



Rotary Club
Lucca

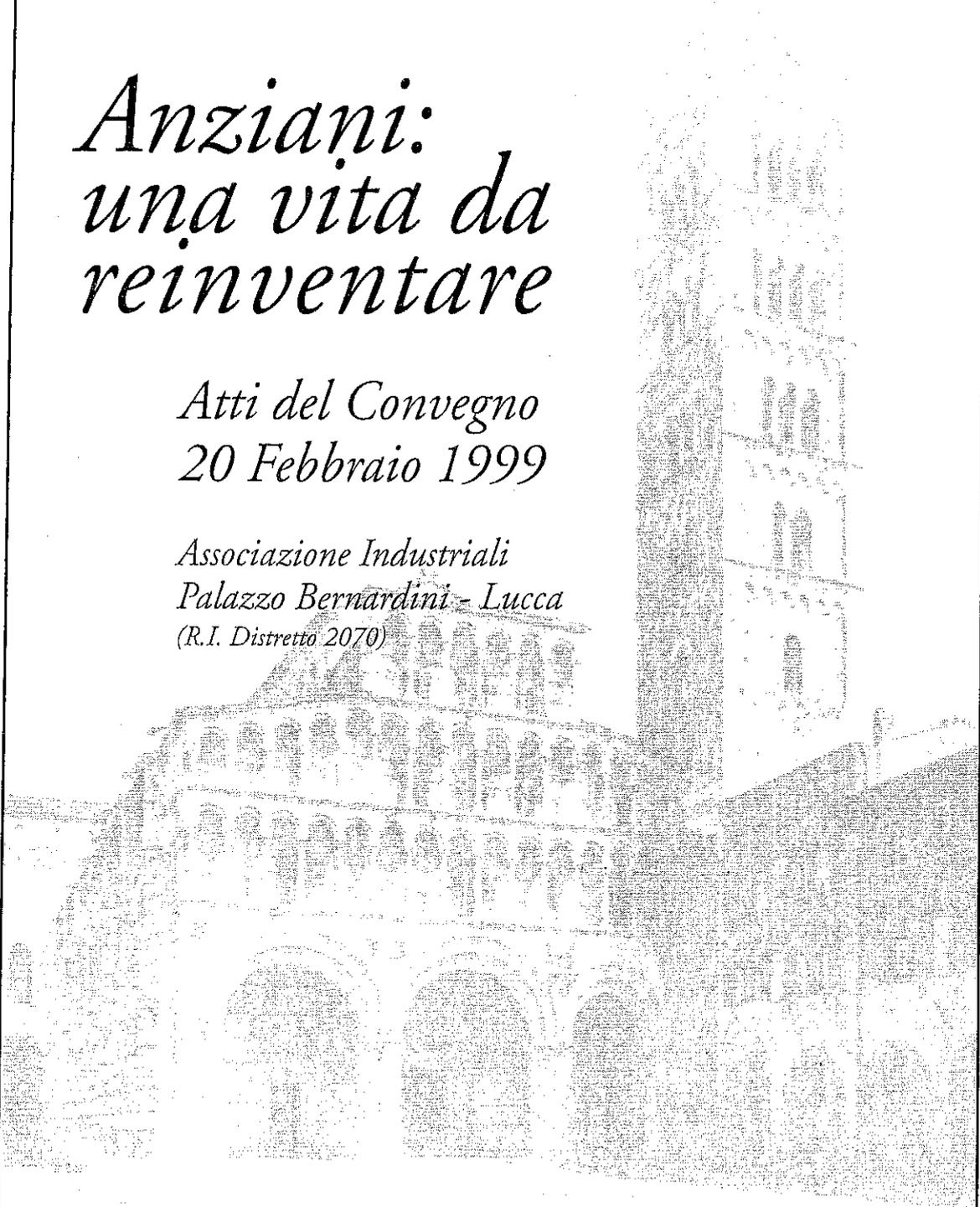


Centro Nazionale
per il Volontariato

Anziani: una vita da reinventare

*Atti del Convegno
20 Febbraio 1999*

*Associazione Industriali
Palazzo Bernardini - Lucca
(R.I. Distretto 2070)*



INDICE:

Saluti	pag. 5
Presentazioni	pag. 7
Relazioni	pag. 13
Anziani: dal rischio di emarginazione a risorsa sociale (<i>Prof. C. Corghi</i>)	pag. 15
Anziani in Toscana: i servizi, i programmi, i problemi (<i>Dott. A. Bavazzano - Dott. A. Mitidieri-Costanza</i>)	pag. 27
Senescenza: omeostasi da difendere (<i>Dott. G. Cotrozzi</i>)	pag. 47
Interventi	pag. 65
Le Università per la terza età (<i>M. Granaiola</i>)	pag. 67
I servizi per gli anziani a Lucca: quale possibile integrazione con il volontariato (<i>Prof.ssa O. Bagat Vitali</i>) ..	pag. 73
Gli anziani ed i beni culturali (<i>Dott.ssa M. T. Filieri</i>)	pag. 79
L'assistenza domiciliare e il telesoccorso (<i>Dott. C. Guidi</i>) ..	pag. 85
Conclusioni	pag. 89

Saluti

Dott.ssa Maria Eletta Martini

In questa bella sede messa a disposizione dalla cortesia dell'Associazione Industriali, parliamo oggi, su sollecitazione del Rotary Club di Lucca di "anziani", non della loro patologia, ma della normale vita degli anziani.

Di quelli che oggi sono più "giovani" di ieri e hanno dimostrato già in questi anni di essere una enorme risorsa sociale, ancora in gran parte da valorizzare.

Perché non utilizzare competenze professionali acquisite in anni di lavoro, tempo disponibile, ed eviterò così problemi di emarginazione e di solitudine, dovuti all'uscita dal mercato del lavoro quando ancora si hanno energie disponibili e "voglia di fare"? questo Convegno intende stimolare in tutti noi il piacere di poter riprogettare la vita; trasformando ciò che potrebbe sembrare una "esclusione sociale" in una nuova opportunità di vita da reinventare non più sommersi dai vincoli economici, familiari, dalle aspettative nei confronti di noi stessi.

Per questo vi proponiamo, esemplarmente, impegni in associazioni di volontariato: le università per la terza età, i beni culturali, l'assistenza domiciliare e il telesoccorso sapendo che nelle associazioni c'è bisogno di competenze diverse: servizi alla persona, aspetti organizzativi, amministrativi, avendo chiari i temi connessi alle normative giuridiche per i volontari pensionati.

Abbiamo chiesto a geriatri, operatori sociali, responsabili delle istituzioni, di aiutarci a conoscere le situazioni per essere consapevoli del contesto in cui ci muoviamo.

Se riusciremo a riscoprire il senso della comunità, dello stare insieme, in famiglia, con amici, in città, con gli altri potremo costruire un diverso tipo di ben-essere per noi, le nostre famiglie, gli ambienti in cui viviamo.

Grazie della disponibilità dei relatori, e della vostra numerosa presenza.

Presentazioni

Da alcuni anni mi sono convinto che bisogna affrontare il problema sociale degli anziani in modo culturalmente diverso anzi opposto! Mi sembra cioè ozioso e sterile drammatizzare continuamente il progressivo invecchiamento del mondo occidentale ed in particolare dell'Italia che attualmente risulta la nazione ultima per natalità e prima per senescenza della popolazione.

Cerchiamo quindi di costruire delle soluzioni utili e produttive per tutti.

L'anziano, ancorché sufficientemente sano e vitale, indipendentemente dalla sua età, può diventare una grande risorsa se ne venga riconosciuta e valorizzata la sua dignità umana, professionale e culturale: perché non utilizzarne l'esperienza (di professionista e artigiano) al servizio delle giovani generazioni durante il loro apprendistato di formazione? Oltretutto l'Anziano si trova nella condizione psicologica più favorevole a dare molto chiedendo poco, pur di sentirsi utile e ancora "vivo"! Il pensionamento non deve risultare una notificazione di scomparsa dalla società ma rappresentare l'inizio di un nuovo periodo della vita ancora feconda di interessi e di utilità per tutta la comunità.

Purtroppo il cammino per arrivare a tale traguardo è appena iniziato e non facile dal punto di vista giuridico e normativo.

Ritengo pertanto che il Rotary dall'alto del suo prestigio e per il suo stesso ideale di servizio, possa e debba essere una voce autorevole e qualificata per farsi promotore di tale iniziativa. Questo convegno l'ha dimostrato ampiamente anche nei confronti delle Istituzioni specie quelle locali.

Mi è gradito ringraziare in particolare due persone che ci hanno aiutato in modo determinante nella organizzazione del Convegno. Il Dott. Umberto Ardito, Governatore del Distretto 2070 per l'anno 1998/1999 e l' On. Maria Eletta Martini tramite il Centro Nazionale per il Volontariato con sede a Lucca

Un grazie inoltre all'Associazione degli Industriali di Lucca nella persona del Suo Direttore e socio Dott. Vittorio Armani per averci messo a disposizione i prestigiosi locali della sede.

Infine il grazie riconoscente da parte del Club di Lucca a tutti i relatori che con la loro qualificata ed appassionata partecipazione sono stati i veri protagonisti dell'incontro: il loro messaggio costruttivo ci sollecita a continuare in questa iniziativa così utile per tutta la società di oggi ma soprattutto di domani.

Prof. Giuliano Cavallacci

Presidente Rotary Club di Lucca – Anno 1998/1999

Con vivo piacere scrivo queste poche righe a coronamento di una iniziativa più che lodevole che il validissimo Presidente del Club di Lucca, Prof. Giuliano Cavallacci ha realizzato il 20 febbraio scorso per trattare il ruolo che l'anziano può svolgere nella società di oggi. Con l'ausilio delle associazioni di volontariato, rappresentate da una figura notissima a tutti, l'On. Maria Eletta Martini, si sono succeduti al microfono un cospicuo numero di oratori, tutti ben scelti e tutti molto competenti, che hanno svolto relazioni che hanno suscitato il vivo interesse dei numerosi presenti alla riunione. Questa si è svolta negli accoglienti locali dell'Associazione degli Industriali di Lucca.

Bisogna dire che il Rotary Club di Lucca, sotto la Presidenza dell'amico Giuliano Cavallacci, ha recuperato negli ultimi tempi quel ruolo che gli compete come importanza dei soci e come prestigio della città.

Dott. Umberto Ardito

Governatore Distrettuale 2070 – anno 1998/1999

Relazioni

Anziani: dal rischio di emarginazione a risorsa sociale

Relazione Prof. Corrado Corghi

La Conferenza del Consiglio Poteri Locali Regioni d'Europa di Siena dell'ottobre 1993 **sull'Europa e le persone anziane: confronto sulle politiche delle città e delle regioni**, sollecitò i poteri locali a promuovere o a rafforzare politiche capaci di preservare o restituire l'autonomia di un vecchio con mobilità ridotta, modificando gli alloggi e i mezzi di trasporto, organizzando servizi socio-sanitari a domicilio con l'aiuto essenziale del volontariato (con una formazione continua del personale, per l'auto – responsabilità), assicurando alle persone anziane mezzi tecnologici per la loro sicurezza.

La conferenza di Siena impegnò, i poteri locali italiani a formulare strategie capaci di promuovere l'integrazione sociale degli anziani per assicurare la solidarietà fra generazioni, e di sostenere la vita associativa con obiettivi di attività capaci ad un tempo di allontanare l'anziano autosufficiente dalla passività e di renderlo capace di offrire servizi utili alla collettività.

Infine la Conferenza auspicò uno scambio europeo di esperienze pratiche per contribuire a sviluppare una politica dell'autonomia e della qualità della vita delle persone anziane orientata verso il 3° millennio.

