Firenze della prima Scuola di Specializzazione in Gderiatria istituita in Italia.

La popolazione dei grandi vecchi sta aumentando in modo vertiginoso e questi pongono alla società sfide sempre più impegnative, finalizzate a promuovere il benessere anche nell'età più avanzata.

Il piacere del cibo non si riduce con l'età e rientra certamente tra le componenti del benessere. Per tutti ed in particolare per l'anziano oltre che buono, appetibile e godibile, il cibo dovrebbe essere accessibile economicamente, sicuro, e se possibile anche salutare.

#### Cultura del cibo ed anziani

Nel mondo occidentale, sotto la spinta della generazione dei cosiddetti "baby-boomers" che oggi si affacciano alla terza età, sta cambiando rapidamente – se non si è già decisamente trasformata – la cultura del cibo, intesa come componente fondamentale e determinante dello stato di salute.

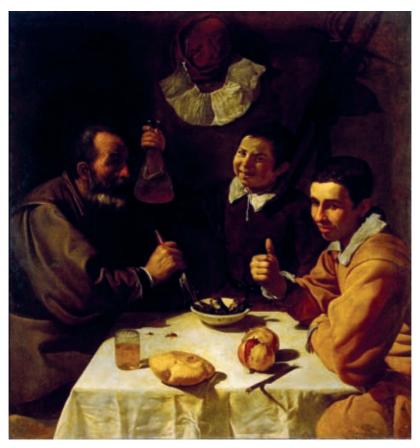
Basti pensare alla grande attenzione rivolta dai media agli argomenti inerenti l'alimentazione: diete, ricette, alimenti "antiaging", alimenti biologici, tracciabili e via dicendo.

"Siamo quello che mangiamo" dicono coloro che mettono l'accento

sul fatto che gli alimenti che consumiamo sono determinanti sia per la prevenzione che per lo sviluppo di molte malattie. Cibo quindi non più e non solo per sfamarsi, ma per stare bene.

## Un modello imbattibile: la dieta mediterranea

La cosiddetta dieta mediterranea, quel particolare modello o regime alimentare tipico dei Paesi Europei che si affacciano sul bacino del Mediterraneo, Italia compresa, è stata riconosciuta dall'UNESCO "patrimonio immateriale culturale dell'umanità" nel 2010. Infatti la dieta mediterranea è un regime alimentare equilibrato anche dal punto di vista nutrizionale, in grado di contribuire alla prevenzione sia delle patologie dell'apparato cardiovascolare che del declino cognitivo tipico dell'invecchiamento.



Diego Velazquez: "Pranzo"

Gli alimenti principali su cui si basa la dieta mediterranea sono i cereali, il pane, la verdura, la frutta, l'olio di oliva, il pesce (consumato in maggiori quantità rispetto alla carne) ed il vino. Quasi ogni giorno sulle più importanti riviste scientifiche internazionali compaiono articoli che studiano e documentano gli effetti benefici della dieta mediterranea.

## Combattere il morbo di Alzheimer con gli alimenti?

Oggi vi è un sostanziale accordo sul fatto che la dieta mediterranea si associ a:

- minore rischio di sviluppare malattia di Alzheimer e decadimento cognitivo<sup>43</sup>
- minore progressione da MCI (Mild Cognitive Impairment o lieve compromissione cognitiva) a demenza conclamata<sup>44</sup>
- migliori prestazioni cognitive nelle persone anziane<sup>45</sup>.

A livello clinico si è osservato che, in soggetti anziani sani, elevati livelli di vitamine del gruppo B (B1, B2, B6, folati, B12), oltre che di vit C, vit D, vit E ed acidi grassi omega-3 si associano a migliori prestazioni cognitive e a minore atrofia cerebrale visibile alla risonanza magnetica cerebrale<sup>46</sup>.

Gli studi che hanno valutato l'efficacia sulle funzioni cognitive della supplementazione dietetica con singoli componenti come alte dosi di vitamine del gruppo B o di vitamina E hanno dato finora risultati contrastanti: è noto ad esempio un ampio lavoro di Petersen<sup>47</sup> che non mostrava alcun beneficio della vit E ad alte dosi nei soggetti con deterio-

<sup>&</sup>lt;sup>43</sup> Gu Y, Scarmeas N. Dietary patterns in Alzheimer disease and cognitive aging. Current Alzheimer Research 2011; 8(5):510-9.

<sup>&</sup>lt;sup>44</sup> Solfrizzi V,Frisardi V, et al. Mediterranean diet in predementia and dementia syndromes. Current Alzheimer Research 2011;8(5): 520-42.

<sup>&</sup>lt;sup>45</sup> Valls-Pedret C, et al. Poliphenol-rich foods in the Mediterranean diet are associated with better cognitive function in elderly subjects at high cardiovascular risk. International Journal of Alzheimmer's Disease 2012;29(4):773-82 <sup>46</sup> Bowman GL, Silbert LC, et al. Nutrient biomarker patterns, cognitive function and MRI measures of brain aging. Nuerology 2012; 78(4): 241-9.

<sup>&</sup>lt;sup>47</sup> Petersen RC, et al. Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. N Engl J Med 2005;352(23):2379-88.

ramento cognitivo lieve-MCI. Tuttavia un recente ed ampio studio<sup>48</sup> eseguito su soggetti con malattia di Alzheimer di grado lieve-moderato seguiti per 4 anni che assumevano dosi di 2000 UI /die di alfa-tocoferolo (vit E) ha dimostrato di ritardare la perdita di autonomia dei pazienti e di ridurre il carico assistenziale del caregiver valutato in circa 2 ore di meno di impegno al giorno, con le connesse non trascurabili ricadute sociali ed economiche.

Altre indagini sono in corso per valutare l'efficacia di prodotti contenenti principi attivi con azioni tra loro sinergiche in grado di incidere, a dosaggi prestabiliti, sui meccanismi alla base del deficit cognitivo osservato nella m. di Alzheimer e in altre patologie simili. Ad esempio una dieta arricchita di una specifica combinazione di nutrienti, tra cui nucleotidi (uridina), acidi grassi polinsaturi, omega-3 (quali l'acido eicosapentaenoico – EPA e l'acido docosaesaenoico – DHA), colina, vitamine del gruppo B, fosfolipidi, antiossidanti e selenio in particolari dosaggi<sup>49</sup>, sarebbe in grado di preservare il funzionamento cerebrale attraverso vari meccanismi quali l'integrità della membrana neuronale, la crescita delle arborizzazioni dendritiche, la comunicazione sinaptica.

Vediamo ora in particolare le principali molecole di cui la dieta mediterranea è ricca e che risultano preziose per "invecchiare bene":

#### ANTIOSSIDANTI

Sono sostanze capaci di disattivare i *radicali liberi* potenzialmente dannosi per l'organismo: sono molecole reattive che derivano dall'ossigeno implicate nel danno cellulare e che partecipano allo sviluppo di malattie cardiovascolari, infiammazione, artriti, cataratta, tumori ed accelerano i processi di invecchiamento.

Il nostro organismo riesce a tenere sotto controllo l'attività dei radicali liberi attraverso speciali sostanze antiossidanti endogene (sintetiz-

<sup>&</sup>lt;sup>48</sup> Dysken MW; Sano M. Et al. Effect of vitamin E and memantine on functional decline in Alzheimer disease: the TEAM-AD VA cooperative randomized trial. JAMA. 2014; 311(1):33-44 (ISSN: 1538-3598)

<sup>&</sup>lt;sup>49</sup> Bianchetti A, Rozzini R. Efficacia di Souvenaid nel trattamento del deficit cognitivo del soggetto anziano:il giudizio dei pazienti e dei caregiver. Risultati preliminari di una survey. Psicogeriatria 2014; 2:66-75.

zate autonomamente) ed esogene (presenti negli alimenti). Tra le sostanze con proprietà antiossidanti presenti nei cibi ricordiamo la vitamina E, la vitamina C, la vitamina A, i carotenoidi, i polifenoli e le antocianine.

Molti alimenti sono ricchi di antiossidanti, soprattutto quelli di origine vegetale: ad esempio pomodori, broccoli, cavoli, cavolfiori, zucca, cipolle, aglio, spinaci, bietole e verdura a foglia verde; arance, frutti rossi e mirtilli, kiwi, pompelmo, avocado, ecc.

### **POLIFENOLI**

Sono sostanze naturali che hanno proprietà antiossidanti. Possono essere distinti in tre classi, i fenoli semplici, i flavonoidi e i tannini. Si trovano in diversi cibi, come il vino rosso, il tè, la frutta, la verdura e i cereali. La loro azione antiossidante si traduce in effetti benefici per quanto riguarda la prevenzione dell'invecchiamento cellulare e dello sviluppo dei tumori.

I polifenoli proteggono dall'insorgenza di alcune malattie, come l'arteriosclerosi e le malattie cardiovascolari in generale. Molto ricchi di polifenoli sono due bevande: il tè (specialmente quello verde) e il vino, perché queste sostanze abbondano nell'uva. Anche la frutta e la verdura ne sono ricchi: in particolare, da questo punto di vista, possono essere ricordati i frutti di bosco, gli agrumi, le ciliegie, l'aglio, la cipolla, i cavoli, i broccoli e il pomodoro.



Francisco de Zurbaran: "Natura morta"

Per quanto riguarda i cereali, dobbiamo ricordare soprattutto quelli integrali, nello specifico il grano saraceno, i semi e la frutta secca. Ottime fonti di polifenoli sono anche il cacao, il cioccolato, la birra e l'olio d'oliva.

## **LECITINA**

È un fosfolipide cioè una molecola costituita da una regione lipidica (non solubile in acqua) e da un residuo di acido ortofosforico con caratteristiche opposte (idrosolubile). La lecitina è un emulsionante perché grazie alla sua struttura è capace di tenere insieme due sostanze, come i grassi e l'acqua, normalmente non mescolabili.

#### **COLINA**

La colina, insieme all'inositolo, costituisce l'elemento base della lecitina, la sostanza che, come abbiamo spiegato sopra, funzionando da agente emulsionante, contribuisce a mantenere i grassi in soluzione nel sangue e negli altri fluidi organici, aiutando l'organismo a conservare normali livelli ematici di colesterolo e trigliceridi. Una condizione irrinunciabile per ridurre l'indurimento delle arterie e proteggere fegato e cuore.

La colina contribuisce al mantenimento di una sana funzionalità epatica, in quanto rientra nel gruppo di sostanze definite "lipotrofe", ovvero in grado di prevenire i depositi di lipidi a livello del fegato. Inoltre è essenziale per la formazione dei principali componenti delle membrane cellulari (fosfolipidi) e dell'acetilcolina, sostanza importante che partecipa come neurotrasmettitore in molti processi cerebrali, memoria compresa con effetti positivi sulle funzioni cognitive.

# Il gusto nell'invecchiamento: qualcosa è cambiato?

Le abitudini alimentari, ed in particolare i gusti in fatto di cibo, differiscono da persona a persona per motivi genetici, di educazione o di cultura e di abitudini familiari.

Come funziona il senso del gusto? Il gusto, come l'olfatto, è un senso chimico. Utilizza cioè segnali chimici per tradurre il sapore nella sensazione gustativa che ci è familiare.

Nell'ultimo decennio si sono avuti enormi progressi nella comprensione dei meccanismi mediante i quali i segnali chimici recepiti dalle

papille gustative vengono trasmessi poi al cervello, sotto forma di impulsi nervosi.

Lo stimolo gustativo interagisce con recettori di membrana posti sulle cellule gustative, collocate sulle papille della lingua. Il sistema gustativo periferico mostra una straordinaria plasticità: è cioè capace di adattarsi ai molteplici cambiamenti che si verificano nel nostro corpo, dal punto di vista metabolico, funzionale e ormonale. Anche nell'adulto, il senso del gusto è fortemente modulato dagli ormoni circolanti, da fattori di crescita e dai modulatori dell'infiammazione.

Ma si può dire che il gusto cambi con l'invecchiamento? Sembra che la relazione gusto-età sia condizionata da influenze di tipo "sessuale". C'è un rapporto preciso tra estrogeni (e androgeni) e senso del gusto, che non si limita alla vecchiaia ma è presente in tutto l'arco della vita.



Annibal Carracci: "Il mangiatore di fagioli"

Gli ormoni sessuali hanno infatti un effetto protettivo sulla salute della bocca e sulla funzione del gusto; proteggono non solo la salute dei denti e il mantenimento del sorriso, ma sono preziosi anche per la conservazione di una migliore secrezione salivare. Questa, unita ad una dentatura più sana, e ad un rallentato invecchiamento delle papille gustative, consente di assaporare di più il cibo e di mantenere stili alimentari più variati, più piacevoli e nel complesso più nutrienti, contribuendo al piacere di vivere.

I nostri ormoni, in pratica, agirebbero sulla qualità del gusto influendo sulle nostre scelte alimentari. Il ciclo mestruale di una donna è un esempio concreto di come possono variare le normali abitudini alimentari. Nel momento dell'ovulazione, infatti, in corrispondenza di livelli più alti di estradiolo, si riducono i carboidrati, mentre nella fase premestruale si preferiscono i dolci.

Con l'avanzare dell'età aumenta la soglia di sensibilità al dolce e al salato. Le persone anziane, infatti, tendono a utilizzare più sale e più zucchero. È importante tenere conto di queste modificazioni nella preparazione di ricette che soddisfino il piacere del palato: ad esempio insaporendo opportunamente con erbe e spezie e dolcificando con miele o zuccheri della frutta, senza forzatamente ricorrere all'aggiunta di sale o ad abbondare nell'uso degli zuccheri semplici (come il saccarosio cioè lo zucchero da cucina) entrambi rischiosi se consumati in eccesso.

Oltre che dagli ormoni e dall'età, il senso del gusto può essere influenzato dall'azione di fattori esterni all'organismo. Tra questi, i più frequenti sono:

- le **infezioni** (in particolare quelle virali). Possono alterare la percezione gustativa, oltre che olfattiva, di alcuni cibi. Molte persone, dopo l'influenza, notano un'avversione per il gusto e l'odore del caffé, per esempio, o di altri cibi o bevande prima amati. Altri invece notano una perdita di sensibilità gustativa e olfattiva. In genere la sensibilità gustativa ritorna alla normalità nel giro di qualche mese; in casi più rari l'alterazione può diventare definitiva.
- I farmaci. Molti di essi alterano il senso del gusto, in genere reversibilmente: tra questi i chemioterapici, che agiscono non solo contro le cellule tumorali, ma contro tutte le cellule ad alto ricambio come quelle della bocca e dell'apparato gastrointestinale. Danneggiano perciò le cellule delle papille gustative e gli epiteli di tutto l'intesti-

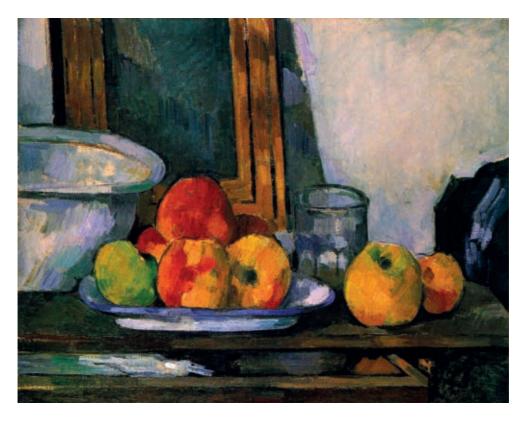
no: di qui l'avversione per alcuni cibi, complicata dalla nausea; il bruciore alla bocca; la vulnerabilità a cibi acidi o salati; la difficoltà a masticare, peggiorata dalla mucosite (infiammazione della mucosa della bocca). In questi casi il paziente sente spesso la necessità di cibi freschi e semplici, come i gelati, che possono apportare un buon contenuto calorico dando al contempo sollievo e un po' di piacere, in un periodo difficile della vita.

• Le **spezie**. Per esempio è stata interessantissima la riscoperta delle preziose proprietà della **curcuma**... Già nota nell'antichità in Oriente e largamente usata in cucina e per la preparazione di medicinali, la *Curcuma longa* è una pianta che contiene la curcumina (diferuloilmetano), un principio attivo che possiede numerose proprietà farmacologiche. Recentemente è stato documentato l'interessante ruolo della curcumina nella cura di alcune malattie neurodegenerative (M. di Alzheimer e M. di Parkinson) e dei tumori<sup>50</sup>. All'origine di queste malattie sta un comune meccanismo infiammatorio che determina un danno ossidativo ai componenti cellulari (lipidi di membrana, acidi nucleici, proteine): la curcumina agirebbe con diversi meccanismi di attacco nel proteggere la cellula dai danni ossidativi.

## Citochine ed appetito

Le citochine, molecole pro infiammatorie, sono mediatori chimici prodotti dal Sistema Immunitario. Esse fungono anche da messaggeri tra cellule immuni e non, in modo da favorire una risposta infiammatoria. Le principali citochine sono interleuchina1 (IL-1), interleuchina 6 (IL-6) ed il fattore di necrosi tumorale (TNF  $\alpha$  dall'inglese Tumor Necrosis Factor).

<sup>&</sup>lt;sup>50</sup> Wing-Hin L, Ching-Yee L et al. Curcumin and its Derivatives: Their Application in Neuropharmacology and Neuroscience in the 21<sup>st</sup> Century. Curr Neuropharmacol. Jul 2013; 11(4): 338-378.



Paul Cézanne: "Natura morta con cassetto aperto"

Un'importanza sempre maggiore è legata all'azione che le citochine possono avere nel cervello ed in particolare nei fenomeni di senescenza. In situazioni di malattia acuta, come nel caso di un'infezione, per esempio, le citochine proinfiammatorie cerebrali fungono da tramite tra l'azione delle citochine prodotte in periferia e i bersagli neuroendocrini, metabolici e comportamentali. In situazioni croniche, come a volte avviene nell'invecchiamento anche senza evidenti patologie in atto, livelli di citochine elevati e prolungati nel tempo possono determinare alterazioni delle funzioni cognitive e dell'umore.

Uno degli effetti più evidenti dell'azione delle citochine è che un individuo malato mostra una diminuzione dell'attività motoria, una ridotta assunzione di cibo e acqua, disinteresse per l'ambiente e tendenza a stare solo. Se il tempo della malattia si protrae, a questi sintomi si associano di solito anche sensazioni soggettive di malessere

e **stress** evidenziate tra l'altro da una riduzione dell'appetito, da disturbi del sonno e depressione.

Le citochine proinfiammatorie svolgono un ruolo anche nell'apprendimento e nella memoria. Le citochine presenti a livello dei neuroni del cervello sarebbero necessarie allo sviluppo della memoria ippocampodipendente, mentre le citochine secrete nel compartimento gliale del cervello, in riposta alla stimolazione immunitaria periferica, danneggerebbero la memoria. Questa ulteriore funzione, mette in evidenza le responsabilità delle citochine proinfiammatorie anche in tutti quei fenomeni di aging, degenerazione cognitiva e invecchiamento.

## Fragilità dell'anziano, stato infiammatorio cronico e calo dell'appetito

Il sistema immunitario sembra implicato nel determinare negli anziani "fragili", rispetto ai "robusti", una particolare vulnerabilità nei confronti delle infezioni e più elevati indici di infiammazione espressi da un elevato numero di globuli bianchi circolanti e da un incremento dei livelli di PCR (indicatore generico di infiammazione) e di citochine, quali IL-6 e TNF $\alpha$ , identificati come fattori di rischio di fragilità e disabilità in età avanzata.



Paul Gauguin: "Il pasto"

È quindi stata avanzata l'ipotesi che all'origine della fragilità vi sia uno stato proinfiammatorio cronico da cui dipenderebbe un aumentato catabolismo muscolare ed un'aumentata sintesi di CRF (Corticotropin Releasing Factor – fattore di rilascio della corticotropina) che è un potente agente anoressizzante.

All'origine dell'anoressia contribuirebbe anche l'aumentata stimolazione dei recettori per la leptina come pure una sua aumentata sintesi indotta anch'essa dalle citochine quali IL-1, IL-6 e TNFα. Tutti questi fattori sarebbero perciò coinvolti nel determinismo di manifestazioni quali la marcata riduzione della massa muscolare (sarcopenia) e l'anoressia sine causa dell'anziano.

# L'appetito vien mangiando ... e diminuisce non mangiando più

Che fare quando il medico si sente dire: "Dottore mia mamma non mangia più"? Bisogna ammetterlo, l'anoressia è un evento che sovente mette in crisi tutto il setting assistenziale, e di fronte al quale si fatica a dare una risposta efficace. Essa rappresenta un vero e proprio problema geriatrico e richiede da parte dei "prestatori di cure" non solo specifiche e più approfondite conoscenze scientifiche, ma anche uno sforzo professionale ed umano non indifferente.

L'esperienza di cura delle persone in età avanzata, i cosiddetti grandi vecchi, cioè coloro che hanno compiuto o già abbondantemente superato gli 80 anni e che oggi sono la categoria di anziani in più grande incremento percentuale nella nostra società, ci dice che l'anoressia, cioè il problema della diminuzione dell'appetito e il rifiuto di alimentarsi, occupa un posto di assoluto rilievo.

L'anoressia interessa circa il 30% delle donne ed il 25% degli uomini in una popolazione molto anziana e può dipendere da molteplici cause. I principali fattori di rischio sono:

- età avanzata
- depressione dell'umore e modificazioni comportamentali della demenza
- sfavorevoli condizioni ambientali economiche e sociali
- presenza concomitante di più malattie (comorbidità) e in particolare stati infettivi o infiammatori cronici
- assunzione contemporanea di più farmaci (polifarmacoterapia)
- problemi orali (edentulia e parodontopatie)
- disfagia (alterazioni della deglutizione)

Circa l'effetto anoressizzante dei farmaci, un importante studio epidemiologico italiano, lo studio Ulisse<sup>51</sup>, ha identificato che l'età, il sesso femminile, la disabilità, i disturbi comportamentali e della masticazione, la demenza, la depressione, la stipsi, l'uso di alcuni farmaci come gli inibitori della pompa protonica (antiulcera) e gli oppiodi (antidolorifici) si associano in maniera statisticamente significativa alla presenza di anoressia.

## Il rischio di malnutrizione nell'anziano

È ampiamente noto che, tra le complicanze causate da un ricovero ospedaliero del soggetto molto anziano, la malnutrizione e la perdita di peso non intenzionale occupa un posto di sicuro rilievo. Ad essa va aggiunta la frequente insorgenza di disidratazione a cui contribuisce sicuramente il ridotto introito di liquidi per bocca e la frequente presenza di micosi del cavo orale e dell'esofago (candidosi o "mughetto" soprattutto).

Dal German Hospital Malnutrition Study<sup>52</sup> apprendiamo che la malnutrizione è presente in oltre il 50% dei ricoverati con più di 80 anni ed è più probabile nei reparti di Geriatria e di Ortogeriatria (che ospitano gli anziani subito dopo interventi ortopedici – tipica la frattura del femore – per stabilizzare la situazione clinica e iniziare una riabilitazione se possibile).

È comunque evidente che, accanto a terapie tecnologicamente avanzate e farmaci di ogni genere, andrebbero maggiormente considerati gli aspetti nutrizionali del paziente anziano ricoverato che rischia, letteralmente, di morire di fame perchè si investono su di lui costosi presidi terapeutici ma non ci si accorge che l'introito calorico spontaneo è bassissimo.

# Un problema emergente: la disfagia

Un migliore stile di vita e l'insieme delle cure prestate dalla medicina moderna hanno incrementato la schiera degli ultraottantenni, ma come ben sappiamo l'allungamento della vita non si accompagna sempre

<sup>&</sup>lt;sup>51</sup> Cherubini A, Eusebi P, et al. - Predictors of Hospitalization in Italian Nursing Home Residents: The Ulisse Project. J Am Med Dir Assoc; 13, 84 e 5-10.

<sup>&</sup>lt;sup>52</sup> Pirlich M., Schutz T., Norman C. et al - The German Hospital Malnutrition Study. Clin Nutr; 25, 563-72.

alla perfetta integrità dei vari sistemi dell'organismo. Alcuni problemi in parte sono la conseguenza del "normale invecchiamento", altri derivano dagli esiti di malattie; in altre parole i grandi vecchi hanno "vinto numerose battaglie ma ne portano spesso il segno indelebile".

Il meccanismo della deglutizione è piuttosto complesso e non di rado è alterato nel grande vecchio. La compromissione della deglutizione (o disfagia), rendendo problematica l'ingestione degli alimenti, porta con sé il rischio di aspirazione di materiale alimentare nelle vie respiratorie e quindi il rischio di polmonite da aspirazione, la temibile "polmonite ab ingestis" di classica memoria.

Di fatto per problemi di masticazione e di deglutizione che colpiscono alcuni anziani viene proposto sovente l'uso di pappette, omogeneizzati, piatti unici dal colore e dall'aspetto poco invitanti e dal gusto indecifrabile. La sfida di una corretta, completa ed equilibrata, ma anche gradevole, nutrizione dell'anziano resta aperta e, concludendo queste brevi riflessioni su un tema importante e non sempre sufficientemente



Vincent Van Gogh: "I mangiatori di patate"

considerato, vorrei porre alcune domande con l'intento di stimolare la ricerca e la curiosità di tutti:

- È possibile per gli "specialisti" del cibo (dietologi, nutrizionisti, dietisti, tecnologi degli alimenti, fino a comprendere anche l'industria alimentare e la grande distribuzione) anticipare la domanda dei grandi vecchi che riguarda la possibilità di avere a loro disposizione cibi adatti alle loro esigenze, senza rinunciare alle loro (sane) abitudini alimentari?
- Perché non sollecitare il mondo della cucina e della gastronomia italiana a riscoprire ed a creare ricette semplici, gustose ed insieme sicure e salutari, adatte a contrastare il rischio di inappetenza e di malnutrizione dell'anziano aiutandolo anche ad affrontare problemi sanitari come quello della disfagia?