Una vita più lunga

In Italia la vita allunga il passo. Grazie soprattutto al crollo della mortalità infantile e al miglioramento generale delle condizioni di vita, dal 1870 a oggi la durata media dell'esistenza è più che raddoppiata, passando da 33 a oltre 77 anni. Mentre il traguardo degli 80 si avvicina (le donne lo hanno già superato gli uomini sono più lontani), s'ingrossa il drappello dei centenari: se intorno al 1960 se ne contavano più di 5 ogni milioni di italiani, all'inizio di questo decennio erano aumentati di sette volte. E ancora: se trent'anni fa, rispetto a mille nati, solo

85 donne e 46 uomini avevano la possibilità di sopravvivere fino a 90 anni, questo traguardo è oggi pronosticabile per 228 donne e 100 uomini.

E i prossimi sviluppi? Si sposteranno ancora in avanti le barriere naturali della vita umana? L'ingegneria genetica, con ambiziosi progetti condotti nei laboratori, mirati soprattutto nei meccanismi che bloccano la degenerazione delle cellule, prospetta un nuovo balzo nelle aspettative di vita nel Duemila. Esperimenti su animali hanno dato sorprendenti risultati. I demografi raccomandano cautela.

In Italia il Consiglio Nazionale delle Ricerche (1996) promuovendo il progetto "Invecchiamento", ha teso a **quantificare i rapporti tra invecchiamento patologico ed invecchiamento fisiologico**, ed a stabilire **i fattori determinanti la transazione da autosufficienza a dipendenza nell'età avanzata**. La conoscenza delle condizioni di salute degli anziani, viste le attuali tendenze demografiche, deve essere ormai considerata prioritaria in un'ottica di **prevenzione e di programmazione della spesa sanitaria**, potendo consentire una **limitazione dei costi previdenziali ed assistenziali**, ed una migliore gestione delle limitate risorse attualmente a disposizione. Gli anziani, infatti, rappresentano la parte della popolazione con i maggiori bisogni assistenziali, sia per il frequente ricorso alle strutture sanitarie sia per le conseguenze dirette ed indirette della disabilità associata alle varie patologie. Un'adeguata razionalizzazione dei servizi è possibile solo avendo a disposizione una precisa conoscenza del reale stato di salute della popolazione e della conseguente richiesta assistenziale, ed è, inoltre, un importante strumento per mantenere una idonea qualità dell'assistenza.

In Italia rischia di allargarsi il divario tra generazioni giovani (sempre più assottigliate) e generazioni anziane (sempre più folte): con pesanti ripercussioni sui costi dello Stato. Già oggi gli squilibri della struttura demografica sono più vistosi che altrove. Gli "over 65" (principali beneficiari delle prestazioni del Welfare) rispetto al totale degli occupati (finanziatori di quel sistema) hanno ormai superato l'allarmante rapporto di quattro contro sei. Fra i maschi di 50 - 54 anni, il tasso di inattività è pari al 20% (record negativo nella Ue) e fra le donne dai 25 ai 54 anni, solo la metà partecipa al mercato del lavoro (la media europea è del 70%).

In Europa – dove sistemi di protezione sociale sono più eguagliati – le differenze di sopravvivenza tra i gruppi sociali sono ancora notevoli e non accennano a diminuire. Tutto questo testimonia gli ostacoli al diffondersi a tutta la popolazione di situazioni privilegiate per le cure mediche disponibili o per altre ragioni. Si stenta a credere che nell'arco delle prossime due o tre generazioni la speranza di vita possa raggiungere i 90 anni nel complesso di tutta la una popolazione.

I futurologi raccomandano di pensare per tempo al gigantesco impatto economico-sociale. In particolare, invitano i governi a rivedere il sistema delle pensioni. Basta la longevità attuale a far fallire la previdenza Usa nell'anno 2012.

Sul welfare italiano

L'invecchiamento demografico genera maggiori domande di prestazioni in campo pensionistico, sanitario e dei servizi sociali. Il fatto che più anziani vivono più a lungo implica non solo un maggiore numero di erogazioni e servizi – ad esempio più pensioni, più farmaci o ricoveri –, ma anche servizi più costosi: pensioni di maggiore durata, lungo degenze, nuove forme di assistenza domiciliare o in case di riposo e così via. Di conseguenza sono crescenti oneri di finanziamento a carico dei bilanci pubblici. Questi oneri finiscono per gravare su una platea costante di persone attive, percentualmente in diminuzione. Sono infatti gli attivi che finanziano in larga misura i programmi di protezione sociale. Nel 1970 vi erano in media europea più di cinque persone in età lavorativa per ogni anziano. Oggi ve ne sono circa quattro, mentre fra vent'anni ve ne saranno solo tre.

Quest'ultima dinamica è aggravata dalla crisi occupazionale. Poiché non tutte le persone in età compresa fra 15 e 65 anni lavorano effettivamente, il tasso di dipendenza reale è più elevato di quello ipotetico. Sui quattro lavoratori potenziali per anziano, oggi in Europa, di cui ho parlato circa due sono disoccupati o inattivi e si trovano a consumare reddito inevitabilmente a carico dei due occupati. Gli alti carichi assistenziali che gravano sui redditi di chi lavora contribuiscono al persistere della crisi occupazionale.

Questa situazione è destinata a stringersi ulteriormente in futuro, a causa dell'invecchiamento demografico.

L'Italia ha una struttura demografica più squilibrata rispetto ai Paesi dell'Unione Europea grazie anche al facile accesso alle pensioni di anzianità, la quota di persone inattive sopra i 50 anni è dal canto suo più alta che altrove: fra i maschi di 50 – 54 anni il tasso inattività è pari al 20% contro una media europea del 12%.

Gli anziani, come ovunque in Europa, sono molto spesso a rischio: più alta è la fascia di età, maggiore è la percentuale di povertà. In Italia fra i poveri è classificato il 20% delle persone fra i 66 e i 75 anni.

Nel campo sanitario quasi 1/3 degli ultra ottantenni necessita di trattamenti continuativi, molto spesso possibili in presidi specializzati. Il costo medio di una persona di età fra i 65 e i 74 anni è superiore di due volte e mezza ad una persona di età inferiore: per gli oltre 75 anni il costo è quasi cinque volte più elevato.

Nei prossimi 30 anni i Paesi europei dovranno coprire i costi sanitari con altri punti aggiuntivi del PIL.

A un ventennio dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale la spesa sanitaria globale non si è molto modificata (7% del PIL). Questa spesa è destinata crescere sia per l'aumento delle persone anziane per la quale il rischio delle malattie è più elevato, sia perché l'efficacia stessa delle cure mantiene in vita più a lungo persone, ma non riuscendo a sanarle implica che le cure devono continuare sino alla morte.

La spesa sostenuta dalle famiglie è andata via aumentando, mentre è diminuita la parte sostenuta dal Fondo Sanitario Nazionale per la politica governativa di riduzione del deficit pubblico.

C'è il rischio grave di segmentare la sanità in più mercati: quello per i ricchi e quello per i poveri, quello pubblico e quello privato – privato. In Italia la maggior parte delle competenze nella sfera dell'assistenza spetta alle Regioni e ai Comuni, ma è in discussione al Parlamento una legge quadro nazionale, e ciò provoca un sistema di cittadinanza sociale differenziata entro realtà regionali disomogenee per diritti e prestazioni.

Il Comune ha il ruolo del governo nel territorio e di programmazione, mentre le Aziende (Unità Sanitaria Locale) – dotate di personalità giuridica pubblica – gestiscono le risorse che il Servizio Sanitario Nazionale destina per la promozione e il recupero della salute.

A carico totale o parziale del Servizio Sanitario Nazionale è l'erogazione dell'assistenza farmaceutica. La Commissione Medica del farmaco presso il Ministero della Sanità aggiorna ed epura il Prontuario farmaceutico (sul quale hanno gravato anni di disinvolta determinazione di scelta e prezzo) con la consultazione della letteratura internazionale scientifica più accreditata e sul confronto con Prontuari di altri Paesi.

Altri settori sono di competenza congiunta delle USL e dei Poteri Locali e regionali come il Sistema Informativo, il servizio di medicina preventiva, il servizio per le tossicodipendenze, il servizio per la salute mentale nato dopo la definitiva chiusura dei manicomi. È in atto la costituzione degli Osservatori Regionali della qualità dei servizi sanitari come nuovo strumento di controllo dei cittadini.

Lo stretto rapporto fra salute e qualità della vita e dell'ambiente (conferenza di Alma Ata del 1978) colloca l'Assistenza Sanitaria di Base in Italia come primo livello di contatto del cittadino, della famiglia e delle comunità con il Sistema Sanitario. Ed è proprio dal **medico di base** la protezione delle fasce più vulnerabili della popolazione, e in specie degli anziani.

Ci fu un passaggio dalla **condotta medica** (risale in Italia al 1865) alla medicina di comunità con la costituzione dei Distretti Socio – Sanitari (come articolazione delle USL) con servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e assistenza agli anziani, per un nucleo di popolazione (un quartiere – ad esempio – di una città): all'interno dei Distretti opera il medico di base o di famiglia.

Il Consiglio d'Europa raccomandò l'ospedalizzazione a domicilio. In Italia l'O.D. che fa capo all'Azienda Ospedaliera assiste i pazienti non ambulanti con particolare riferimento ai malati anziani.

Le politiche sociali – assistenziali per gli anziani

Gli anziani in Italia vogliono contare per il protagonismo sociale e culturale che sono in grado di esprimere, e per i diritti che devono essere riconosciuti ai soggetti più deboli della società.

Le Regioni e i Poteri Locali rappresentano un terreno sul quale si possono meglio designare e comporre trame positive di rapporti sociali, attraverso politiche territoriali improntate alla sintesi e all'equilibrio delle istanze. Questa linea coinvolge le unità sanitarie, i comuni, le pro-

vincie, le associazioni di volontariato, il sindacato, le organizzazioni cooperative.

La tutela della salute e del benessere degli anziani richiede programmazione, organizzazione, realizzazione e promozione di servizi nel campo della difesa della salute e del recupero, degli aiuti sociali, dall'adattamento dell'abitazione, all'invecchiamento, dai trasporti pubblici, della cultura (ad esempio: l'Università della terza età), del tempo libero.

In alternativa all'istituzionalizzazione dell'anziano autosufficiente, che tutti deprechiamo, è indispensabile in Italia una politica pensionistica che elevi i minimi pensionistici nel quadro di una riforma globale del sistema.

La presenza degli anziani sul mercato del lavoro in Italia non viene rilevato dalle statistiche. Ciò è frutto della tendenza - alimentata dalla disoccupazione giovanile - a considerare gli anziani attivi solo come **un riflusso** del mercato del lavoro. Le attività esercitate al di là dell'età minima pensionistica, appartengono molte volte all'economia sommersa o sono gratuite o con un minimo rimborso spese, come nel corso di attività comunali utili (come l'assistenza nei Musei e Pinacoteche, nelle biblioteche di quartiere, l'assistenza ai bambini all'entrata e all'uscita dai complessi scolastici, ecc..)

È pure necessaria la politica specifica degli alloggi per le persone anziane aiutando per gli affitti chi è in difficoltà economica, favorendo costruzioni di alloggi adatte per anziani (senza barriere architettoniche e magari con servizi in comune), offrendo alloggi ad affitti privilegiati a giovani coppie accanto ad alloggi con persone anziane per essenziali aiuti agli anziani (amicizia, acquisti alimentari, attenzione a inizi di salute in declino, ecc..).