### Bibliografia di riferimento

- Gu Y., Scarmeas N. Dietary patterns in Alzheimer disease and cognitive aging. Current Alzheimer Research 2011; 8(5): 510-9.
- SOLFRIZZI V., FRISARDI V., ET AL. Mediterranean diet in predementia and dementia syndromes. Current Alzheimer Research 2011;8(5): 520-42.
- Valls-Pedret C., et al. Poliphenol-rich foods in the Mediterranean diet are associated with better cognitive function in elderly subjects at high cardiovascular risk. International Journal of Alzheimmer's Disease 2012;29(4): 773-82.
- BOWMAN G.L., SILBERT L.C., ET AL. Nutrient biomarker patterns, cognitive function and MRI measures of brain aging. Nuerology 2012; 78(4): 241-9.
- Dysken M.W., Sano M., et al. Effect of vitamin E and memantine on functional decline in Alzheimer disease: the TEAM-AD VA cooperative randomized trial. JAMA. 2014; 311(1): 33-44 (ISSN: 1538-3598).
- BIANCHETTI A., ROZZINI R. Efficacia di Souvenaid nel trattamento del deficit cognitivo del soggetto anziano:il giudizio dei pazienti e dei caregiver. Risultati preliminari di una survey. Psicogeriatria 2014;2: 66-75.
- WING-HIN L., CHING-YEE L., ET AL. Curcumin and its Derivatives: Their Application in Neuropharmacology and Neuroscience in the 21<sup>st</sup> Century. Curr Neuropharmacol. Jul 2013; 11(4): 338-378.
- CHERUBINI A., EUSEBI P., ET AL. Predictors of Hospitalization in Italian Nursing Home Residents: The Ulisse Project. J Am Med Dir Assoc; 13, 84 e 5-10.
- PIRLICH M., SCHUTZ T., NORMAN C., ET AL. The German Hospital Malnutrition Study. Clin Nutr; 25, 563-72.

# SESTA PARTE

# Ambiente, Strutture e nuovi Servizi

Le nuove "silver industries" (industrie orientate al mercato dei "capelli bianchi") e "aging enterprises" (imprese sull'invecchiamento), soprattutto quando promuovono un invecchiamento autonomo a domicilio ("aging in place"), costituiscono un mercato a rapida crescita che si sta integrando, in modo sempre più spinto, con i servizi pubblici. E questo non solo negli USA, Mecca del libero mercato, ma anche in Paesi con una solida tradizione di welfare e SSN inclusivo e solidaristico come quelli Europei Occidentali.

Siamo convinti che, accanto al settore pubblico che deve garantire i servizi essenziali a tutti, può svilupparsi un mercato privato che offra tutti quei servizi e quelle opportunità che, con le mutate esigenze e la notevole disponibilità economica dei boomers, andranno a costituire una nuova, enorme, domanda di mercato.

È auspicabile dar vita anche a PPP (Public Private Partnership) che gestiscano insieme le strutture residenziali ecc. offrendo, accanto ai servizi essenziali di base, una ricca scelta di attività e prodotti complementari, come descritto sopra, applicando anche formule amministrative nuove tipo il franchising management, con CdA misto (privato e pubblico) e pianificazione strategica condivisa.

# INVECCHIARE NELLE ZONE RURALI



Dario Bracco Sociologo

### **Premessa**

Invecchiare in modo attivo è importante ed è anche sempre più affascinante, specialmente quando si dispone, come oggigiorno, di una maggiore longevità. È un fenomeno nuovo, inedito, riguarda e coinvolge tutti gli abitanti dei Paesi più sviluppati del mondo e coincide con un altro fenomeno, quello del Baby Boom, la bolla demografica del dopo guerra. Il Ce.R.R.Co.<sup>53</sup> ne ha già riferito ed ora desidera approfondire l'argomento.

Questo capitolo tratterà dell'ambiente vitale, cercando d'individuare quello migliore per vivere questa esperienza di vita.

Innanzi tutto va precisato che la persona che invecchia conserva, finché vivrà, i propri diritti, doveri, ambizioni ed aspettative intatti; cambiano solo i tempi di reazione e di realizzazione. I giovani hanno fretta, gli adulti devono correre, gli anziani desiderano invece che la vecchiaia scorra lentamente e che duri a lungo. Desiderano conservare il loro potere decisionale, muoversi liberamente nell'ambiente costruito, continuare a vivere a casa loro finché possibile ed a casa loro essere assistiti e curati, quando necessario, alla pari o forse di più degli altri cittadini. Quando non sarà più possibile desiderano poter scegliere

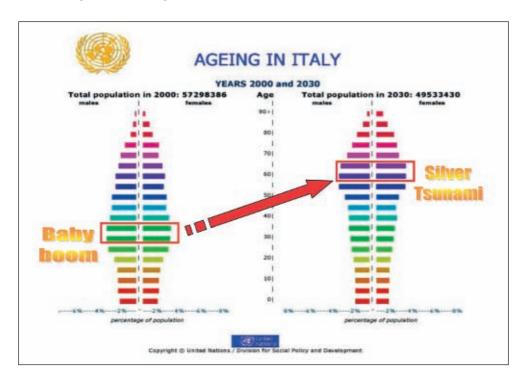
<sup>&</sup>lt;sup>53</sup> Ce.R.R.Co. - Centro Ricerche e Relazioni Cornaglia.

strutture e servizi tra pubblici e privati corrispondenti alle loro aspettative, frutto della loro emancipazione sociale e culturale.

Questa "rivoluzione" sociale ha fatto cambiare i termini del problema e consente di proporre una più consona ricerca scientifica su longevità e qualità della vita con un ri-orientamento delle tecniche di ricerca sociale. Ricerca che collima con la definizione di paradigma in quanto orientata alla individuazione e scelta di fatti rilevanti da studiare con formulazione di ipotesi per spiegare i fenomeni connessi.

## The Twenty-Twenty

Gli studiosi americani hanno individuato nel 2020 il traguardo sociale dei Baby Boomers: "the Twenty-Twenty" sta diventando uno slogan per l'umanità e per tutta la letteratura mondiale che vede in questa data l'impatto dei Baby Boomers, ormai settantenni, sul sistema socio sanitario ed assistenziale. Nuovi bisogni e nuove speranze aprono alla novità facendo intravvedere l'aderenza ai problemi reali, ma anche la dimensione umana, spirituale ecc., concetti che sono stati sempre a cuore degli autori degli studi del Ce.R.R.Co.



L'ultima Convention dell'ASA (American Society on Aging), tenutasi a San Diego nel 2014, ma anche altri congressi nazionali ed internazionali con temi riferiti all'invecchiamento della popolazione, hanno fatto riferimento proprio ai Baby Boomers: gli anziani che non invecchiano, figli della rivoluzione demografica, evento epocale di molti Paesi del mondo. Abbiamo già trattato in precedenza l'argomento dei Boomers, ma è necessario sottolineare lo slittamento del fenomeno, iniziato in USA nel 1945 ed in Europa nel 1955 circa: dieci anni più tardi che fanno oggi la differenza sotto tanti aspetti.

Gli USA hanno partecipato alla seconda guerra mondiale con grande dispiegamento di mezzi e di uomini che, al loro ritorno, trovarono intatte le loro città e poterono riprendere subito le loro attività creando quel benessere, o boom economico, che è all'origine della bolla demografica chiamata baby boom. In altri Paesi, come in Europa ed in Giappone, si dovette rinascere dalle macerie e dalla distruzione bellica ed i popoli, piangendo i loro morti, dovettero prima di tutto procedere alla ricostruzione. Solo dopo, appunto un decennio dopo, iniziò quel benessere che corrispose anche all'aumento delle nascite. In America i Boomers hanno oggi settant'anni e incontrano i problemi della senilità; in Europa hanno dieci anni di meno e stanno vivendo, da protagonisti, questa stagione della vita, in condizioni difficili e con prospettive per le quali l'America può insegnare molto, sebbene la nostra persistente crisi economica renda diversa e più ardua la situazione.

I Boomers americani cominciano ad aver bisogno di assistenza medica ed infermieristica prolungata (Long Term Care) e, di conseguenza, di nuove strutture socio-assistenziali per chi non riesce più a vivere a casa propria, nonostante la disponibilità di una buona assistenza domiciliare (Homecare).

In Europa ed in particolare in Italia, questi "nuovi Anziani" si trovano al centro di situazioni familiari e sociali importanti e molto diverse da quello stereotipo descritto finora dalla letteratura socio-sanitaria. E lo saranno sempre di più! Sono colti, consapevoli, attenti, prudenti.

Hanno vissuto, e ne sono testimoni, un'epoca forse unica, contrassegnata da eventi terribili, come le guerre. Allo stesso tempo un'epoca ricca di scoperte e di sviluppo: hanno visto di tutto, dall'evolversi delle tecnologie, dei mezzi di trasporto e di comunicazione, delle scienze in generale e della medicina in particolare, alle scoperte dello spazio. So-

no friendly con la tecnologia, si muovono liberamente nell'ambiente costruito, viaggiano. Sono sempre più impegnati ad aiutare figli e nipoti specialmente quando "tornano" a casa per motivi vari, avvalorati dalla persistente crisi economica. Sono socialmente partecipi e disponibili.

Il benessere cui ambiscono è la serenità, il giusto riposo, il relax. Hanno lavorato negli anni del boom economico ed hanno risparmiato risorse che consentono loro di poter pagare oggi per accedere a migliori servizi e ad una migliore accoglienza. Ma spesso questi servizi e queste strutture non ci sono! Anche per questo ambiscono e si sforzano di conservare il più possibile la loro autonomia ed indipendenza, non solo fisica e psichica, ma estesa a 360° su tutti gli aspetti della loro vita e chiedono migliori servizi territoriali e domiciliari, Centri di Assistenza Primaria ed Ospedali non distanti dalle loro abitazioni. Misurano questi loro desideri con un concetto moderno di qualità del servizio che sanno percepire e ricercare.

Tra una decina d'anni diventeranno Grandi Vecchi con una età tra i 75-80 anni e molti incontreranno problemi di salute, le comorbidità, le patologie invalidanti. Saranno meno disinvolti, più modesti nel vivere e meno esigenti nel chiedere. Si sentiranno più stanchi, più fragili, ma non accetteranno mai di essere considerati una "periferia esistenziale". È necessario, ora per allora, predisporre maggiori e migliori servizi e rinnovate e più adatte strutture affinché quegli anni in più da vivere costituiscano un valore aggiunto e non solo una statistica demografica, affinché possano provare ancora la gioia di vivere, il piacere globale di stare al mondo, ancorché anziani e fragili.

La società dovrà rispettare e far rispettare, tutelare, aiutare e dimostrare riconoscenza a questi anziani particolari.

Da San Diego a New York il Ce.R.R.Co ha partecipato a tavole rotonde ed incontri dai quali sono emersi suggerimenti proponibili ai Boomers italiani per affrontare il prossimo decennio ed oltre, con determinazione, positivamente, per continuare a vivere da protagonisti questa nuova stagione della vita. In USA già è presente questo cambiamento: c'é chi non smette di lavorare o cambia lavoro o si impegna nel volontariato, ma nessuno vuole fermarsi. È pericoloso, aumenta la probabilità d'incontrare il decadimento psichico, la demenza. E così per il proprio fisico, non anziani "palestrati" o troppo fanaticamente sportivi,

ma persone che seguono programmi di allenamento fisico studiato per loro facendo tesoro di antiche tecniche come il Tai Chi, lo Yoga, varie forme rivedute di Pilates ed altri programmi misti, altamente personalizzati da terapisti che nel frattempo si sono specializzati. Obiettivi principali: ridurre il dolore articolare, aumentare la mobilità e migliorare l'equilibrio. Sono ancora troppi i traumi provocati da cadute ed è esagerato il ricorso ad antidolorifici con effetti collaterali pericolosi. La salute di un anziano deve già far di conto con una serie di medicinali cosiddetti "salvavita", meglio se si possono ridurre gli altri o sostituirli con prodotti alternativi come fito-farmaci ed integratori.

Un nuovo concetto di wellness si sta diffondendo ed applicando, non solo per mantenere una migliore forma fisica, ma per il rafforzamento dei meccanismi personali di resilienza a salvaguardia del "piacere di stare al mondo".

Non stupisce che Equinox – la catena più famosa di fitness centers di New York, aperta 24 ore su 24, – proponga programmi dedicati specificatamente ai settantenni! Ovunque, più o meno diffusamente, si vedono anziani alle prese con il Tai Chi nei parchi, uniti dalla voglia di muoversi e di meditare, cosa che riesce meglio tra alberi e giardini.

E non stupisce – anzi conferma una evidente tendenza - il crescente interesse alla dimensione spirituale tra i Boomers, sempre più centrale nella loro esperienza di vita e trattata diffusamente in molte relazioni della Convention di San Diego. Diverse sono le religioni e le fedi, i riti e la pratica, ma analogo il fine, anche per atei ed agnostici: cercare di star bene con se stessi e avvicinarsi all'Eternità consapevolmente.

Ma per l'anziano di domani, l'aspirazione ad una vera "good life", comporta l'attenta ricerca di un ben-essere fatto di serenità (anche se non di felicità) e del piacere di restare al mondo. Anche se vicini alla fine della propria esistenza la vecchiaia può divenire la migliore stagione della vita!

Ogni popolo, in ogni luogo, ha una propria visione della felicità, condizionata anche dalla storia, dai costumi, dalla geografia, da simboli e valori... È istintivo porsi una serie di domande:

- · Vi sono luoghi dove è più facile vivere una vecchiaia felice?
- Come viene percepita la felicità nell'età avanzata?

- Quali possono esserne gli indicatori?
- Quali i riferimenti, le discriminanti, le variabili?
- Quali iniziative intraprendere?

Una massima di Confucio dice, riferendosi alla composta grandezza della Cina: "L'uomo di valore è capace di essere generoso senza essere prodigo, di far lavorare il popolo senza suscitarne risentimento, di avere aspirazioni senza essere avido, di essere maestoso senza essere arrogante, di essere autorevole senza essere duro". La dichiarazione di indipendenza degli Stati Uniti (4 luglio 1776) recita "Riteniamo che queste siano verità auto-evidenti: che tutti gli uomini sono creati uguali; che sono dotati dal loro Creatore di diritti inalienabili; che fra questi vi sono la vita, la libertà e la ricerca della felicità". Con percorsi del tutto diversi, anche Carlo Marx giunge a conclusioni analoghe: "L'esperienza definisce felicissimo l'uomo che ha reso felice il maggior numero di altri uomini... Se abbiamo scelto nella vita una posizione in cui possiamo meglio operare per l'umanità, nessun peso ci può piegare, perché i sacrifici vanno a beneficio di tutti; allora non proveremo una gioia me-



schina, limitata, egoistica, ma la nostra felicità apparterrà a milioni di persone, le nostre azioni vivranno silenziosamente, ma per sempre".

In una società ormai priva di legami stabili, una "modernità liquida" com'é descritta da Zygmunt Bauman , dove tutto è mobile, le famiglie, i figli, i sentimenti, il lavoro... anche il concetto di felicità ha nuove versioni a seconda dei luoghi, delle tradizioni dei popoli che li abitano, dei loro modelli di vita. Qual è l'impatto degli anziani con questa tanto rapida "evoluzione"? Sono ancora loro che cercano di conservare beni e benessere di un tempo. C'è ancora abbastanza tempo per affrontare i problemi connessi a questo fenomeno: i Baby Boomers sono, in definitiva, i genitori della generazione oggi traente socialmente ed economicamente!

Certamente questi anziani sapranno farsi sentire. In questo nuovo quaderno del Ce.R.R.Co. è stato considerato l'argomento: "Do it your self", arrangiarsi, difendersi, chiedere ed ottenere. Parole chiave, argomenti da considerare, temi da svolgere, entro il 2020.

Due esempi: la casa, unico bene immobile del mondo mobile, è per

<sup>&</sup>lt;sup>54</sup> Zygmunt Bauman - Modus Vivendi - inferno e utopia nel mondo liquido -Laterza, 2008.





loro ancora il luogo ideale per vivere. Bene essenziale, difficilissimo da lasciare, anzi, ancora da loro ricercato. Invece non lo è più dai giovani. La causa, secondo il Censis è la riduzione della famiglia tradizionale; in Italia prevalgono infatti nuclei famigliari formati da single (2,4 milioni), da coppie sposate, ma senza figli (8 milioni), da giovani non





Anni '40-'50 - "Sport invernale" la Lesà



Oggi - Incontro di Palla Pugno

sposati (5 milioni) che non vogliono/possono avere figli a causa del loro lavoro precario o della mancanza di denaro e di credito. Per queste persone basta una casa piccola, in affitto, possibile da lasciarsi dietro le spalle per andare chissà dove e con chissà chi. Per l'anziano non è così. Ha sempre avuto la casa come traguardo principale, luogo dove crescere i figli ed invecchiare. È dunque "la casa" uno dei motivi che sta portando molti anziani a vivere in campagna? Non solo. Le zone rurali anche quando non sono il luogo d'origine delle persone hanno altre peculiarità che piacciono, in modo particolare agli anziani.

# La Country Life

Ricerche e studi a livello internazionale hanno dimostrato come sia più salutare e più socializzante la vita nei piccoli centri, sub-urbani o piccoli Comuni. In Italia vi sono 20.000 borghi, diminuisce la popolazione delle città con più di 100.000 abitanti mentre aumenta quella dei paesi con meno di 5.000. La "simple life" conquista sempre più. I piccoli Comuni italiani, negli ultimi 15-20 anni, hanno avuto uno sviluppo considerevole:

- Ambientale: miglioramento dei luoghi, della viabilità e dell'arredo urbano, cura delle risorse naturali, sviluppo del turismo, creazione di oasi e parchi ecc.
- Urbanistico: miglioramento delle strade, realizzazione di marciapie-

- di e piste ciclabili, adozione di nuovi piani regolatori per aree residenziali, sociali ed industriali, cura dei centri storici ecc.
- Promozionale: conservazione e rinnovamento delle tradizioni, usi e abitudini, esaltazione dei prodotti eno-gastronomici, artigianali o tipici ecc.
- Sociale: miglioramento ed ampliamento di scuole, biblioteche, centri culturali, centri sportivi, centri anziani, asili, case di riposo ecc.

Queste trasformazioni sono state ben percepite dalla popolazione, anche anziana, dei piccoli Comuni per via dei rapporti più diretti tra amministratori e popolazione. I piccoli Comuni, con più spontaneità e fantasia, sono stati capaci di attivare iniziative a favore degli anziani che contrastano con gli episodi di ageism (termine coniato nel 1969 da Robert Butler, gerontologo e psichiatra statunitense per indicare la discriminazione verso i più anziani).

Le statistiche ed i sondaggi hanno dimostrato che gli anziani sanno percepire le iniziative, apprezzandole e partecipandovi con costanza e serietà.

Qualche anno fa il Ce.R.R.Co. stesso aveva condotto una indagine



sull'argomento nei Comuni del Roero, in provincia di Cuneo. Tale indagine si basava sull'acquisizione d'informazioni per il tramite di interviste e la compilazione di questionari e loro successiva elaborazione, per offrire ad amministratori ed operatori una aggiornata situazione demografica e comportamentale, come percezione dei servizi erogati, o disponibili, nel territorio comunale, o vicinale, da parte della popolazione, over 65enne, residente nei Comuni delle aree omogenee indicate.

Il Ce.R.R.Co. partecipò anche a convegni europei sull'argomento ed al Transed, la Conferenza internazionale sui trasporti e la mobilità, con un settore dedicato agli anziani<sup>55</sup>. La ricerca voleva individuare e verificare gli effetti di quella "rivoluzione sociale" avvenuta anche nei piccoli Comuni, soprattutto rurali, negli ultimi 20 anni. La trasformazione di molti Comuni da rurali a residenziali è coincisa con il fenomeno della longevità della popolazione e la tendenza degli italiani, andando in pensione, di "ritornare" al "paese" d'origine. Altresì appariva crescente la tendenza di vivere stabilmente fuori le mura delle grandi città, soprattutto a causa del peggioramento dell'inquinamento In campagna il clima è di per sé migliore e nei piccoli centri è più facile socializzare ed è più economico vivere.

Sull'inquinamento atmosferico, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in occasione della prima conferenza mondiale sulla salute e il clima, di Ginevra di fine di agosto 2014, ha denunciato l'aumento delle malattie causate da elevati livelli di inquinamento atmosferico, eventi meteorologici estremi, carestie e diffusione di epidemie. I cambiamenti climatici influenzano fortemente la salute umana e miglioramenti nelle politiche energetiche e dei trasporti potrebbero salvare milioni di vite ogni anno. (vedi documento allegato in appendice).

Il cambiamento delle abitudini di vita, il progresso medico ed igienico alimentare, l'aggravarsi delle patologie da inquinamento nelle grandi città hanno aumentato ancor di più il fenomeno di concentrazione di anziani nei luoghi più salubri, di cui l'Italia è ricca! Com'è noto l'Italia consta di circa 8.100 Comuni dei quali il 70% ha meno di 5.000 abitanti. Essi occupano il 54% del territorio nazionale e contengono il 92% delle "qualità" agro-alimentari (fonte Anci). In campagna la vita

<sup>&</sup>lt;sup>55</sup> Transed 2007 - Montreal Can - Poster Ce.R.R.Co.: Which Environment seem to be healtiest, saftiest and more socially more suitable for growing Old.

 e le case – costano meno, questo fatto da solo contribuisce talvolta a scegliere questi luoghi come residenza definitiva.

#### Bibliografia di riferimento

CORBETTA P.G. - "Metodologia e tecnica della ricerca sociale", Il Mulino.

Bracco D. - "Lo spazio come fattore di rischio per l'uomo che invecchia" (S.G. Progettare per la Sanità), Bema Ed.

BRACCO D. - "L'autonomia, anche una conquista" (manuale collana "La stagione dei Grandi Adulti"), Ce.R.R.Co., Torino.

Bracco D. - "Ma disabilità fa sempre rima con qualità? Un cambiamento epocale: il disabile diventa anziano e l'anziano può diventare disabile", S.G. - Pegaso l'altra abilità, CPD Torino.

Bracco D. - "La comunicazione tra disabile e l'ambiente costruito" S.G. - Pegaso l'altra abilità, CPD Torino.

AA.VV. - «Fragilité», Gérontologie et société (2004), FNG: Fondation National Gérontologie-Paris.

FUKUOKA M. - «La rivoluzione del filo di paglia», Libreria Editrice Fiorentina, 2011-1980.

AA.VV. - «Ages et handicaps», Gérontologie et société (2004), FNG.

AA.VV. - «L'entrée en institution», Gérontologie et société (2005), FNG.

Zigmunt Bauman - «Modernità liquida», Editori Laterza, 2011-2000.

Pietro Piumetti - «Vivere è un arte», Effatà Editrice, 2014.

AA.VV. - «Vieillissement et espaces rureaux», Gérontologie et société, FNG, 2013.

#### **Documento OMS**



# Salute a rischio per cambiamenti del clima: l'OMS chiede interventi

Malattie causate da elevati livelli di inquinamento atmosferico, eventi meteorologici estremi, carestie e diffusione di epidemie.

I cambiamenti climatici influenzano fortemente la salute umana e miglioramenti nelle politiche energetiche e dei trasporti potrebbero salvare milioni di vite ogni anno. È l'appello all'azione dell'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) che affronterà la questione nel corso della prima conferenza mondiale sulla salute e il clima, tenutasi a Ginevra nel 2014.

«L'inquinamento atmosferico nel 2012 è stato responsabile di 7 milioni di morti, uno su 8 di tutti i decessi a livello mondiale», sottolinea Maria Neira, direttore del Dipartimento di sanità pubblica dell'OMS. Ma non solo. Il cambiamento climatico sta causando oltre 60.000 morti ogni anno per via dei disastri naturali legati al clima, più che triplicati dal 1960. Parallelamente causa siccità e influisce sulla fornitura di acqua potabile compromettendo l'igiene e aumentando il rischio di malattie diarroiche, che uccidono 2,2 milioni di persone ogni anno.

E ancora la variazione di precipitazioni, secondo le stime, diminuiranno la produzione di alimenti del 50% entro il 2020 nelle regioni più povere, aumentando malnutrizione e denutrizione, responsabili di 3,5 milioni di morti ogni anno.

Infine, forte l'impatto sulla diffusione di malattie infettive. Il cambiamento climatico potrebbe esporre ulteriori 2 miliardi di persone alla trasmissione della febbre emorragica dengue entro il 2080.

«I poveri, gli svantaggiati e i bambini sono tra coloro che soffrono il peso maggiore degli impatti legati al clima e le malattie conseguenti, come malaria, diarrea e malnutrizione», osserva Flavia Bustreo, direttore generale del settore Famiglia dell'Oms. «Le soluzioni esistono e dobbiamo agire con decisione per cambiare questo corso», conclude Margaret Chan, direttore generale dell'Oms.

# UNA PROPOSTA DI RICERCA SULLA QUALITÀ DI VITA IN ZONA RURALE PER LE PERSONE ANZIANE

#### Dario Bracco

"Di un posto non godi solo delle bellezze che detiene, ma anche delle risposte che dà alle tue domande" Italo Calvino, Le città invisibili

# Il paradigma

La "rivoluzione" sociale descritta in precedenza suggerisce di proporre una più consona ricerca scientifica su longevità e qualità della vita con un ri-orientamento della disciplina. La prospettiva teorica collima con la definizione di paradigma in quanto orientata alla individuazione e scelta di fatti rilevanti da studiare con formulazione di ipotesi per spiegare i fenomeni osservati, preparazione delle tecniche di ricerca empirica necessarie ecc...

Il paradigma è interpretativo perché, ontologicamente, basato sul costruttivismo (il mondo conoscibile è quello del significato attribuito dagli individui) e perché, dal punto di vista epistemologico, il rapporto dualismo-oggettività scompare a favore dell'interpretazione, ricerca di significato. Tale ricerca si può riconoscere come ricerca sociale in quanto in grado sia di proseguire sia di evolvere, considerando più vasti orizzonti e ricercatori più specializzati con immutato obiettivo della comprensione del comportamento individuale.

Il fenomeno della longevità è particolarmente rilevante in Italia: con il Giappone siamo la nazione più longeva ed, inserendo i dati della denatalità, l'Italia sale al primo posto nel mondo per età media dei suoi abitanti.