Per gli anziani non autosufficienti (parziale o totale) si tiene come valore la definizione che un paziente cronico non curabile (viene considerato tale nell'ambito di una concezione della medicina finalizzata esclusivamente alla guarigione) ma è curabile migliorando la qualità della vita e il recupero anche parziale delle abilità. Si favorisce in Italia la permanenza dell'anziano non autosufficiente nel proprio ambiente familiare e nella propria abitazione, assicurando da parte dei Comuni e delle USL l'assistenza domiciliare integrata, l'ospedalizzazione a domicilio, il centro diurno socio-sanitario, la residenza sanitaria assi-

stita (RSA) integrata nell'ambiente sociale dell'anziano, l'ospedale diurno per la riabilitazione.

Tutti questi interventi rappresentano una valida alternativa al ricovero ospedaliero con una notevole riduzione dei costi economici e sociali, e richiedono una efficace integrazione sul territorio dei servizi dell'USL.

La famiglia e l'Anziano

La famiglia e la rete di relazioni parentali rappresentano in Italia l'ambiente che condiziona maggiormente, in positivo o in negativo, la qualità della vita dell'anziano. La metà degli ultra settantacinquenni vive in coppia senza figli, conseguente all'uscita dei figli dalla casa paterna. Altri anziani vivono con figli celibi o nubili (c'è in atto un processo in ritardo di uscita dei figli dalla casa dei genitori). Indubbiamente la situazione familiare emergente per gli anziani è rappresentata dal vivere soli.

È ancora oggi in maggioranza la famiglia a fornire all'anziano il supporto di cui ha bisogno quando la sua condizione di salute inizia a deteriorarsi. Non è difficile prevedere che, come conseguenza degli attuali comportamenti demografici, la rete di sostegno familiare diventerà sempre meno in condizioni di a sopportare l'onere assistenziale richiesto del crescente numero di anziani e che quote sempre più consistenti di non autosufficiente chiederanno la soddisfazione delle loro esigenze alla collettività

La morbilità dell'anziano

L'incidenza dei tumori è in crescita sistematica per gli uomini (invece è in leggerissima crescita nelle donne con speciale riferimento a neoplasie gastriche). La frequenza delle malattie ischemiche del cuore è in declino, mentre nelle donne è in crescita l'incidenza della cirrosi epatica. Negli anziani perdono relativamente rilevanza i tumori rispetto alla patologia del sistema circolatorio che acquisisce peso centrale in quanto causa di morte, e quindi anche i termini di assistenza e di costi sociali. Particolare importanza assumono i deficit sensoriali e in particolare il deficit della vista e dell'udito, che costituiscono causa di isolamento sociale e ambientale.

Sia la demenza vascolare (disturbi del circolo cerebrale) che la

malattia dell'Alzheimer costituiscono un rischio all'aumentare dell'età, come pure il morbo di Parkinson; queste malattie determinano la comparsa di gravi problemi assistenziali.

Sono pertanto necessarie nuove strategie terapeutiche riabilitative terapeutiche, e preventive rivolte alla popolazione anziana. Si richiede alle istituzioni pubbliche l'investimento di risorse finanziarie e scientifiche nei settori della ricerca e della prevenzione con l'obiettivo di ridurre negli anziani la malattia o almeno la disabilità e il peso sociale derivante da queste patologie.

L'istituzionalizzazione

L'anziano perde frequente la dimensione del tempo perché assiste alla riduzione del futuro. Qui la necessità per l'anziano di vivere il tempo nella sua accezione qualitativa in cui trama, struttura e contenuto contengono esperienza del passato in grado di continuare a motivare la potenzialità creatività dell'avvenire. Questo fenomeno è soprattutto collegabile allo stato di istituzionalizzazione, condizione che tende a modificare l'esperienza temporale dell'anziano. Gli anziani residenti in Istituti di ricovero non mostrano interesse per il loro domani.

L'interesse per il passato esaurisce le capacità di guardare al futuro in individui inseriti in un ambiente che favorisce la passività e costringe ad uno stile di vita all'insegna di monotona routine. Questo isolamento rappresenta la conseguenza dell'allontanamento del mondo degli altri, dal mondo dell'anziano.

L'anziano privato del suo tempo viene fatto vecchio e relegato in una temporalità impropria che gli nega di vivere la sua vera vecchiaia. Al contrario quando l'anziano continua a vivere e operare all'interno di una rete familiare e sociale valida di supporti e gratificazioni effettive, conserva una buona gestione del tempo.

Il ricovero in istituzioni rappresenta per l'anziano la resa finale di fronte alla consapevolezza di non essere più autosufficiente o di essere solo.

Compito fondamentale delle strutture socio-sanitarie è quello di organizzare luoghi di ricovero e residenze che tengono conto dei bisogni psico-fisiologici dell'anziano con una rete di disponibilità e supporti che possano supplire dell'assenza della famiglia.

Da 30 anni si conoscono i rischi e i danni certi dell'Istituzionalizzazione dell'anziano autosufficiente, ma resta alta la percentuale degli stessi nelle case di riposo pubbliche e private. Ai Comuni spetta la competenza in materia di assistenza agli indigenti: ci sono Comuni che gestiscono direttamente case di riposo pubbliche altri che si limitano a pagare tutto o in parte le rette convenzionali con le II.PP.A.B. (Istituti autonomi di pubblica assistenza), con associazioni di volontariato, con privati e cooperative sociali con le quali i Comuni si rapporto a mezzo di convenzioni.

L'assistenza sanitaria agli anziani malati è di competenza, come per tutti i cittadini della USL . c'è un pluralità di iniziative diversamente collocate sul territorio, che voglio citare:

Gli appartamento polifunzionali per anziani autosufficienti e inabili che né favoriscono l'autonomia;

Le comunità alloggio sono il complesso di mini-appartamenti forniti da servizi generali, dotati di autonomia nelle esigenze elementari di vita e collegati ai servizi territoriali per la cura della persona, gestione della casa, il disbrigo di pratiche, l'accompagnamento e l'animazione di gruppo;

Le casa alloggio sono destinata ad anziani soli o in coppia autosufficienti, con prestazioni di carattere alberghiero e servizio di socializzazione;

La casa di riposo per anziani autosufficienti o semi - autosufficienti è di solito dotata di servizi riabilitativi e culturali - ricreativi;

Le residenze sanitarie - assistite (RSA) sono per l'assistenza sanitaria sociale per non autosufficienti fisici o psichici effetti da malattie croniche. Devono risolvere molteplici e complessi problemi di assistenza per il raggiungimento del massimo livello possibile di riattivazione psico-sociale degli anziani ospiti. Ciò è possibile favorendo una continua collaborazione tra operatori a diversi livelli e, utilizzando strumenti multidimensionali che garantiscono un intervento preventivo, curativo e riabilitativo. Pertanto da noi opera il **VAOR** (Valutazione dell'anziano ospite in RSA) quale sistema di valutazione per le decisioni clinico-assistenziali e di controllo di qualità.

I centri diurni per anziani autosufficienti e non autosufficienti, sono necessari per aiutare la famiglia ad ottenere un tempo giornaliero

libero dall'assistenza all'anziano, con servizi riabilitativi occupazionali. Si vanno istituendo in Italia particolari spazi nei **diurni** per malati di Alzheimer, che è una malattia che sarà sempre più presente in Europa e con la quale bisogna saper convivere.

A questi servizi residenziali va aggiunta l'**assistenza domiciliare integrale** (ADI) integrata con l'unità operativa ospedaliera di geriatria e con le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). In essa è presente l'assistenza generale e specialistica, l'assistenza infermieristica, la riabilitazione, l'assistenza sociale, domestica, abitativa, economica, psicologica.

È in atto in diverse realtà il **telesoccorso**, che collega l'abitazione dell'anziano o della persona a rischio con le centrali del soccorso; è integrato dalla teleassistenza medica.

Il ruolo del volontariato

Il volontariato italiano si trova ad operare in una rapida trasformazione della società e pertanto tende a ridefinire i termini della sua progettualità. Si considera infatti compito del volontariato non solo la partecipazione all'assistenza, ma anche all'analisi e alla definizione dei mezzi per la lotta alla emarginazione facendo azione di stimolo verso il Parlamento, i Poteri Locali e Regionali e progettando una effettiva tutela dei diritti degli anziani.

Il volontariato ha un ruolo importante affinché il mantenimento dell'anziano, anche non autosufficiente, al proprio domicilio diventi una realtà diffusa e consolidata. Questo impone una diffusione capillare del volontariato perché possa integrare validamente l'**assistenza domiciliare integrata**, acquisendo una professionalità **adeguata**.

È da sottolineare che avanza in Italia l'auto-aiuto (self-help) anche nel mondo degli anziani. L'azione del volontariato si rivolge anche all'attività ricreativa e culturale e ai soggiorni primaverili, estivi e autunnali. Offrire stimoli culturali agli anziani significa a sospingere ad essere produttori attivi di cultura anche all'interno delle Università della Terza età. Al volontariato non sfugge che certi settori sportivi ben si adattano all'anziano sano, come le bocce, il golf, ecc., soprattutto è fondamentale la pratica di attività sportive – fisico-motorie rieducative intese come mezzo di prevenzione e riabilitazione delle possibili anomalie fisiche.

La città a misura dell'anziano e del bambino

Si prevede un tasso di urbanizzazione del 90% per certi Paesi europei per i primi decenni del prossimo secolo. Ciò significa che le future generazioni di anziani saranno, in gran maggioranza, generazioni di cultura urbana. E la città dovrà rispondere riformulando l'urbanistica, i trasporti pubblici, e dovrà fare attenzione ad un' accresciuta esigenza culturale (esempio l'uso di Internet). Quindi occorre adattare la città all'invecchiamento della popolazione (e insieme ad essere città vivibile **dai bambini**) proprio perché non generi situazioni di isolamento sociale e di insicurezza.

Occorrerà utilizzare nuove tecnologie in collaborazione con specifiche professionalità (abitazioni, trasporti, luoghi di socializzazione)

Vari stati Europei hanno istituito nei Comuni i **Consigli degli anziani** da consultare su questioni interessanti i cittadini anziani, ma se è assente un programma specifico le influenze saranno effimere. Questi Consigli dovrebbero essere in grado di dare un giudizio sulla formulazione dei bilanci, e della lettura delle comunicazioni e dello svolgimento delle relazioni sociali nella città.

Conclusioni

Il bilancio dell'assistenza agli anziani in Italia non è fallimentare. I servizi, in generale, hanno dimostrato di funzionare, anche se in modo non omogeneo su tutto il territorio nazionale; così come per la qualità delle prestazioni.

Certamente se ovunque nell'assistenza agli anziani si fossero messi in atto gli strumenti di valutazione, e si fossero superati impedimenti burocratici, sia nelle istituzioni pubbliche che in quelle private, il risultato sarebbe migliore.

Questo discorso ci conduce alla necessità della formazione del personale dedicato all'assistenza agli anziani; che deve comprendere discipline umanistiche, etiche, scientifiche e tecnologiche.

Occorre non divaricare ulteriormente i poli del sociale e del sanitario; la condizione di vita, di ambiente, di cultura costituisce il bagaglio che l'anziano porta con sé, sia esso sano e autosufficiente, sia esso malato e non autosufficiente. Questo bagaglio è patrimonio di storia, molte volte profondamente sofferto: va salvaguardato come diritto

inalienabile del cittadino-anziano da parte del potere politico, di ogni operatore dell'assistenza, in ambito familiare e in ambito istituzionale.

Perché non considerare la vecchiaia come una grande opportunità per ancorare lo sviluppo economico – finanziario alla dimensione massima del cittadino – lavoratore produttore di beni e di progresso che ha varcato la soglia della terza età?

Sarà quella l'Europa e l'Italia del terzo millennio?