#### Metodi e tecniche di ricerca

La natura della ricerca e la sua parcellizzazione esecutiva consentono diverse individuazioni del contesto in cui si svolge l'azione e dei modi di conoscerlo. Le differenze riscontrabili nelle varie regioni italiane, tra tradizioni ed abitudini, condizioni economiche ecc. renderanno variabili: "essenza – esistenza di una realtà sociale; conoscenza e metodo": i tre interrogativi della ricerca sociale (e scientifica in generale). I rapporti tra i ricercatori e la realtà studiata, in quanto esistente, rispettano i concetti ontologici ed epistemologici. I fatti sociali esplorati sono reali, oggettivi ed autonomi (riferiti alle diverse zone individuate); la relazione tra studiosi e realtà studiata è alquanto neutrale, non suscettibile di alterare ma sta alla base del processo conoscitivo.

Le tecniche di ricerca sono pertanto qualitative e soggettive e la conoscenza avviene per modo induttivo.

Appare altresì reale la tracciabilità delle condizioni che rendono possibile il comportamento individuale (la percezione dei servizi da parte degli anziani fruitori), azioni che hanno un senso perché svolte da individui soggetti ad una nuova emancipazione (Geragogia - programmi UE LongLifeLearning, Lena ecc.) che consentirà loro di avvantaggiarsi dei servizi percepiti e capiti, di richiederne altri, di valutarli ecc. Per i policy-makers sarà interessante esplorare la vita quotidiana di questi particolari cittadini (oggi sono circa il 30% della popolazione!). Risalta l'interazione degli individui (rapporti intergenerazionali) anche per una miglior comprensione della società. È la prospettiva "micro" Weberiana cha dà all'interazione degli individui la capacità di creare le strutture ed è a questa capacità che bisogna guardare per capire la società. Questo approccio può svilupparsi, per quel che attiene alla ricerca proposta, in una direzione "soft" che, pur partendo dall'interpretazione degli individui, ammette l'istituzione di strutture, create da loro e dalle loro interazioni, dovute a comportamenti sociali ripetuti, che hanno un effetto feedback su loro stessi. Questo approccio è soggettivista in quanto dimensione soggettiva non percepibile con gli strumenti quantitativi.

Questa ricerca ha avvio tramite interviste ad informatori privilegiati (conoscitori delle condizioni di vita degli anziani), uomini e donne over 65enni destinatari dei servizi: l'assessore comunale ai servizi sociali; il medico di base; il farmacista; il parroco ed un commerciante (panettiere, parrucchiere giornalaio a scelta degli intervistatori).

Si può parlare di ricerca scientifica di tipo qualitativo con utilizzo di dati demografici (analisi dei dati con teorie a carattere esplicativo).

Lo sviluppo di un modello teorico, per dedurne il fenomeno (proble-

matizzazione dell'oggetto, domanda di spiegazioni), avviene tramite interviste (domande/spiegazioni su fatti/circostanze) e con l'ausilio di dati crociati da archivi (anagrafe, rilievi diretti, statistiche, ecc) e successive analisi delle risposte con verifica della razionalità sociologica della ricerca: "la percezione dei servizi esistenti o possibili nei piccoli Comuni di cui hanno esperienza diretta".

Per la realizzazione delle interviste si suggerisce di utilizzare strumenti euristici: questionari con domande chiuse per intervistare il "campione"; statistiche demografiche disponibili o rilevabili.

La scelta di non intervistare direttamente gli anziani, sebbene destinatari di tutte le possibili iniziative che potranno derivare dalla ricerca, è dovuta al fatto che non si è inteso svolgere un'indagine rappresentativa dell'intero universo, ma cogliere gli aspetti riferiti agli orientamenti valoriali. Per renderlo campionario si dovrebbero creare dei gruppi per fasce di età più o meno ampie (es. 65/75; 75/85... oppure 65/70; 70/75..., oppure per sesso o per autonomia - auto/non autosufficienti ecc.), campionamento sistematico, che può essere più o meno stratificato, ma che incontrerebbe costi elevati o non sostenibili. Con un campionamento non probabilistico si perderebbe la certezza della capacità di percezione dei servizi su cui si indaga. Il campionamento proposto (per obiettivi od a valanga) offre certezza della possibilità/capacità e affidabilità degli interlocutori (campione) di avvicinare frequentemente gli attori e di conoscerli adeguatamente e rilevare, con precisione, l'influenza delle strutture sociali sui comportamenti individuali: l'anziano vive meglio in piccole comunità, specialmente rurali. La tematizzazione dell'oggetto consente il processo logico dei fatti sociali, la percezione dei servizi da parte del "campione"

Questa ricerca considera soltanto le aree rurali, astraendole dalle singole province e definendole nei Comuni con queste particolari caratteristiche; questi stessi Comuni sono poi stati selezionati per fasce abitative (da 800 a 3000 abitanti). A loro volta queste fasce sono riunite secondo l'appartenenza dei Comuni stessi in gruppi omogenei (comunità collinari, montane, associazioni e consorzi di Comuni) per facilitare i contatti che si sono così limitati ai presidenti di queste comunità (ciò soltanto per questioni di tempi e di costi). Le interviste avvengono comunque in ogni Comune. L'analisi funzionale si esplica con tecnica qualitativa, per spiegare i fenomeni (longevità>qualità di vita in fun-

zione del contesto sociale (piccole comunità>campagna). La ricerca parte da deduzioni ricavate dai dati anagrafici dei residenti nei piccoli comuni, dai quali emerge un'importante percentuale di anziani over 65. Escludendo la fuga dei giovani dalle campagne, causa della riduzione della popolazione rurale, tipica anni addietro, si è avvalorato il concetto di un miglior modo di vivere per queste persone. Da ciò si é arrivati all'ipotesi che la migliore qualità della vita di questi soggetti dipendesse da fattori ambientali, sociali ed economici. Ipotesi come proposizione teorica derivata dall'osservazione di fattori come longevità, risorse ambientali, socialità, assistenza socio sanitaria, ridotta povertà ecc. Tuttavia l'unità di analisi non è stata adottata nel programma di ricerca limitandola all'osservazione ed al giudizio del campione per assegnare un valore ad ogni riscontro. In casi analoghi (ricerca sulla qualità della vita) l'unità di analisi è rappresentata da un "collettivo" (in questo caso un piccolo comune) che viene posto in una graduatoria in base a indicatori certi (reddito pro-capite, tasso di disoccupazione, criminalità ecc.).

Altresì ci si avvale di unità di rilevamento costituite dallo stesso collettivo anziché, come nel caso di questa ricerca, di un campione eterogeneo seppur idoneo al rilevamento: le unità di analisi e di rilevamento non coincidono come richiederebbe una ricerca quantitativa. La traduzione dei dati "bruti" in proposizioni sociologiche verrà proposta come strumento per consolidare, integrare, migliorare le condizioni ed i servizi per gli anziani (over 65) che, nel 2020 in Italia, supererebbero il 30% della popolazione.

Il paradigma interattivo dell'azione sociale (fondamento del metodo sociologico per derivare obiettivi della ricerca sociale) si può considerare rispettato in quanto l'oggetto ha riguardato classi di azioni sociali (mobilità nell'ambiente, vivere a casa propria, partecipazione culturale, religiosa e ludica ecc.) nelle quali il comportamento dell'attore (over 65enne) si comprenda in funzione delle credenze popolari, costume e tradizioni, emozioni, passioni ecc. rilevate dal campione, diverso dagli attori anche per evitare il rischio di aporia.

# Impostazione della ricerca

La letteratura risulta molto ausiliaria in quanto la ricerca dovrà necessariamente avere un seguito per una reale efficace applicazione dei suoi dati. I concetti sono orientativi in quanto derivati da un recente fenomeno (la longevità della popolazione) che non ha ancora dato origine a veri e propri concetti cui riferirsi (realtà non "ingabbiata").

Il rapporto con l'ambiente è di tipo naturalistico. Il rapporto tra ricercatore e realtà studiata (ambiente rurale) riguardando i comportamenti degli attori di questo ambiente dovrebbe considerare le interazioni studioso e studiato.

L'utilizzo del campione come sopra riferito renderà neutro il ruolo del soggetto studiato. La scelta operativa di avvalersi di un campione diverso dagli attori avvalora la tecnica qualitativa utilizzata. Gli individui intervistati paiono più idonei a rappresentare gli attori nelle comunità interessate in quanto in grado di comprendere meglio le varie situazioni. Tuttavia l'utilizzo di uno strumento di rilevazione uniforme ed uniformante porterebbe a classificare la tecnica come quantitativa. Questa ricerca per ragioni pratiche ed economiche (tempi e costi di elaborazione dei risultati) ed altresì per il suo stesso obiettivo di poter stimolare nuove ricerche più professionali da parte degli stessi destinatari (policy-makers), non può seguire meglio di così le regole della ricerca sociale.

La fase conclusiva della ricerca (analisi dei dati) si avvarrà di semplici tabelle e grafici per indicare i risultati raggiunti. Non pare necessario utilizzare procedure matematiche ed informatiche più sofisticate perché saranno le riunioni dei responsabili, nelle singole comunità o zone omogenee, (sindaci, assessori ed altri amministratori locali) a dar vita ad una analisi di merito che confermerà l'approccio qualitativo della ricerca.

La presentazione dei risultati di questa ricerca sarà per lo più descrittiva delle varie situazioni verificate sorretta da riepiloghi e grafici. La parte finale della descrizione dei risultati sarà realizzata dopo riunioni con i responsabili delle comunità interessate.

#### Riflessioni conclusive

L'auspicio è sostanzialmente quello che si aggiungano alle comunità, che stanno facendo questa esperienza, altre sino ad arrivare alla totalità delle stesse in modo da rappresentare tutti i piccoli Comuni italiani e formare una realtà complessiva nazionale.

Nell'Anci (Associazione Nazionale Comuni italiani) esiste una Fe-

derazione dei Piccoli Comuni che potrebbe sovrintendere alle future fasi, compattandone poi i dati. In Europa esistono già ricerche analoghe che hanno dato buoni risultati (Inghilterra, Francia, Belgio ecc). Sebbene sembri un po' utopistico, sarebbe auspicabile rilevare la percezione degli Anziani d'Europa dei servizi pensati per loro dalle comunità geo-politiche di appartenenza.

Il risultato atteso è di incentivare nuovi approcci culturali da parte degli anziani (apprendimento nuove tecnologie e regole salutari di vita, maggior capacità decisionale) e nuove e più attente politiche sociali da parte di politici ed amministratori. È anche possibile che questo tipo di ricerca sia in effetti uno "studio pilota" in quanto concentrato più sull'inventario delle situazioni (i servizi territoriali), sulla definizione delle situazioni (domande chiuse per le interviste) e sulla scelta del campione (interlocutori diversi dagli anziani ma che li rappresentano bene).

Quando si potranno avere i risultati di tutti i gruppi omogenei (insiemi di Comuni) di tutte le aree rurali italiani (od almeno di una o due macro aree: nord-centro-sud-isole), si potrà procedere a nuove e più approfondite ed adatte ricerche mantenendo la stessa finalità di quelle in corso: verificare l'esistenza e la percezione dei servizi pensati dai Comuni italiani per i loro abitanti anziani, con il secondo fine di verificare la qualità della vita degli stessi attori nell'ambiente costruito attraverso indicatori correlati ai servizi territoriali: mobilità, autonomia/indipendenza e domiciliarità. Di conseguenza valutare il livello di benessere sociale e personale, della loro voglia di vivere e del piacere di stare (ancora) al mondo, al di là delle condizioni psicofisiche ed economiche.

La formalizzazione è il primo criterio di riconoscimento della ricerca quantitativa e si esprime lungo tutto il procedere della stessa. La ricerca quantitativa è caratterizzata dalla struttura logica dell'itinerario di ricerca e dalla strumentazione tecnica da utilizzare.

Dai risultati ottenuti l'identità degli anziani dei piccoli comuni rurali dovrebbe risultare rafforzata grazie alla percezione dei servizi pensati per loro e, con tale miglioramento, anche la comunicazione dovrebbe riuscire meglio nelle sue diverse espressioni. Attraverso un'emittente più attenta a renderla facilmente comprensibile da questo ormai terzo della popolazione. I contenuti della comunicazione dovrebbero rispettare le condizioni psico-fisiche dei riceventi, la loro cultura

e le loro tradizioni, senza turbarli ma con codici e canali in grado di rinforzarne il contenuto e la trasmissione. I Riceventi dovrebbero gradire questo tipo di comunicazione ed incentivarsi ad acquisire nuove capacità di utilizzo della comunicazione (Internet) grazie a corsi disponibili tra i servizi comunali o territoriali.

La comunicazione diventa un'azione sociale per il bene comune e, nel caso in questione, per consolidare la visibilità e la fruibilità dei servizi disponibili a vari livelli, la partecipazione degli attori a nuovi progetti, rapporti interpersonali ecc.

I risultati della ricerca potrebbero confluire in uno dei progetti che riguardano la qualità della vita degli anziani e la loro formazione (Geragogia) ed estendersi ad altre Province italiane ricche di aree rurali.