Anziani in Toscana: i servizi, i programmi, i problemi

Dott. Antonio Bavazzano, Dott. Antonio Mitidieri-Costanza
Unità operativa di Geriatria
Azienda USL 4 di Prato

*Non ci sarà più un vecchio che non
giunga alla pienezza dei suoi giorni
Isaia 65,20*

Nel 1992 l'antropologo Peter Laslett scriveva: "Le odierne società avanzate sono le prime in cui quasi tutti gli individui hanno la possibilità di una completa esperienza del mondo, completa nel senso di rimanere nel mondo per un tempo pari o vicino a quello della durata massima della vita"⁽¹⁾.

Se oggi osserviamo, su di un piano planetario, la speranza di vita dell'uomo possiamo rilevare la correttezza di questa dichiarazione.

Tabella 1. Durata media della vita (in anni), uomini e donne					
	1950/55	60/65	70/75	80/85	85/90
Egitto	42.4	47.4	52.1	56.6	59.1
Argentina	62.5	65.3	67.2	69.7	70.6
India	38.7	45.3	50.3	55.4	57.9
USA	69	70	71.3	74.5	75.5
Giappone	63.9	69	73.3	76.9	78.3
Italia	66	69.9	72.1	74.6	75.7
Mondo intero	47.5	53.2	58.5	62.1	63.9

Fonte: United Nations, *World population's prospects, 1990*. New York 1991

Restringendo l'osservazione agli Stati Uniti ed all'Europa, un uomo di 65 anni può attendersi ancora 14 anni di vita, una donna di pari età può attenderne 19.

I dati della demografia mostrano inoltre un clamoroso aumento proprio della fascia più anziana della popolazione. Il massimo incremento numerico riguarda i così detti *oldest old*, cioè i grandi vecchi, coloro che hanno più di 80 anni. Nel 1950 erano 13 milioni in tutto il mondo, oggi sono arrivati a 53 milioni, è calcolato che nel 2025 saranno 130 milioni, rappresentando un sesto della popolazione ultrasessantacinquenne^(2, 3).

Sono in aumento in tutto il mondo. È un fenomeno legato alla struttura biologica dell'essere umano e quindi non conosce confini sociali e culturali.

Tabella 2. Tasso di incremento medio annuo (%) della popolazione con 80 anni e più			
	1970/90	1990/2000	2000/2020
Egitto	+2.31	+3.24	+4.44
Argentina	+4.53	+3.06	+1.99
India	+4.32	+4.55	+4.49
USA	+3.13	+2.51	+1.27
Giappone	+5.32	+3.48	+3.61
Italia	+2.59	+1.15	+2.47
Mondo intero	+3.58	+2.36	+3.09

Fonte: United Nations, *World population's prospects, 1990*. New York 1991

Anche l'Italia, in misura maggiore rispetto ad altre Nazioni dell'Occidente, è investita da questo fenomeno.

La speranza di vita è in rapido aumento e la fascia di popolazione che va incrementandosi maggiormente è proprio quella delle persone *oldest-old*, cioè degli ultraottantenni⁽⁴⁾.

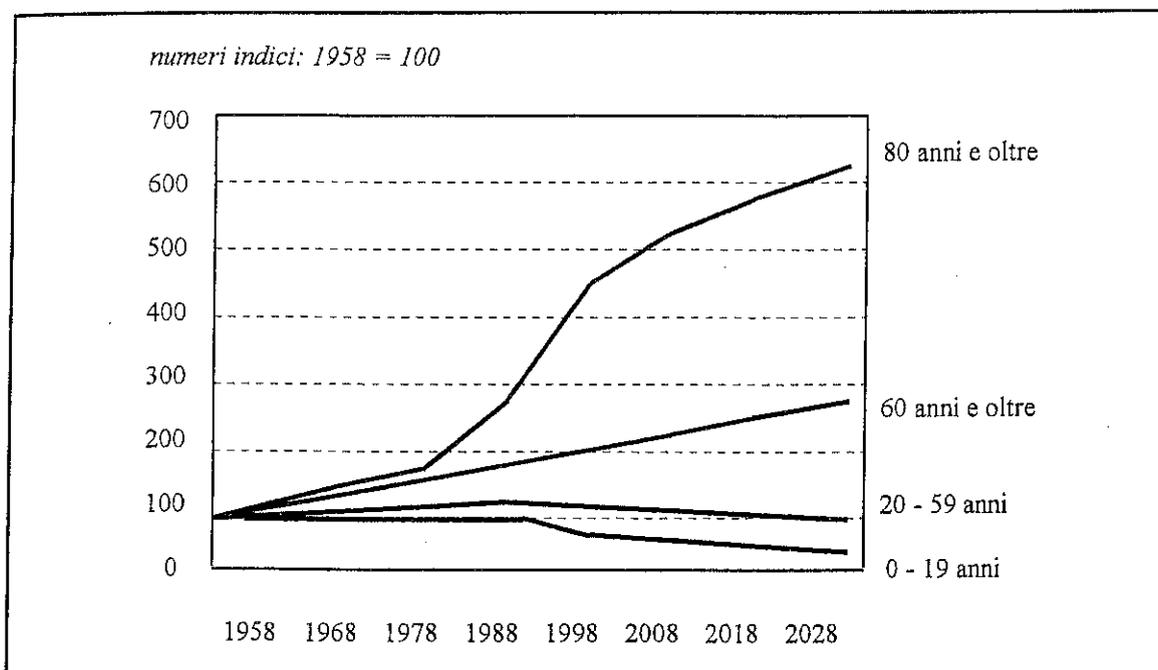


Figura 1 - Evoluzione della popolazione italiana per gruppi di età

Fonte: ISTAT fino al 1988, successivamente proiezioni IRP (fertilità costante e migrazione zero).

Recentemente il numero degli “anziani” ha superato in Italia quello dei giovani.

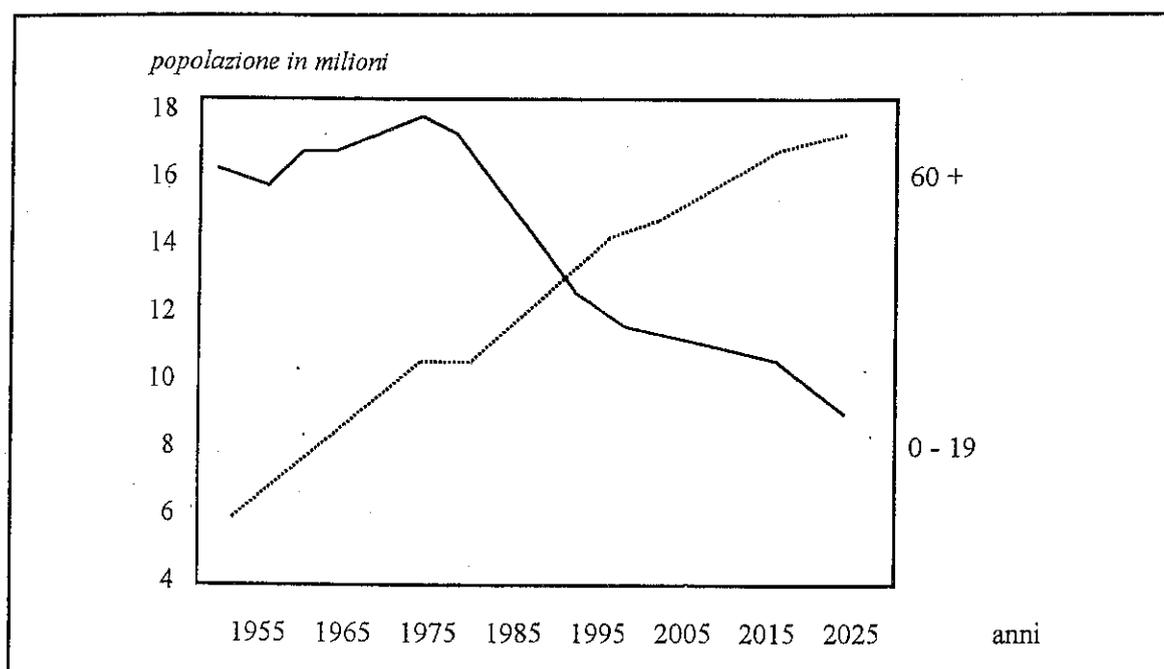


Figura 2 - Popolazione giovane e anziana in Italia, 1950-2025 (milioni di persone)

Fonte: ISTAT fino al 1988, successivamente proiezioni IRP (fertilità costante e migrazione zero)

I dati dell'invecchiamento in Toscana danno valutazioni leggermente più favorevoli rispetto a quelle delle altre Regioni.

Tabella 3. Evoluzione della popolazione toscana (1996-2001)		
<i>Regione Toscana</i>		
Anno	Popolazione Totale	> 65 anni (%)
1996	3.524.681	20.98
1997	3.527.303	21.48
2001	3.529.060	21.81

Fonte: United Nations, World population's prospects, 1990. New York 1991

Nel territorio dell'Azienda USL 2 di Lucca, su un totale di 217.059 abitanti, 46.802 persone hanno superato il sessantacinquesimo anno di età.

Tutto questo porta ad un cambiamento dello scenario in cui viviamo e talvolta fa valutare questo "sblocco naturale dell'evoluzione della popolazione"⁽⁴⁾ che è il fenomeno collettivo e sociale dell'invecchiamento in modo negativo, talvolta addirittura catastrofe.

Viceversa, se andiamo ad osservare quali sono le reali caratteristiche della popolazione anziana, studiata in normali condizioni di vita, vediamo come il grande popolo degli anziani presenta ampi aspetti positivi e costituisce un'importante risorsa per la nostra società.

Come operatori del settore sociale e sanitario della Azienda USL 4 di Prato da molti anni stiamo conducendo osservazioni sulle caratteristiche e sui bisogni delle persone anziane che vivono nella nostra area. Il nostro scopo è quello di organizzare e valutare iniziative e servizi a misura delle reali necessità.

La prima rilevazione - contrastando in modo netto con lo stereotipo di una società di vecchi - fu l'obiettività di una popolazione anziana in larga misura attiva, vitale, vivace che, nonostante la patologia, partecipava attivamente alla vita della propria famiglia⁽⁵⁾.

Si rilevava una tendenziale compattezza del tessuto sociale, dove la famiglia svolgeva ancora un ruolo eminente come centro di aggregazione e di solidarietà.

Per quanto riguarda i rapporti di vicinato abbiamo trovato che solo il 7% dichiarava di non averne, mentre il 93% riferiva un rapporto stretto, come si riscontra spesso in una comunità. Attraverso l'esame delle varie occupazioni, in cui gli ultrasessantacinquenni impiegavano il proprio tempo, era possibile mettere in evidenza la socialità di questa popolazione.

Ad eccezione dell'alta frequenza evidenziata dalla risposta "vede la TV", per tutti i casi si registravano forti differenze fra gli uomini e le donne.

Per quanto riguardava l'attività continuativa, gli uomini davano un maggior numero di risposte alle attività di tipo lavorativo (la cura dell'orto/giardino 28.5%, il lavoro vero e proprio 20.4%), oppure a quelle di carattere "sociale" (il bar 18.3%, le visite ai familiari 14.2%, ad amici 4.0%).

La maggior parte delle donne "dà una mano in casa" (50.4%), quindi si occupa dell'orto (9.9%), lavora a maglia (8.9%), fa visite ai familiari (8.9%).

Tabella 4. Tipo di convivenza secondo il sesso e l'età (%); Carmignano 1985								
	60-65		66-70		71-75		oltre 75	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Da solo	-	12.5	4.2	-	14.2	14.8	-	20.5
Col coniuge o convivente	14.1	29.1	33.3	47.0	38.0	37.0	42.1	3.1
Col coniuge e altri familiari	35.3	41.6	50.0	23.5	38.1	14.8	31.6	21.8
Con un solo familiare	5.8	4.1	-	-	-	7.4	-	34.3
Con familiari	8.8	12.5	12.5	29.4	9.5	25.9	26.3	34.3
Con amici	5.8	-	-	-	-	-	-	3.1

Tabella 5. Tipo di attività in cui occupa il proprio tempo (%); Carmignano 1985		
	Tutti i giorni	Qualche volta
Ascolta la radio	13.5	27.1
Vede la TV	51.2	40.2
Acquista quotidiani	5.0	11.0
Legge quotidiani	8.0	24.1
Va al cinema	-	3.0
Gioca a carte	0	16.0
Si occupa dell'orto/giardino	19.0	26.1
Partecipa a funzioni religiose	2.5	53.2
Fa visite ai familiari	11.5	28.1
Fa visite ad amici/conoscenti	3.0	31.1
Lavora a maglia	4.5	16.0
Fa riparazioni in casa	0.5	12.0
Va al bar/osteria	9.5	17.0
Dà una mano in casa	26.6	17.5
Lavora	11.0	5.0

N.B. La somma delle percentuali è superiore a 100 perchè si potevano dare più risposte

Con una batteria di reattivi psicometrici cercammo anche di mettere in evidenza il dato dell'autostima. Risultò che la netta maggioranza dei 1.845 ultrasessantacinquenni esaminati valutava positivamente la propria vita, solo il 21% dava un giudizio negativo⁽⁵⁾.

Quando cercammo le variabili capaci di discriminare i due gruppi, non risultarono significativi nè lo stato di salute, nè la situazione economica; l'autostima era significativamente correlata con l'attività.

Tabella 6. Attività occupazionale continuativa e autovalutazione della vita		
Vaiano, 1983 - 1.845 soggetti, età ≥ 65 anni		
	attività occupazionale	nessuna attività
Autovalutazione positiva	77	2
Autovalutazione negativa	1	20

Anche ricerche condotte su campioni significativi della realtà toscana⁽⁶⁾ hanno messo in evidenza come i desideri, la disponibilità, l'impegno sociale non subiscono profonde modificazioni con l'aumento degli anni.

Alla domanda: **Le piace la compagnia degli altri**, il 91.71% degli intervistati ha risposto SI, la risposta negativa è venuta soltanto da un 2.3%.

Alla domanda: **Di cosa sente bisogno**, le risposte sono state: valori religiosi 51.38%, ideali politici 11.69%, solidarietà 36.93%.

Questi dati non nascondono una popolazione inutile, frustrata, ripiegata su se stessa, ma evidenziano una grande voglia di fare.

Anche le iniziative dei vari Enti Locali, volte ad organizzare corsi di attività motoria per persone adulte/anziane hanno evidenziato una grande partecipazione.

Alla luce di queste osservazioni diviene allora importante chiedersi in cosa consista il rischio invecchiamento e quali possono essere le "strategie" generali per evitarlo.

Il rischio fondamentale consiste nel non riuscire a trovare un compenso, un riequilibrio, alla progressiva riduzione di abilità e di riserve funzionali che il trascorrere degli anni comporta.

La senescenza è infatti un'età della vita caratterizzata dalla continua ricerca di strategie adattative volte a mantenere un compenso. Se la persona anziana riuscirà a compiere adattamenti positivi la vecchiaia potrà rappresentare un'età ancora piena di valori e di impegno, se non riuscirà a riequilibrare la serie di elementi negativi, che molto spesso si associano al trascorrere degli anni, la vecchiaia potrà divenire di per se stessa una malattia.

La società contemporanea si trova dunque ad affrontare un nuovo e diffuso problema: proporre ed organizzare strategie d'intervento capaci di intercettare ed interrompere la catena di eventi negativi che possono portare alla riduzione o alla perdita dell'autonomia personale e sociale dell'uomo vecchio. Occorre quindi una nuova cultura orientata, oltre che alla risoluzione dei problemi posti dalla patologia, anche alla ricerca di strategie capaci di fornire un continuo compenso alle limitazioni funzionali che possono comparire con gli anni⁽⁷⁾.

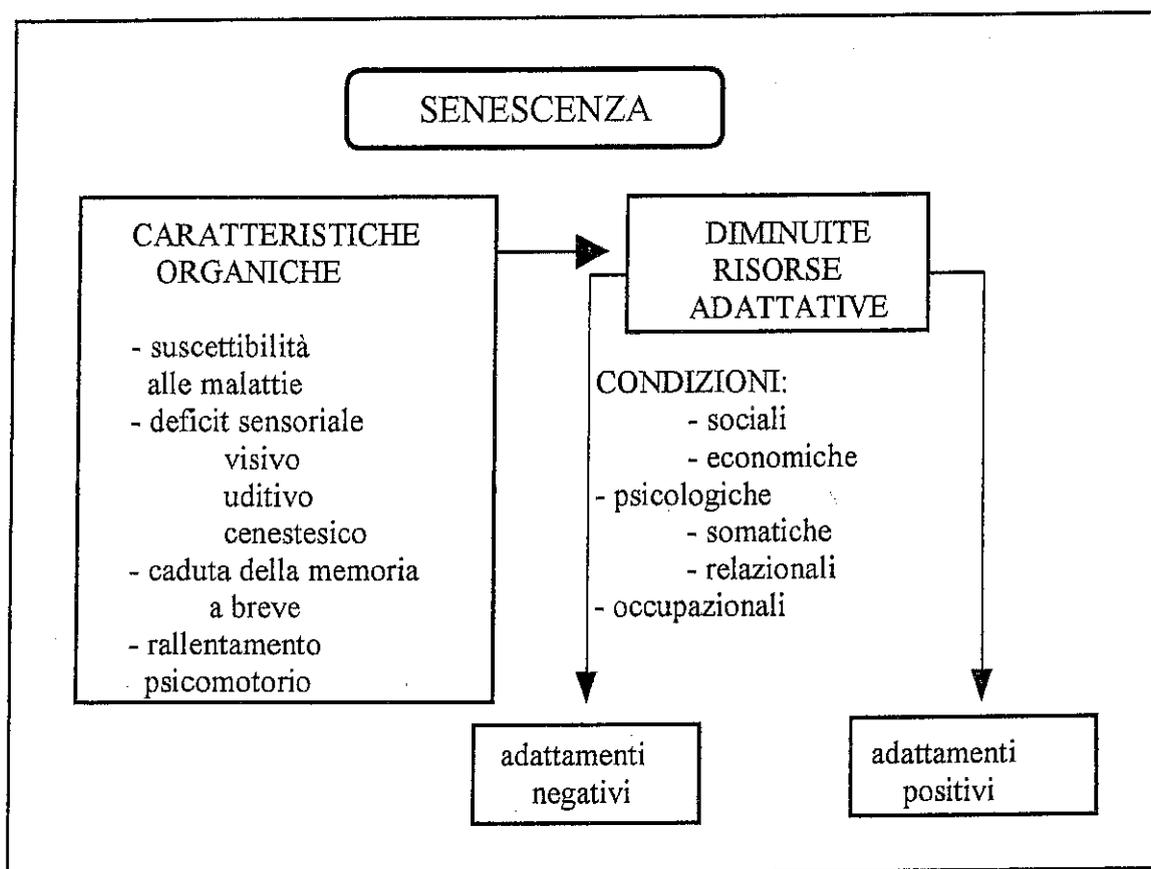


Figura 3 - La senescenza comporta reazioni di carattere adattativo tese alla ricerca di un modello compensatorio. (Hussian R.A., 1981, modificata).

La mancata continua ricerca di reazioni adattative alle limitazioni fisiche del proprio personale invecchiamento può portare la persona anziana in un circolo vizioso entro il quale perde la stima nelle proprie capacità e finisce per arrendersi ad uno stereotipo culturale che vede la vecchiaia solo come un'età da vivere nella limitazione e nel bisogno di assistenza.

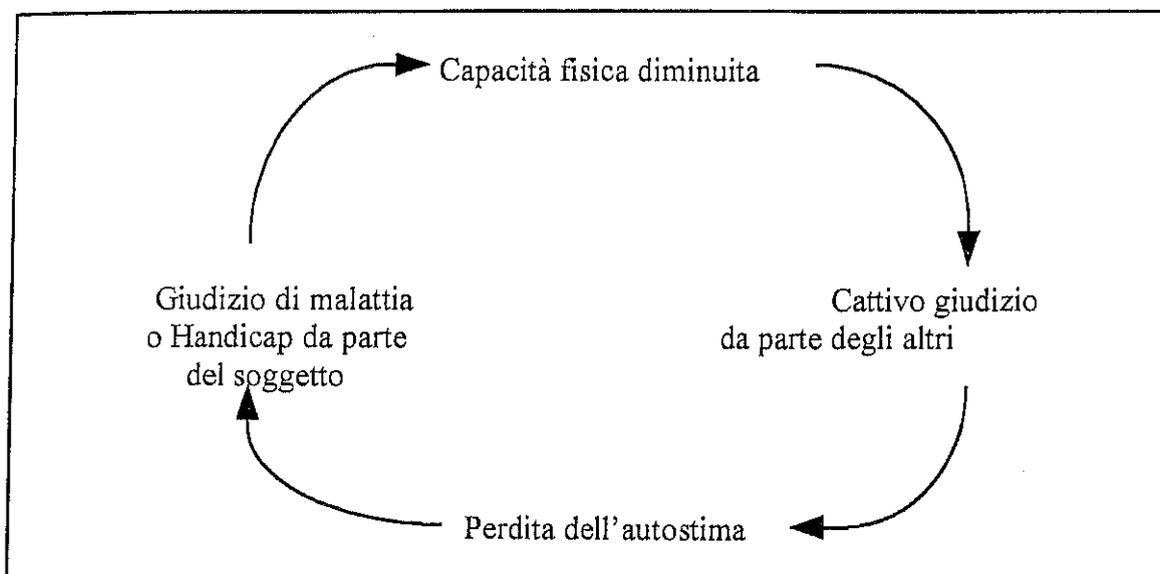


Figura 4. Riduzione della "dinamica delle motivazioni": perdita dell'autostima. (Hall M.R.P. et Al., 1978)

Accanto a tutto questo resta tuttavia la stretta correlazione, che tanti studi hanno dimostrato, fra età e perdita dell'autonomia personale e sociale.

Un'osservazione condotta su 3.168 anziani residenti in due Comuni della Toscana ha messo in evidenza una stretta correlazione fra età e perdita dell'autonomia nelle "attività strumentali della vita quotidiana"⁽⁵⁾.