# IDEA PROGETTO DI RICONVERSIONE DELL'OSPEDALE SANTO SPIRITO DI BRA IN CENTRO POLIVALENTE SANITARIO-ASSISTENZIALE

Fabrizio Astrua Ingegnere docente - Politecnico di Torino Angela Friscia Ingegnere





#### **Premessa**

Le motivazioni dello studio risiedono nella convinzione che la realizzazione di un nuovo grande centro ospedaliero come quello di Alba-Bra a Verduno, progettato e realizzato per le grandi emergenze di un ampio contesto territoriale, non può e non deve risolvere le necessità più quotidiane della popolazione, cioè tutte quelle richieste di assistenza ambulatoriale o di piccoli interventi che spesso richiedono il semplice ricovero in day-hospital.

Tutto questo perché le distanze dal centro urbano (nel caso specifico del centro di Bra) dal nuovo ospedale sono troppo grandi e diventa difficile raggiungerlo, soprattutto in carenza di strade adeguate e di mezzi di collegamento efficienti.

La proposta di "recuperare" e "riorganizzare" una struttura come l'Ospedale di Santo Spirito, nasce anche dalla convinzione che strutture come queste sono di fondamentale importanza per l'assistenza sanitaria "spicciola", se ci si passa il termine, quella che deve essere prestata dentro la città e che può favorire la frequentazione del centro sanitario anche da parte di quella fetta di popolazione che oggi diventa sempre più ampia, caratterizzata dagli anziani. Per questa fetta di popolazione, alla necessità di cure per le patologie croniche, si associa quella di avere strutture residenziali con una completa gamma di servizi, dalla semplice ospitalità alberghiera (sostitutiva del domicilio quan-

do non è possibile percorrere questa soluzione abitativa) a livelli sempre crescenti di assistenza infermieristica, medica e riabilitativa appropriata alla situazione clinica ed al grado di disabilità contingente, senza dover peregrinare di struttura in struttura e dentro/fuori l'ospedale per acuti (vedi concetto di "RSA ponte" nei quaderni CeRCo precedenti).

Il progresso della medicina, le innovazioni tecnologiche e le migliori cure oggi assicurano la sopravvivenza ad un sempre più ampio numero di pazienti, ma spesso non permettono la completa e totale guarigione. Oggi sono molti i soggetti che necessitano di cure e trattamenti continui e complessi per periodi di lunga durata, o addirittura per il resto della vita. L'invecchiamento della popolazione inoltre influisce molto sull'aumento delle patologie croniche e questo con costi sempre maggiori.

Per citare alcuni numeri, attualmente, il 36,6% della popolazione italiana è affetta da cronicità; inoltre nella popolazione anziana (che costituisce il 21% della popolazione italiana) le cronicità colpiscono per l'80,7% del totale e i cronici giovani (età ≤ 24) sono il 9,9%. Di conseguenza sono più di 22 milioni gli affetti da cronicità in Italia e di questi la metà ha più di 65 anni. Le nuove generazioni di anziani vorranno vivere nella propria abitazione il più a lungo possibile e poter quindi ricevere a casa tutta l'assistenza necessaria.

Un esempio in questo settore è stata la Regione Piemonte che ha adottato, nell'ambito della riorganizzazione del SSN derivante da D.L. 158/12 e dell'approvazione del piano socio-sanitario 2012-2015, una importante deliberazione ("Deliberazione del Consiglio Regionale del Piemonte del 3 aprile 2012, n. 167) che prevede Il riequilibrio tra la "sanità d'attesa" e la "sanità d'iniziativa". Si pensa dunque di agire parallelamente su due direzioni:

• Da un lato aumentare le cure primarie, quali prestazioni ambulatoriali e degli interventi di assistenza domiciliare, affidate a centri polivalenti come descritti sopra (nella DGR etichettati come CAP cioè "Centri di Assistenza Primaria"), per programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici. Questo si potrà attuare tramite la realizzazione di reti ospedaliere integrate, il potenziamento dell'assistenza primaria e un'integrazione tra i servizi sanitari e i socio-assistenziali per l'erogazione delle prestazioni di cura domiciliare ad alta complessità assistenziale, quali RSA, MMG, servizi sociali,

ASL, *hospice* e assistenza domiciliare, sia in fase intensiva che nelle prestazioni di lungo assistenza;

• Dall'altro lato accorpare i servizi di assistenza specialistica gestiti dagli ospedali in rete e dislocati in punti chiave del territorio.

La nascita di diversi progetti di centralizzazione delle funzioni specialistiche in "ospedali cardine" e la conseguente dismissione delle vecchie strutture, rientrano all'interno di questa analisi: con la costruzione del nuovo ospedale di Alba-Bra a Verduno (Cn), quale ospedale di riferimento della zona, la rifunzionalizzazione dell'ospedale Santo Spirito di Bra permette la concretizzazione di uno di tali Centri: "strutture polifunzionali che offrono ai cittadini una risposta alla maggior parte dei fabbisogni sanitari (quelli che non richiedono l'intervento di una medicina più sofisticata presente negli ospedali cardine e di riferimento). Rappresentano il fulcro dell'organizzazione delle cure primarie, con l'obiettivo di fornire ai cittadini un punto di riferimento nella fascia oraria giornaliera".

# Descrizione del progetto

Le vecchie strutture ospedaliere, come il Santo Spirito di Bra, sono intrinsecamente legate ai cittadini e si trovano già in siti facilmente accessibili dalla maggior parte della popolazione, sia con mezzi privati che con mezzi pubblici.

D'altra parte è ovvio che una struttura preesistente, e soprattutto di riferimento storico presenta vincoli strutturali che possono far pensare a difficoltà di rifunzionalizzazione; non bisogna però dimenticare che finora questo edificio è stato utilizzato come ospedale a pieno regime e quindi una struttura molto meno impegnativa per impianti, macchinari e movimentazione pazienti può costituire una soluzione ideale.

Nella tabella allegata possiamo vedere la comparazione degli aspetti positivi e negativi di questa ipotesi di riqualificazione.

In Piemonte esistono già esempi di queste strutture, in cui i servizi sanitari primari e l'assistenza sono integrati e compartecipanti: un esempio molto significativo che ha dato ottimi risultati è costituito dalla "Città della Salute di Canale (CN)". Questo complesso si pone come struttura-ponte tra il pronto soccorso e l'ospedale di riferimento: distribuito su un'area di 10.700 metri quadri, è formato da 20 posti per RA (Residenza assistenziale), 20 RAF (Residenza assistenziale flessibile),

PRO	CONTRO
La grandezza della struttura che permette anche l'inserimento di letti per brevi degenze o day-hospital e altre attività connesse	La grandezza della struttura che potrebbe risultare eccessiva in base alle necessita di un centro polivalente di cure primarie
La posizione della struttura in una zona centrale del Comune e già organizzata per il suo sfruttamento	La vetustà dell'edificio che comporta adattamenti alla nuova normativa al fine di renderla utilizzabile
La fitta rete di servizi e attività che si sono legate all'edificio e alla sua destinazione sanitaria (quali fiorai, giornalai, bar, ecc.). Queste, in caso di sparizione del fulcro della loro economia, rischierebbero di scomparire e di far precipitare l'economia della zona	La necessità di riadattare la distribuzione interna per la riconversione, rimanendo vincolati dalle strutture vecchie che non sono distribuite e studiate in modo idoneo e congeniale all'attuale sistema ospedaliero
L'abitudine, non trascurabile, dei cittadini a recarsi in quella zona e in quell'edificio per ottenere i servizi sanitari di cui hanno bisogno	
La presenza all'interno della struttura degli impianti, allacciamenti e forniture che necessita una struttura sanitaria	
La presenza nell'ospedale anche di un centro traumatologico per lo sport già in funzione	

20 RSA (Residenza sanitaria assistenziale), più 20 posti per ricoveri a lunga degenza gestiti dall'Asl e 12 minialloggi per anziani, il tutto assistito da ambulatori e 118 (Vedi precedenti Quaderni Ce.R.R.Co. per notizie più precise.)

La riuscita di questo progetto ha aperto ed apre la strada ad altre aggregazioni sanitarie. In questa linea si inserisce il nostro progetto.

# L'edificio che ospita l'Ospedale di Santo Spirito

La riconversione di un edificio storico non è mai un progetto semplice in quanto si deve tenere conto non solo degli aspetti costruttivi architettonici, ma anche della storia e della identità dell'edificio.

Infatti oggi si tende a costruire edifici "polifunzionali" nuovi privi di identità ed individualità architettonica. Ciò viene fatto soprattutto per consentire di ospitare grandi eventi. Gli edifici polifunzionali risultano essere "contenitori" in grado di trasformarsi facilmente per qualsiasi occasione, in nome della temporaneità e della flessibilità d'uso. In

passato vigeva invece l'individualità architettonica, quindi ogni costruzione, ed in particolare la tipologia ospedaliera, era realizzata con un fine ben definito, una precisa destinazione, e da questa dipendevano le sue esatte caratteristiche tipologiche, architettoniche e costruttive.

Le caratteristiche tipologiche rappresentano quindi i tratti distintivi dell'edificio storico e sono: la forma, il numero di piani, le altezze, che danno un'idea della conformazione della struttura. L'impianto dell'edificio è molto antico.

L'Ospedale, fondato nel 1564 per decisione del Vicario Generale di Torino, era amministrato dal Municipio di Bra. Nel 1642, dopo un periodo di decadenza dovuto a vicende belliche, la struttura fu affidata alla Confraternita dei Battuti Bianchi che la tenne fino al 1660, quando tornò al Municipio per poi fondere l'amministrazione, nel 1773, con la "Congregazione di Carità". L'Ospedale restò istituzione autonoma fino alla fine degli anni '70 del '900, quando confluì nell'ASSL 18 Alba-Bra e poi nell'ASL CN 2 Alba-Bra.



L'ospedale Santo Spirito di Bra



Nel nostro caso siamo quindi di fronte ad un edificio in muratura portante con impianto planimetrico formato da due lunghe maniche coperte da volte a crociera e distribuite su tre livelli e da una manica su due piani.

Quest'ultima struttura, che rappresenta la parte storica, è stata ampliata

successivamente annettendovi due blocchi distribuiti su tre livelli.

Dal punto di vista della distribuzione verticale sono presenti corpi scala ed ascensori, mentre orizzontalmente sono presenti porticati nel piano terreno e primo che, chiusi con murature di tamponamento e infissi, sono attualmente utilizzati come corridoi.



### Il progetto

Questo studio è partito dall'analisi funzionale della struttura e dall'individuazione dei suoi aspetti caratteristici:

- Sono presenti due accessi principali, posti nell'area di accettazione, di cui uno posto sulla via principale e non accessibile da disabili, e uno antistante collegato con il cortile interno. Da quest'ultimo accedono sia i disabili che il personale interno che parcheggia nel cortile stesso. È inoltre presente un altro accesso, posto su un altro cortile, che permette l'ingresso per chi sosta nel parcheggio dell'ospedale, posto nello stesso isolato; questo è utilizzabile solo da persone senza limitazioni funzionali.
- La distribuzione verticale avviene attraverso i due grandi scaloni presenti alle due estremità della facciata principale, nonché da un ascensore posto nel cortile est e da altri tre ascensori realizzati per la nuova struttura annessa e per la ristrutturazione dell'*hospice*. Inoltre sono stati aggiunte diverse scale esternamente al fine di mettere a norma antincendio i diversi piani.
- La distribuzione orizzontale avviene attraverso i corridoi creati chiudendo con muri di tamponamento e infissi i porticati del piano terra e primo.

Per migliorare la distribuzione degli spazi e della comunicazione, nonché l'aspetto estetico dell'edificio si è deciso di rimuovere l'ascensore posto nel cortile est e di sostituirlo con due ascensori aggettanti nei vani scala, di eliminare la tettoia realizzata recentemente nel cortile sud, di sostituire i muri di tamponamento e gli infissi dei porticati del piano terreno con facciate in vetro strutturale, e di coprire le scale antincendio dei due cortili con una parete verde.

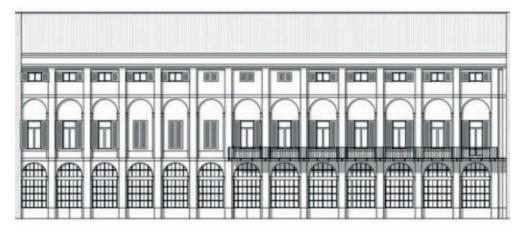
Da questi aspetti distributivi si sono quindi riorganizzati i reparti:

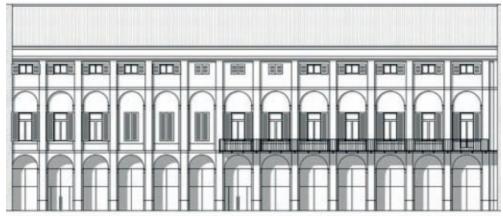
 La nuova ala est dell'ospedale, non oggetto del nostro studio, sarà destinata alla riabilitazione e fisioterapia post-operatoria e posttraumatica.