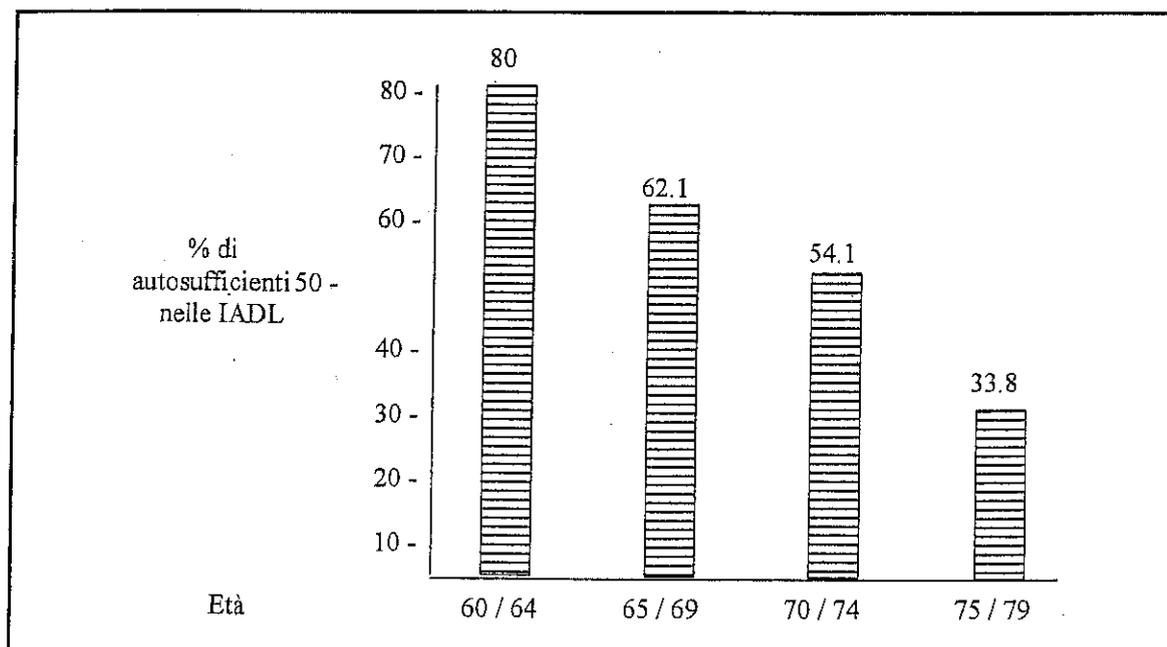


Figura 5. Percentuale di soggetti completamente autonomi nelle IADL in due Comuni dell'Area Pratese suddivisi per classi d'età.

Numerosi autori hanno osservato il decadere dell'autosufficienza oltre una determinata soglia di età^(8,9).

Questo fenomeno è in stretta correlazione con l'aumento delle malattie ad andamento cronico nelle età più avanzate della vita^(10,11).

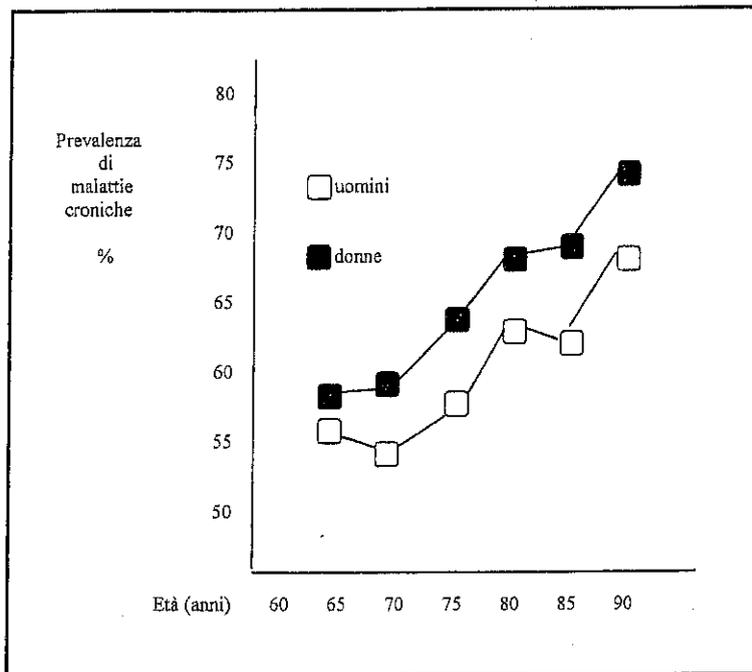


Figura 6 - Prevalenza di malattia in funzione dell'età. N° dei casi 4.320. (Marchionni N. et Al., 1989)

È dimostrato lo stretto rapporto fra numero delle patologie da cui una persona è affetta e la perdita dell'autonomia personale e sociale⁽¹²⁾.

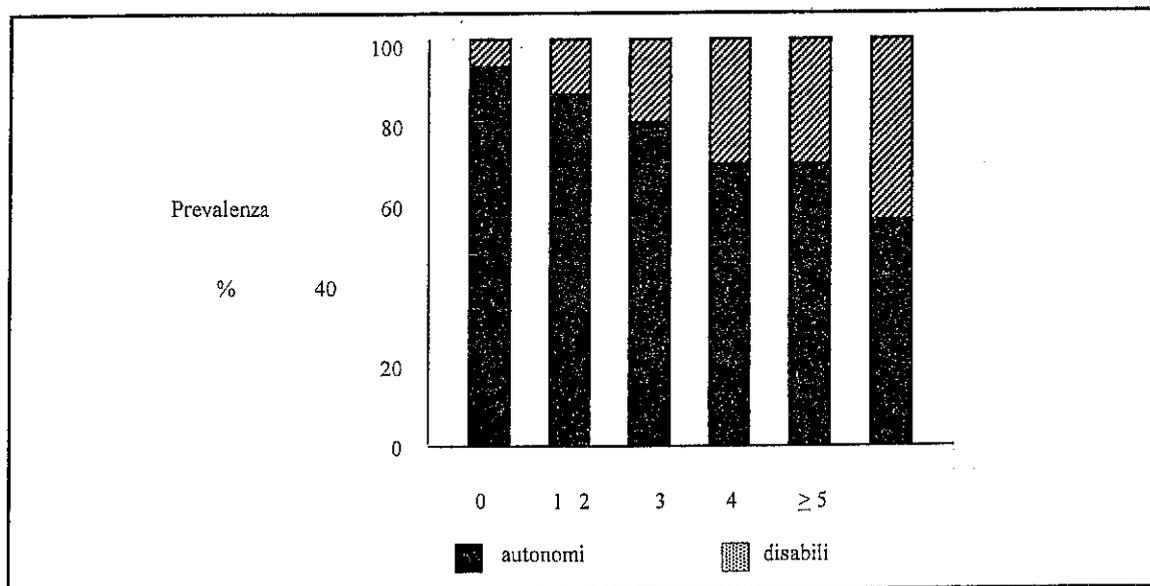


Figura 7 - Numero di malattie croniche in associazione e disabilità nella popolazione di età superiore a 65 anni di Dicomano, Firenze. (Ferrucci L. et al., 1990)

Dati della Regione Toscana stimano in 38.000 il numero delle persone anziane con limitazione funzionale. Il numero totale degli anziani "certificati" come non autosufficienti è in Toscana di 9.813, pari all'1.29% della popolazione ultrasessantacinquenne.

Entro questa fascia di popolazione si collocano generalmente quegli anziani che la letteratura medica definisce come fragili.

Questo anziano "fragile" vede decadere progressivamente la sua autonomia con un andamento che può essere riassunto nello schema seguente.

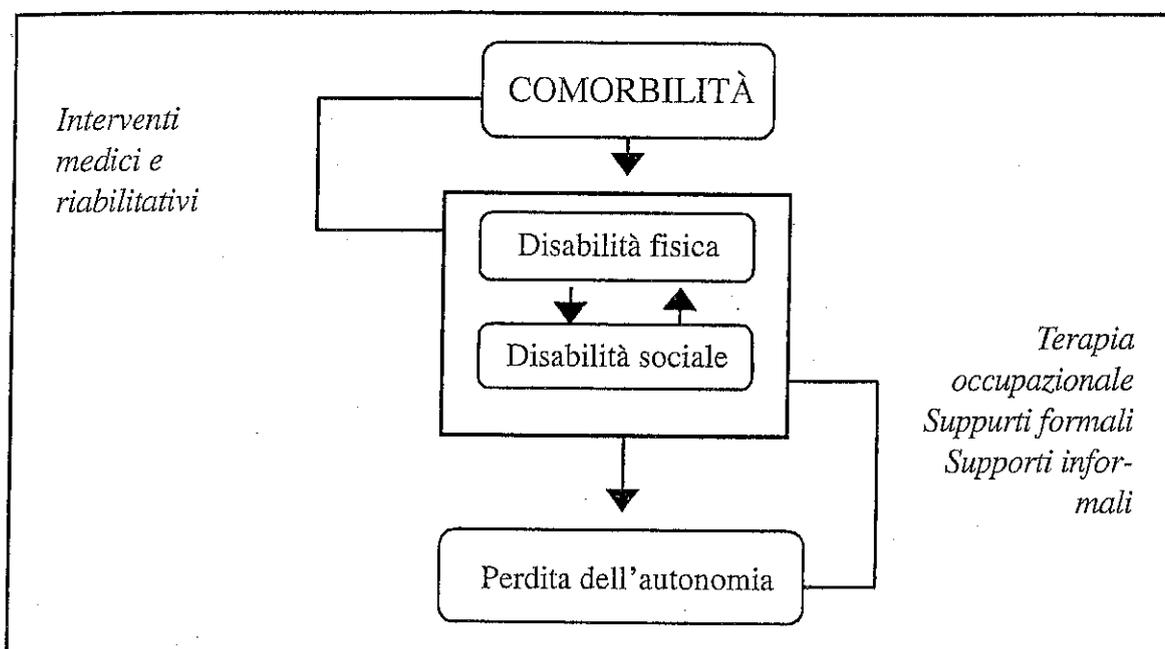


Figura 8 - Comorbilità e perdita dell'autonomia. Verbrugge J., 1989

Da questo deriva la necessità di supporti formali ed informali per svolgere le normali funzioni della vita quotidiana.

Parlare della fragilità dell'anziano significa dunque considerare anche dove e con chi vive, quali siano le risorse in termini di servizi a sua disposizione.

I diversi sistemi sociali e politici del pianeta danno ovviamente risposte diverse.

I dati disponibili provengono quasi esclusivamente da studi condotti nei paesi ad alto sviluppo economico.

Se osserviamo i dati italiani emerge un progressivo aumento della solitudine con l'aumento dell'età. Questo riguarda sia anziani autonomi che disabili.

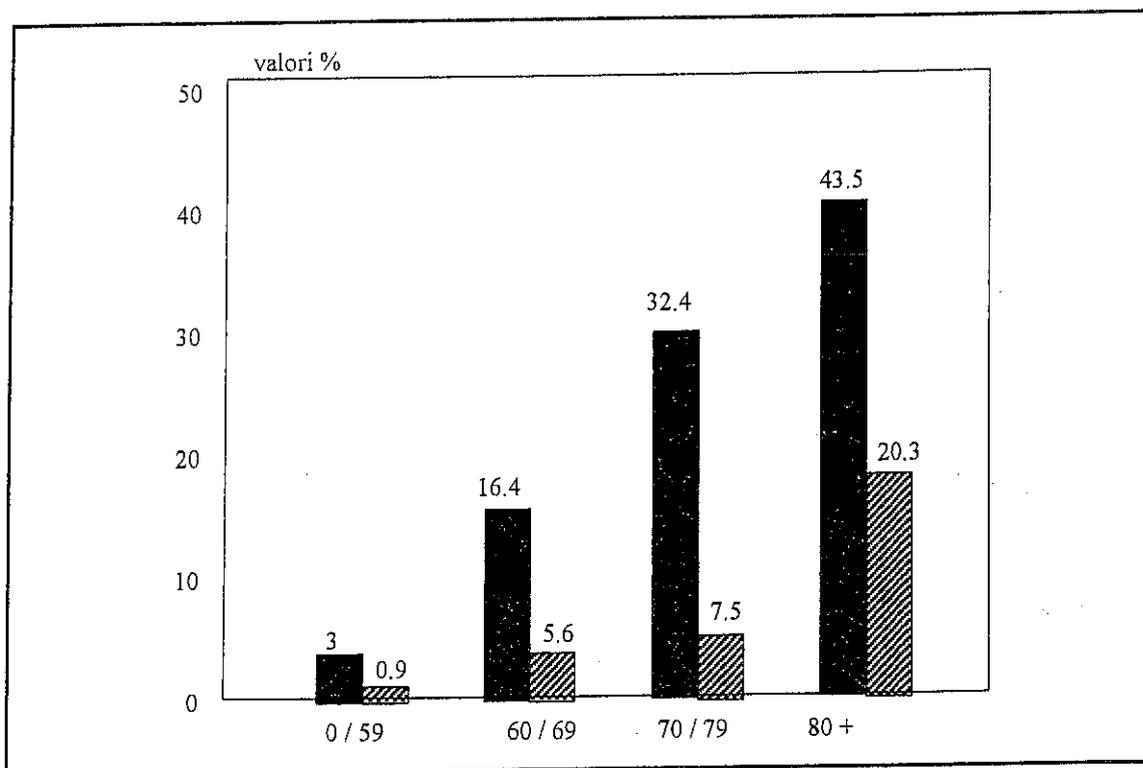


Figura 9 - Persone sole e sole non autonome in Italia, 1990 (per 100 persone coetanee) (Golini A. 1995).

Sono sole soprattutto le donne che vivono più a lungo del coniuge e trascorrono in solitudine gli ultimi anni della propria vita.

In estrema sintesi il problema della fragilità può sfociare nella presenza di più malattie (comorbilità) e, attraverso questa strada, provocare una disabilità fisica che, a sua volta, determina una disabilità sociale.

Quando la disabilità diviene tale da non consentire il vivere soli generalmente, accanto alla risposta di tipo istituzionale, alcuni membri della famiglia si fanno carico del problema dell'assistenza all'anziano. Osservazioni condotte negli Stati Uniti indicano che i familiari prestano assistenza 7 giorni per settimana nell'80% degli anziani disabili, nel 20% dei casi sono impegnati da almeno 5 anni⁽¹³⁾.

Alcune osservazioni italiane su anziani affetti da demenza evidenziano che la persona di riferimento è prevalentemente una figlia (47% dei casi) la cui età media è di 57.8 anni, nel 10.7% ha dovuto sospendere il proprio lavoro per assistere l'anziano genitore, nel 9.7% ha dovuto ridurlo⁽¹⁴⁾.

I supporti informali, nel caso non siano adeguatamente aiutati, non riescono a sostenere per lungo tempo una domanda sempre più gra-

vosa; ne deriva che ogni bisogno sociale e sanitario si scarica sui servizi. Se questi non sono correlati fra loro, in modo tale da fornire la risposta più adeguata ed economicamente compatibile, la domanda tenderà a rivolgersi sul servizio ospedaliero con conseguenti ricoveri impropri ed alto utilizzo di risorse sanitarie.

In uno studio sulla congruità dei ricoveri di anziani in reparti universitari di Bologna Hanau e Coll. misero in evidenza che: *“Non esiste differenza di impegno di risorse fra il gruppo dei ricoveri congrui e quelli incongrui. Ciò comporta presumibilmente una spesa ingiustificata di notevoli proporzioni in quanto l’organizzazione del reparto, pur essendo in grado di discriminare le due categorie, non riesce a differenziare il trattamento”*⁽¹⁵⁾.

La limitazione del ricorso alle cure dopo una certa età non sembra aver prodotto risultati economicamente positivi.

Diviene allora fondamentale garantire un sistema di protezione, un *continuum care* che, facendosi carico dell’individuo fragile, lo mantenga nel massimo livello di autonomia possibile.

La perdita di autonomia dell’uomo vecchio è generalmente frutto d’interazione fra età, malattia ed ambiente; per questa ragione l’unico intervento possibile sarà quello integrato capace di agire su tutte le componenti dello scompenso dell’individuo oldest-old.

La Regione Toscana, nel suo piano sanitario 1999/2001, attualmente in corso di valutazione ed approvazione, ha scelto - dopo aver valutato specifiche realtà regionali - di raggruppare in ogni singola area i servizi per la popolazione anziana intorno ad un team multidisciplinare definito Unità Valutativa Geriatrica: *L’UVG è il team multidisciplinare in cui una componente fondamentale è il Medico di Medicina Generale (MMG) in quanto ha il compito della valutazione iniziale per la selezione dei casi da avviare alla UVG medesima. L’UVG, oltre ad avere il compito di stabilire il piano individualizzato di assistenza tramite la Valutazione multidisciplinare, è l’unità funzionale che coordina la effettiva integrazione tra i servizi di assistenza continuativa e, in modo particolare, la dimissione programmata dall’ospedale per acuti*⁽¹⁶⁾.

La UVG garantisce la gestione unitaria dei servizi sanitari e sociali per il territorio, l’ospedale, la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), secondo un modello illustrato nello schema seguente.

Un compito specifico è affidato al MMG del singolo anziano, figura professionale alla quale primariamente si rivolge l'anziano quando intervengono problemi di scompenso. Questo professionista si fa carico anche di ricercare soluzioni ai problemi correlati con la perdita dell'autonomia e, proprio a tal fine, è parte integrante dell'UVG.

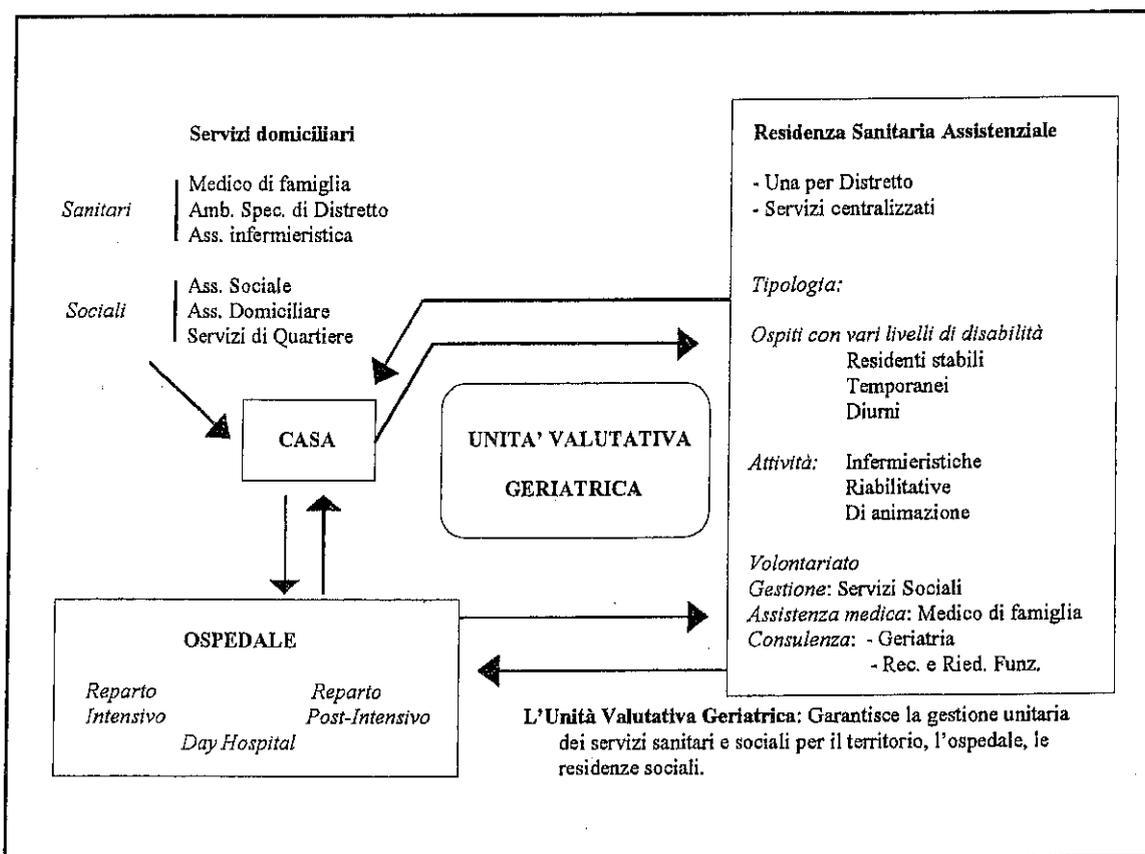


Fig. 10 - La rete dei servizi per l'assistenza all'anziano

L'accesso ai servizi avviene attraverso il Distretto Socio-Sanitario dove ha sede la valutazione stessa dei bisogni della persona e dove viene organizzato, messo in atto e verificato lo specifico piano di intervento.

L'accoglienza nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) rappresenta la risposta a problemi gravi e non risolvibili all'interno del nucleo familiare. Pertanto, l'ingresso in RSA viene proposto soltanto in particolari situazioni: nei soggetti con elevata disabilità in cui non esiste una famiglia capace di fornire un supporto assistenziale (nel caso degli ospiti permanenti), oppure in presenza di esiti non stabilizzati di patologie o per fornire un periodo di temporaneo supporto alla famiglia

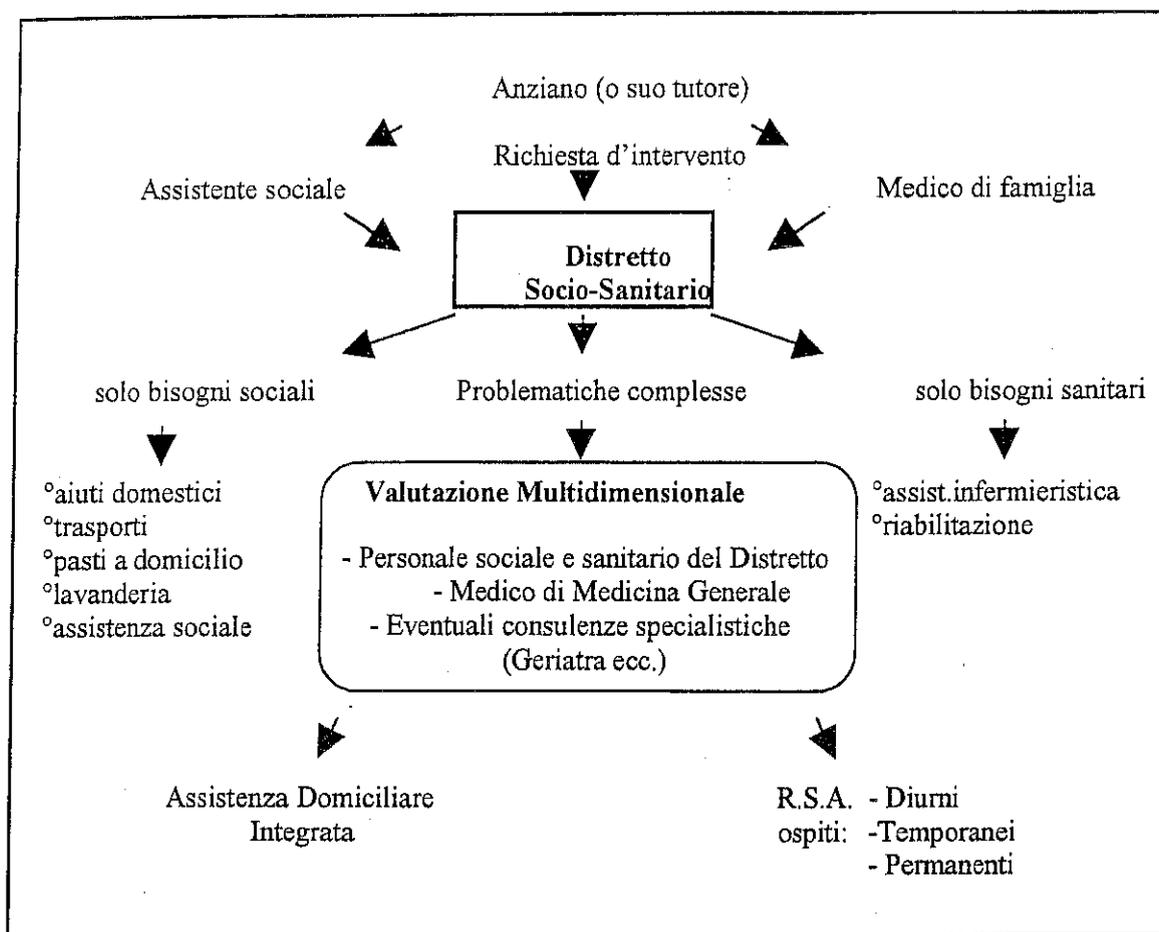


Figura 11 - Modalità di accesso ai servizi per la popolazione anziana

di anziani fortemente disabili (nel caso degli ospiti temporanei), o quando i familiari, impegnati in attività lavorative, non possono assistere l'anziano durante l'intero arco della giornata (nel caso degli ospiti diurni). In generale si preferisce aiutare la famiglia ad assolvere ai propri compiti assistenziali senza dover sopportare oneri insostenibili piuttosto che sostituirsi interamente ad essa. Questi criteri distributivi nell'erogazione dei servizi concordano con quelli emersi recentemente nei paesi europei più avanzati, dove è in atto un profondo processo di revisione dello stato sociale, secondo cui non è sempre giustificato erogare prestazioni sostitutive rispetto a quelle offerte dal nucleo familiare, ma è invece preferibile offrire a quest'ultimo un supporto integrativo economico ed assistenziale.