#### PIANO TERRA

• La zona d'accesso ai servizi, posta presso gli ingressi principali e prima destinati all'amministrazione e ai locali tecnici, è stata destinata a garantire l'accesso integrato ai servizi socio-sanitari, fornendo informazioni e guidando il cittadino all'interno del sistema, non-

- ché a supportare le attività sanitarie e sociali svolte nel CAP, quali funzioni di prenotazioni, raccolta di dati e interfaccia con gli esterni;
- L'estremità ovest è stata mantenuta per la guardia medica e quindi per la continuità assistenziale, a garanzia di un sostegno sanitario 24 ore su 24;





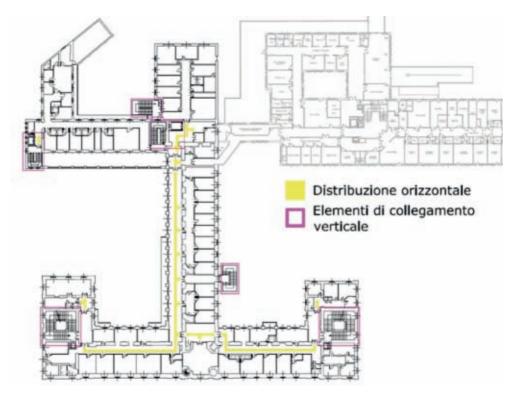
- L'estremità est della facciata principale, precedentemente destinata all'AVIS e agli ambulatori di chirurgia, è stata destinata all'assistenza sociale, con lo scopo di compartecipare alle funzioni di programmazione, coordinamento delle attività e approfondimento dei casi in seguito agli interventi al domicilio dei pazienti;
- L'ala centrale, configurata come reparto radiologia, è stata adibita a centro operativo per il 118/CRI, attraverso l'utilizzo di mezzi di soccorso idonei che partiranno dal cortile limitrofo;



• L'estremità nord ed ovest sono state convertite da laboratorio analisi e *hospice* a distretto socio-assistenziale-sanitario, che rappresenta il polo di gestione e controllo delle ramificazioni sanitarie e socio assistenziali dell'ASL, assicurando l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali con la valutazione dei bisogni e l'offerta dei servizi di assistenza. Inizialmente, nell'ala ovest, erano presenti i reparti di ostetricia, che sono stati in seguito spostati e sostituiti, dopo una massiccia ristrutturazione, con l'*hospice* oncologico. Questo progetto però non si è mai concluso e attualmente la zona è rinnovata ma inutilizzata.

#### PRIMO PIANO

 Tutti i reparti di medicina generale sono stati sostituiti dal Centro Studi e Ricerche nell'estremità ovest della facciata, dal centro prelievi nell'estremità est, che opererà in concorso con il poliambulatorio posto lungo tutta la facciata. Questo sarà destinato alla valutazione breve ed al controllo di quadri clinici non destinati a strutture di livello superiore in termini di intensità di cure;



- Al posto degli ambulatori di ostetricia e medicina generale sono stati inseriti gli studi dei MMG che opereranno usufruendo degli ambulatori e le tecnologie diagnostiche del poliambulatorio;
- L'ala ovest attualmente, dopo la ristrutturazione per l'*hospice*, è occupata dal centro di traumatologia sportiva e medicina dello sport, il quale, se ampliato, potrebbe diventare il polo sportivo traumatologico a cui l'intera Provincia di Alba e Bra possano fare riferimento.

#### SECONDO PIANO

• I locali destinati all'amministrazione, posti nella metà ovest della facciata, sono stati conservati e mantenuti tali;

Gli ambulatori di medicina, posti nella metà est della facciata, sono stati destinati al reparto radiologia, quindi per l'area della diagnostica strumentale di primo livello, a supporto delle prestazioni non erogabili a domicilio.

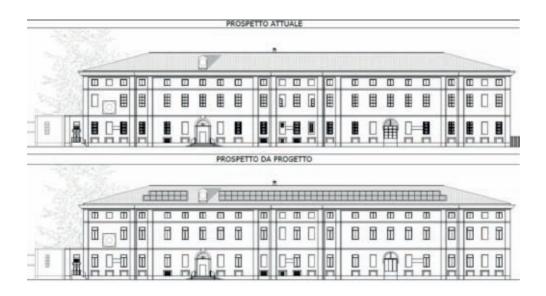
 L'ala centrale, precedentemente occupata dal reparto di pediatria, è stata adibita a day-hospital, in modo da sfruttare le camere già presenti; questa servirà come area di sorveglianza temporanea di citta-

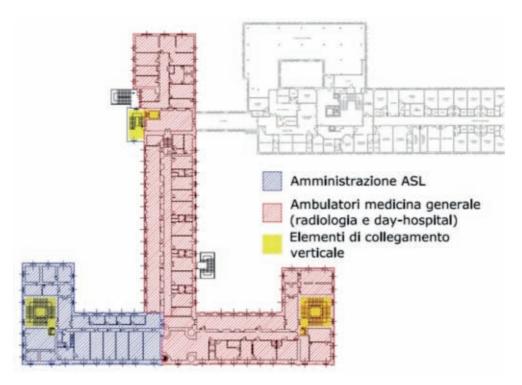
- dini con patologie che non richiedano ricovero ospedaliero, ma necessitino di prestazioni non erogabili a domicilio;
- L'estremità nord, inizialmente occupata dal reparto di pediatria, è stata destinata al laboratorio analisi, semplicemente spostato dal piano inferiore dove era posto precedentemente.

La distribuzione di questi reparti è stata studiata attentamente in modo tale da integrarli perfettamente con la struttura esistente e con le tecnologie e impianti già presenti o da inserire, e mettere vicino reparti che necessitano di comunicare tra loro.

Uno degli obiettivi posti in questo progetto però non riguardava solo l'organizzazione dei reparti all'interno della struttura, ma la sua rivalorizzazione. Per questo motivo si sono anche studiati degli interventi di rimodernamento e storicizzazione dell'edificio.

Un primo intervento riguarda la sostituzione degli infissi che risultano ormai vecchi e usurati, oltre che eterogenei per forma e dimensione, per le diverse modifiche apportate alle facciate. Questo sarà effettuato con elementi similari ma che rispettano le attuali norme sulla trasmittanza del calore e che ripristinerebbero l'armonia ai prospetti. Gli infissi sui cortili invece si è previsto di rimuoverli insieme alla muratura di tamponamento, in modo tale da ripristinare il colonnato dei portici della struttura originale e chiudere i corridoi con vetrate strutturali.





In secondo luogo si è deciso di eliminare o nascondere gli elementi che perturbano l'armonia del complesso; si è cominciato con l'ascensore esterno posto nel cortile est e la tettoia in mattoni costruita di fronte all'ingresso sul cortile ovest. Per la copertura dei parcheggi per disabili realizzati sul cortile principale, si è pensata inoltre la costruzione di una pensilina in vetro strutturale. Le due rampe di scale in acciaio poste nel cortile est e nord sono state nascoste da pareti verdi realizzate su strutture in lamiera stirata.

A completamento di questi interventi si sono ipotizzati altri interventi a completamento e miglioramento degli stessi. Uno di questi è il restauro delle facciate esterne, con lavaggio e cuci-scuci dove necessario, e per omogeneizzare meglio la struttura moderna con quella storica e per renderla più regolare si è deciso di ritinteggiare le pareti in modo da coprire le modifiche effettuate negli anni ed eliminando l'aggetto costruito per le camere operatorie e non più utile.

Un altro intervento riguarda la sostenibilità ambientale; questo tema è molto sentito ultimamente e in una ristrutturazione così grande non è possibile integrarla. Per questo motivo si è deciso di collocare dei pannelli solari termici sulle coperture a sud della struttura per ridurre i costi per la produzione di acqua calda sanitaria e per il riscaldamento, e di posizionare una cisterna interrata per la raccolta della acque meteoriche al fine di riutilizzare l'acqua per l'irrigazione dei giardini, delle pareti verdi e per lo scarico dei WC. Infine, il posizionamento delle pareti verdi sulle scale di emergenza della struttura, permetteranno di schermare la luce solare con conseguente raffrescamento dell'ambiente e riduzione dei consumi estivi e di ridurre le dispersioni termiche.

#### Conclusioni

L'evoluzione del SSN e della integrazione socio-sanitaria in Italia e in particolare nella Regione Piemonte, prevede, come cardine dei servizi territoriali, la creazione di centri di cure primarie che ben si possono incorporare nel modello di "Struttura ponte" tra domiciliarità ed ospedale per acuti che il Ce.R.R.Co. ha da anni proposto.

Nel caso specifico di Bra, la concatenazione degli eventi, ha portato alla preparazione di questo progetto di riqualificazione dell'ex ospedale Santo Spirito in centro di cure primarie. La sua posizione privilegiata, posta centralmente al contesto urbano cittadino, la rete di servizi già presenti che servono la struttura, unita alla possibilità di recuperare un edificio storico ormai logorato dagli ampliamenti e dalle modifiche effettuate nel tempo per adattarlo al meglio alle diverse esigenze, sono un ottimo viatico per la sua futura realizzazione.

Indubbiamente, molte altre destinazioni sarebbero compatibili con questa struttura edilizia e con il contesto urbano: dal museo, alla pinacoteca, al ricovero, etc. Si potrebbero trovare molte altre possibilità di riutilizzo, ma mantenerla nel contesto socio-sanitario, che è quello per cui è stata concepita più di 250 anni fa, riteniamo sia la soluzione migliore, una soluzione che unisce la vocazionalità originale della struttura con le esigenze fondamentali dell'utenza di oggi.

# CONCLUSIONI

Come conclusione a tutto il quaderno, un semplice elenco di "messaggi da portarsi a casa". Confidiamo che possano aiutare tutti i cittadini, anziani e non, e soprattutto i decisori che condizioneranno, nel bene e nel male, il futuro delle persone anziane sulla faccia del nostro Pianeta. Che siano sempre più consapevoli che vanno viste come protagonisti degni di investimento e non più come sopravvissuti da caricarsi soltanto sulle spalle...

# Take home messages:

- 1. La nuova generazione di anziani che arriverà (i baby boomers) avrà bisogni, aspirazioni e potenzialità completamente differenti da quelli delle generazioni precedenti.
- 2. I "Nuovi anziani" non devono più essere visti come un fardello, ma come una risorsa ed un "dividendo" economico.
- 3. Perciò dobbiamo investire nel loro benessere globale per una longevità attiva e autonoma: non solo speranza di vita maggiore e salute migliore, ma anche "benessere" culturale, emotivo, spirituale ecc. Nuove esigenze, quali motorietà, arte, cultura, spiritualità, ecc. si mescolano a nuovi problemi (dipendenze come la ludopatia, famiglie monoparentali e/o plurime, elevato tasso di suicidi ecc.).
- 4. Sia le cure domiciliari, sia i servizi residenziali, devono essere guidati dai principi di Medical Humanities, alleanza terapeutica e resilienza per essere veramente centrati sulla persona.
- 5. Questo "human touch", empatico ed inclusivo, è essenziale e si può ben riassumere nello slogan "dal curare al prendersi cura" che ha le sue radici nella Bioetica Personalistica e nella person-centered care.
- 6. Per quanto concerne la continuità assistenziale in regime di ricovero, la soluzione migliore è la creazione di strutture residenziali "ponte" che abbiano al loro interno tutti i servizi e tutti i livelli di intensità di cura (dai mini-alloggi per le persone autonome, ai reparti per malati di Alzheimer avanzato gestiti con personale altamente

specializzato) e che eviterebbero agli anziani gli attuali dolorosi pellegrinaggi da un centro all'altro. Queste "cittadelle della salute" possono diventare anche il riferimento sanitario naturale per tutta la comunità locale, ospitando al loro interno i poliambulatori di zona, il 118, la guardia medica, il quartier generale delle cure domiciliari, l'assistenza sociale, la Croce Rossa, le Associazioni di volontariato ecc.

- 7. Il personale professionale che dovrà prendersi cura direttamente degli anziani, come pure i caregivers "informali" (familiari ecc.) devono essere molto qualificati, attraverso corsi teorici e pratici con standards definiti internazionalmente e precisi programmi di formazione. Professionisti e caregivers informali dovranno poi agire in piena sinergia con un approccio equilibrato di pratiche evidence-based e di iniziative "personalizzate".
- 8. Di fronte al crescere della domanda di servizi ed alla sempre più forte limitazione delle risorse pubbliche, sarà delicato e cruciale definire quali servizi essenziali mantenere a carico del welfare e quali affidare all'offerta del mercato privato. La cogestione di strutture residenziali o di sevizi, secondo la formula della Public-Private Partnership (PPP), potrebbe assicurare, in modo sinergico e integrato, servizi sia di base che opzionali con la massima resa economica ed evitando al cittadino anziano inutili peregrinazioni di centro in centro.

"Non dobbiamo stimare come più felice il giovane, ma il vecchio che ha vissuto bene. Perché il giovane, nella pienezza delle sue forze, è spesso confuso e sviato dal vento della fortuna; ma il vecchio, che si è ancorato nella vecchiaia come in un porto, tiene ormai saldi, nella sicura custodia della gratitudine, i beni che prima aveva scarsa fiducia di ottenere" (Epicuro)

#### **GLI AUTORI**

**Giovanni Asteggiano.** È Medico specialista in Neurologia e Psichiatria Infantile, Direttore SC Neurologia Ospedali di Alba (CN) e Bra CN); Docente presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Torino.

Fabrizio Astrua. È Ingegnere, Professore Associato in Architettura Tecnica, 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. Direttore del Corso di Perfezionamento Post-Laurea "Universal Design: Progettazione multisensoriale e Barriere Architettoniche". Svolge la sua attività 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. Ha svolto per molti anni attività professionale come responsabile di progetti integrati urbanistici ed edilizi. Autore e curatore di numerose pubblicazioni e volumi, tra cui: AA.VV. Universal Design: progettazione multisensoriale e barriere architettoniche, (a cura di F. Astrua, M.B.Picco, M.Rella), Nuova Riprografica, Torino 2007. 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 ederly life quality in Italy: mobility in historical urban spaces and archeologycal 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, Kluver Accademic Publisher, manifactured in the United States, 2002.

**Paolo Fabio Astrua**. Laureato al D.A.M.S. laureando in Progettazione delle Aree Verdi e del Paesaggio presso l'Università di Torino, Facoltà di Agraria. Dopo una importante esperienza artistica teatrale come attore e drammaturgo, oggi lavora alla progettazione ed alla realizzazione di aree verdi, giardini e terrazzi con un'attenzione particolare alla multisensorialità ed alle esigenze umane legate all'ambiente in un ricerca del benessere e dell'ecosostenibilità.

Luciano Bertolusso. È laureato in Medicina Specialista in Gastroenterologia conseguita alla scuola del Prof. Verme e del prof. Rizzetto. Contempera l'attività di MMG con l'interesse per le patologie gastrointestinali. Dalla fine degli anni '90 si occupa di formazione: Animatore di Formazione (dal 1997) e Docente ai Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale (2004); è Tutor per la Medicina Generale. Socio SIMG (Società Italiana Medicina Generale) e SIGE (Società Italiana di Gastroenterologia Extraospedaliera). Consigliere Provinciale dell'Ordine dei Medici di Cuneo (2009-2015) e del Direttivo Provinciale FIMMG (sindacato dei MMG) dal 2007 ad oggi.

**Domenico Bertorello.** Sacerdote della Diocesi di Alba (CN). Attualmente è collaboratore parrocchiale presso le parrocchie dell'unità pastorale di La Morra e assistente spirituale presso l'ospedale San Lazzaro dell'Asl CN2 di Alba. Ha conseguito il titolo di Licenza in Teologia Pastorale (nel 2008) e il Baccalaureato in Scienze e Tecniche di Psicologia della Comunicazione (nel 2013), presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma, sezione di Torino. Coordina il lavoro della Consulta Diocesana di Pastorale della Salute di Alba, come responsabile dell'Ufficio di Pastorale degli Anziani e della Salute.

**Dario Bracco**. 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 iscritto all'Albo dei Giornalisti e membro di importanti associazioni scientifiche e culturali (ISG società internazionale di Gerontecnologia – So.M.I.Par. società medica italiana di paraplegia, ASA American Society on Ageing, ICAA International Conference on Active Aging ecc.). Collabora come docente ai Corsi post-laurea del Politecnico di Torino di "Universal Design" e "Progettazione multisensoriale e 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. 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 BAR-RIERE, 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.** (Susa, 1950), laurea nel 1974 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 ol-

tre 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. Professore di Psichiatria dell'Adolescenza Università di Torino.

Simona Brino. 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, Franco Angeli, 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.

Angela Friscia. Laureata in Ingegneria Edile (tesi La riconversione dell'Ospedale S. Spirito di Bra) - Master di II livello sulla Sicurezza Occupazionale, con acquisizione di competenze sulla sicurezza sul lavoro, prevenzione incendi e sistemi di gestione. Collaboratrice part-time con il Politecnico di Torino, all'interno del corso di Ingegneria Sismica; consulente tecnico sicurezza lavoro presso GRUPPO POLARIS Srl. Svolge attività di volontariato (catechista e animatrice) presso la parrocchia Madonna delle Rose di Torino.

**Elio Laudani.** 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.

**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.

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 Ce.R.R.Co. 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 fo All" Hong Kong, June 2010 con una presentazione su "Driving safe in your seventies and over"; la "American Society on Aging Conference" Washington DC, marzo/ aprile 2012, con una presentazione su "A new role for nursing homes, bridge between hospital and homecare"; la "American Society on Aging Conference" San Diego CA, marzo 2014, con una presentazione su "New services for new older people between national welfare and free market: technology, management and human caring". 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.

Antonella Palmisano. Laureata in fisioterapia ed in pedagogia ad indirizzo psicologico. Ha conseguito un master in Ergonomia ed uno in Coordinamento e Organizzazione per le Professioni Sanitarie della Riabilitazione, oltre a numerosi corsi di specializzazione soprattutto in ambito fisioterapico. Ha lavorato per oltre 30 anni a servizio di pazienti anziani in RSA, sul territorio, in Ospedalizzazione a Domicilio ed in reparti di geriatria anche con funzioni di coordinamento dei servizi riabilitativi. Esperto di formazione in ambito di movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti (già membro del gruppo regionale sulla Movimentazione Manuale dei Pazienti) ambito per il

quale ha pubblicato libri di testo, articoli e partecipato a innumerevoli corsi di formazione, convegni e work-shop. Docente in formazione di base presso il Corso di Laurea in Fisioterapia, in diversi master universitari ed in alcuni corsi di laurea specialistica. Pratica ricerca in ambito ergonomico sia di prodotti che di servizi (già Presidente regionale della Società Italiana di Ergonomia). Da circa 3 anni si occupa di formazione e aggiornamento ECM del personale dipendente della Città della Salute e della Scienza di Torino.

Pierangelo Pieroni è medico specializzato in Gerontologia e Geriatria a Firenze presso la scuola diretta dal Prof F.M.Antonini. Ha svolto attività di dirigente medico nella Divisione di Medicina e Geriatria dell'Ospedale di Alba (Cn) e a Canale (Cn) nel Reparto di Degenza Post-acuzie e Cure Intermedie. Insieme al Dr. Franco Cravero ha istituito ad Alba l'Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.) ed ha lavorato come geriatra nel Gruppo di Lavoro Interdisciplinare su Assistenza Sanitaria Integrata per la Demenza Presenile e Senile. È stato Presidente dell'Unità di Valutazione Geriatrica dell'ASL CN 2 Alba-Bra. Ha collaborato alla nascita dell'Associazione di Volontariato Socio Sanitario Centro Volontari Assistenza presso la Caritas di Alba. Ha svolto attività didattica in corsi per Infermieri Professionali, Direttori di RSA, Operatori Socio Assistenziali (OSS), corsi per l'assistenza al malato di Alzheimer e corsi per volontari.

Pietro Piumetti. Psicologo psicoterapeuta del Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese, professore a contratto di "La terza età: aspetti psicologici e psicopatologici" presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute - Dipartimento di Psicologia - Università degli Studi di Torino; docente di "Psicologia Gerontologica" presso il Corso di Laurea in Psicologia della Comunicazione dell'Istituto Universitario Salesiano di Torino; Direttore Scientifico del Corso di Perfezionamento in Psicologia dell'Invecchiamento con il Metodo Palestra di Vita presso la suddetta Università.

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.

# 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. Alleno la 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 consequente 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 raqgiungere 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, adequare la propria abitazione alle nuove necessità e come ci si può muovere nell'ambiente costruito nonostante gli impedimenti 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 "prendersi 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.

Della stessa collana

### 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 viverci bene, per mantenere in buona efficienza il proprio corpo, per collaborare con coloro assistono o si prendono cura. Il testo é corredato di molti disegni utili a renderne 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 adequate alle persone che invecchiano.

#### Mobilità: La settimana di Nonno "Etto"

La presenza dell'anziano, nelle aree metropolitane, è molto evidente, palpabile. È 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.

I quaderni del Ce.R.R.Co, "La stagione dei Grandi Adulti" non sono in vendita, ma distribuiti gratuitamente, fino ad esaurimento.

Dal 2015 sono anche scaricabili dal sito del Ce.R.R.Co.

www.centrocornaglia.org

Per informazioni contattare: ricerchecornaglia@tiscali.it

# 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 quida? Le persone anziane non sono il maggior pericolo della strada: come quidatori 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 quidati. Gli incidenti accadono per vari motivi: disattenzione, trasgressione e scarse abilità di quida. 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 quidatori, 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 quida facile e sicura anche in tarda età. La formazione, l'aggiornamento e la responsabilità nella rivalutazione delle capacità di guida continuate 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 quida finalizzate a questo scopo. Suggerire 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%.

# Ce.R.R.Co. Centro Ricerche e Relazioni Cornaglia Collana "I quaderni dei Grandi Adulti". Quaderno n. 7 L'ANZIANO CHE VERRÀ, IL SUO BENESSERE, DALLA CURA AL PRENDERSI CURA



Chi è nato nel dopoguerra, negli anni del boom economico ('50 e '60), è oggi chiamato a sostegno di tre generazioni: nipoti, figli e genitori, tutte in difficoltà anche se per motivi diversi. Pur lavorando ancora deve dar fondo a tutte le sue risorse: beni, esperienza, salute, forza e coraggio. Questo "Anziano che verrà" troverà a sua volta chi lo assisterà, lo curerà, lo prenderà in carico?

I sessanta-settant'enni di oggi sono molto diversi da quelli fin qui descritti dalla letteratura socio-sanitaria in tutti i Paesi. Sono i figli del baby-boom, sono molti, colti, consapevoli e attenti. Hanno visto l'evolversi delle tecnologie, dei mezzi di comunicazione, delle scienze, della medicina in particolare, e la conquista dello spazio. Sono i testimoni della seconda guerra mondiale, di Corea, Vietnam e Medio Oriente. Utilizzano agevol-

mente la tecnologia, si muovono liberamente nell'ambiente costruito, viaggiano e conoscono le lingue straniere. Sono socialmente partecipi e disponibili. Ricercano il vero benessere fatto di serenità e non di stress.

La nostra ricerca ha studiato il fenomeno dei "nuovi" Anziani nel territorio della regione Piemonte, in particolare la metropoli di Torino e le aree prevalentemente rurali di Alba e Bra (Provincia di Cuneo). I risultati hanno evidenziato che i "nuovi" Anziani ambiscono ad essere più partecipi ed a conservare il più a lungo possibile la loro autonomia ed indipendenza non solo fisica e psichica, ma estesa a tutti gli aspetti della vita. Per questo non smettono di lavorare e di aggiornarsi (Long Life Learning) e continuano a "muoversi" nei loro ambienti; ambienti sempre più predisposti e strutturati 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.) ben inserite nel contesto territoriale e socio-sanitario in cui hanno passato la loro vita. Hanno un concetto moderno di qualità del servizio, la sanno percepire e ricercare. La vicinanza con grandi città garantisce loro l'assistenza medica di ogni livello, anche iper-specialistica, ed è veloce l'accesso alle cure domiciliari o a strutture socio-sanitarie articolate in diversi livelli di intensità di cura/riabilitazione, specialmente in provincia di Cuneo, meno nell'area metropolitana di Torino e cintura. Ma l'"Anziano che verrà" deve anche fare i conti con importanti novità:

- La sua "novità demografica" (longevità, effetto coorte dei baby boomers-Silver Tsunami, nuovi stili di vita ecc)
- La consapevolezza che l'attuale livello di welfare e di assistenza sanitaria, con l'attuale crisi, non è più sostenibile
- Le accresciute esigenze di assistenza e qualità di vita, il desiderio/necessità di vivere a casa propria il più a lungo possibile

 Lo sviluppo di servizi integrativi (anche a pagamento!), più moderni ed estesi di quelli essenziali assicurati dalla collettività: attività culturali ed artistiche, sviluppo della dimensione spirituale, per valorizzare al massimo un invecchiamento già di per sé attivo.

Un concetto quindi più profondo e completo di ben-essere (*Wellbeing, wellness*): 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 della stessa *advocacy* dell'anziano.

E allora perché non creare un'offerta di mercato che risponda adeguatamente a questa nuova domanda? Questo studio ha perciò cercato di focalizzare le nuove possibilità di offerta, al cittadino anziano, di un "ben-essere" più completo, al di là delle cure mediche e dell'assistenza, che gli consenta un miglioramento della qualità di vita globale senza mettere in crisi la governance del sistema. 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, l'affettività e gli stimoli ambientali. In altri termini, non solo la medicina (intesa in modo positivistico, solo biologico), ma anche la cura dello spirito con tai chi, yoga, musicoterapia, bio-danza, meditazione ecc. ecc. In definitiva il piacere globale di stare al mondo... ancorché anziani o diversamente abili, con patologie croniche invalidanti.

Temi che sono un po' nuovi, "inesplorati" e "irrituali", ma che incontrano certamente le aspettative del soggetto che abbiamo individuato come "l'Anziano che verrà". A lui/lei è dedicato questo "Quaderno", con l'auspicio che le Istituzioni – ed i servizi socio-sanitari in particolare – si orientino sempre più ai nuovi concetti di *Human Caring* e di *Medical Humanities*, non solo nella erogazione di prestazioni, ma anche nella formazione professionale di chi si prenderà cura, a vario titolo, dell'"Anziano che verrà".