Questa, d'altra parte, è la strategia di politica sanitaria seguita da tutti i paesi, anche nel terzo mondo, dove il nucleo familiare, comunque costituito, svolge ancora un ruolo socialmente rilevante.

Lo scopo quindi dei servizi può essere riassunto in tre punti:

- 1) preservare l'anziano nel suo ambiente di vita
- 2) supportare la famiglia quando se ne fa carico

3) offrire istituzioni alternative quando il supporto manca o non è valido, tenendo sempre presente che l'ambiente familiare è, in assoluto, la soluzione più economica ed è quasi sempre più ricco di contenuti umani e relazionali.

Come gruppo di operatori dell'Azienda USL 4 di Prato condividiamo questa impostazione sul *continuum care* proposta nel Piano Sanitario Regionale attualmente in discussione.

Molti degli elementi entrati in questo progetto fanno parte della nostra personale esperienza di operatori.



Figura 12 - La rete dei servizi si compenetra con la rete della solidarietà per conservare l'anziano al mondo della vita

Tuttavia ci sembra importante sottolineare la necessità di un ulteriore elemento di integrazione. La persona anziana deve rimanere all'interno di quella rete formata, da famiglia, vicinato, volontariato, che costituisce il suo vissuto e che possiamo definire come la rete della solidarietà.

Noi siamo convinti che solo compenetrando la rete dei servizi con quella della solidarietà è possibile mantenere l'anziano al mondo della vita.

In questo senso diviene indispensabile riflettere sul ruolo del volontariato che oggi ritesse questa rete spesso lacerata per le più varie ragioni.

In fase conclusiva vorremmo sottolineare alcuni elementi altamente significativi che ci riportano alle considerazioni su attività, motivazione, stato di salute.

Gli studi epidemiologici si sono generalmente concentrati sugli aspetti biologici, chimici e fisici delle malattie. Studiando un parametro indiscutibile come la mortalità, alcuni epidemiologi hanno messo in evidenza l'importanza di fattori "culturali" su questo evento⁽¹⁷⁾: "in alcune comunità cinesi si verifica una diminuzione della mortalità nella settimana che precede la Festa del Raccolto della Luna, seguita da un picco di mortalità nella settimana successiva"; "in alcune comunità ebraiche è stato dimostrato che è possibile ritardare la morte fino a dopo Pasqua".

L'unica spiegazione compatibile con i dati raccolti è che i soggetti siano in grado di posporre il decesso fino a subito dopo la festività. "Qualsiasi stress associato alla festività potrebbe rendere ragione del picco di mortalità dopo la festa, ma non del calo di mortalità prima della festa, nè della specificità dell'effetto nei confronti dei soggetti per i quali la festa è significativa".

L'Alameda Country Study ha dimostrato che "la mancanza di contatti sociali o la non appartenenza ad una associazione religiosa sono fattori di rischio rilevanti in funzione della mortalità"⁽¹⁸⁾.

"I legami e le relazioni sociali sembra abbiano un ruolo protettivo nei confronti della salute dell'anziano: un basso livello di interazioni aumentano il rischio della mortalità"⁽¹⁹⁾.

Queste osservazioni, condotte con il massimo rigore scientifico,

apparentemente sorprendenti, indicano ancora una volta il valore delle motivazioni nella vita dell'uomo.

Ridurre l'uomo vecchio alla somma algebrica dei suoi organi ammalati, ad un'entità psicofisica funzione della sua patologia, ad un problema di costi/benefici significa non rispondere ai suoi bisogni, significa offrire un'assistenza impropria anche con conseguente spreco di risorse.

I valori, i desideri, i progetti, l'autentica essenza della vita, possono non declinare, anzi possono trovare in quella che Agostino chiama la profonda, immensa, infinita "aula memoriae" lo spazio di una risonanza più complessa e più esperienziale.

"In quella età la vita umana appare un albero in inverno. Cadute le fronde, il tronco apre i rami, nudi, stecchiti, al cielo, e prende acqua e nebbie e folgori senza riparo; ma, libero dall'ornamento del verde, guarda dritto, in alto, non illuso più dai frascami; non illuso più da ciò che di colpo fiorisce, cresce e muore"⁽²⁰⁾.

Solo in questa dimensione possiamo sperare di costruire insieme il futuro della nostra speranza di vita.

Bibliografia

1. Peter Laslett: *Una nuova mappa della vita. L'emergere della terza età*. Universale Paperbacks Il Mulino, 1992
2. Myers G.L., Maggi S.: *Worldwide Population Aging: Implications for Health Research*. In: *Aging Clin. Exp. Res.* 5,77,1993
3. Olshansky S.J., Carnes B.A., Cassel C.K.: *The aging of the human species*. In: *Scientific American* 268,18,1993
4. Golini A.: *Demografia e invecchiamento*. In: Crepaldi G. *Trattato di Gerontologia e Geriatria*. UTET Torino 63, 1993
5. Bavazzano A., Taiti P.G., Cangi P., Guarducci R., Bevilacqua A.: *Le dimensioni costitutive dell'autostima nell'anziano: salute, occupazione, famiglia*. Atti Conv. Inter. *Famiglia e salute*. Milano 3-5 Novembre 1986. Vita e Pensiero Ed., 1986
6. Buralassi S.: *Solitudine e solitudini. La mappa delle solitudini in un'indagine sulla condizione anziana in Toscana*. ETS Ed., Pisa, 1992
7. Hussian R.A.: *Geriatric Psychology: a behavioral perspective*. Van Nostrand Reinhold Co., 1981
8. Olshansky S.J., Carnes B.A., Cassel C.K.: *L'invecchiamento della specie umana*. *Le Scienze* 298,5,1993
9. Kunkel S.R., Applebaum R.A.: *Estimating the prevalence of long-term disability for an aging society*. *JAGS* 47,5,253,1992
10. Marchionni N., Ferrucci L., Antonini E., Di Bari M., Magnolfi S.U., Antonini F.M.: *Comprehensive health assessment of the elderly in Italy*. *Dan. Med. Bull.* 7,53,1989
11. Guralnick J.M., Le Croix A.Z., Everett D.F., Kowar M.G.: *Aging in the eighties: the prevalence of comorbidity and its association with disability: Advance data from vital and health statistics N° 170*. National Health Center, 1989
12. Ferrucci L., Guralnick J.M., Baroni A., Tesi G., Antonini E., Marchionni N.: *Value of combined assessment of physical health and functional status to determine in aged people living in the community: a prospective study in Florence, Italy*. *J. Gerontol.*, 45,145,1991
13. Stone R., Murtaugh C.M.: *The elderly population with chronic functional disability: implications for home care eligibility*. *Gerontologist* 30,491,1990

14. Trabucchi M. Bianchetti A.: *Costi diretti e indiretti della demenza*. In: Atti del Convegno: I costi sociali dell'invecchiamento della popolazione italiana. CNR, 1995
 15. Hanau C. e Coll.: *Gli anziani in medicina generale: valutazione dell'urgenza e della congruità del ricovero*. Giorn. Geront. 33,8,1985
 16. SIMG-SIGG: *Documento congiunto sull'assistenza all'anziano*. SIMG 10,15,1996
 17. Phillips D.P., Smith D.G.: *Postponement of death until symbolically meaningful occasions*. JAMA 263,1947,1990
 18. Julha M., Aro S.: *Social ties and survival among the elderly in Tampore, Finland*. Int. J. Epidemiol. 18,158,1989
 19. Hanson B.S., Isacsson S.O., Janzon L., Lindell S.: *Social network and social support influence mortality in the elderly men*. Am. J. Epidemiol. 130,100,1989
 20. Giordani I.: *Diario di fuoco*. Città Nuova. Roma, 1980.
-

Senescenza: omeostasi da difendere

Dott. Giorgio Cotrozzi - Rotary Club Fiesole

Il progressivo invecchiamento della popolazione, sia per denatalità che per incremento della vita media, ha portato l'anziano sempre più in primo piano, con la conseguente necessità di soluzioni adeguate, rivolte ad un suo "vittorioso" invecchiamento.

Il mio intervento non vuole perdersi nella sociologia del lamento, dell'emarginazione, della solitudine, bensì nella sociologia della vitalità dell'anziano di oggi che è ben diverso da quello di circa trenta anni fa, quando una persona di 65 anni era considerata vecchia! L'anziano, che è il tipo più comune di cittadino nei Paesi industrializzati, non deve essere emarginato e valutato semplicemente come un "peso morto" della società, ma considerato come parte viva, integrata e cosciente dei propri diritti e doveri. Anche se invecchiare è un processo ineluttabile, diverso per ogni individuo, l'invecchiamento non è una malattia. Questa premessa è utile per capire che l'anziano ha diritto a stare bene e non deve essere vissuto come "necessariamente malato", ma aiutato a mantenere valide tutte le proprie risorse, contraddicendo il vecchio detto "senectus ipsa morbus".

Un punto fondamentale, a mio avviso, non è quello di invecchiare, ma è quello di invecchiare bene.

Bisogna, innanzi tutto, rigettare l'immagine stereotipata del vecchio cadente, malaticcio, catarroso, solitario, triste e considerare sempre l'anziano come una persona.

La vecchiaia non va subita, ma agita da protagonisti. Bisogna vivere la vecchiaia e non esserne vissuti, impadronirsi di essa e non lasciare che essa si impadronisca di noi. Deve nascere un patto di alleanza in modo da non considerarla un nemico ma un amico con cui percorrere assieme gli ultimi passi del nostro cammino.

Porterò un esempio: qualche mese fa Miss Lynn Adler, che abita a Phoenix (Arizona), ha spedito una dozzina di inviti. Di lì a poco

avrebbe festeggiato il centesimo compleanno e desiderava avere presso di sé amici ed ex- compagni di college.

Ne sono arrivati nove. Avevano viaggiato in treno, in aereo, in auto. Si sono fatti fotografare insieme con Miss Adler e la fotografia è comparsa sulla prima pagina del New York Times. Cosa avevano fatto? Nulla di speciale: vantavano il traguardo comune di un secolo di vita.

Il New York Times stava preparando un'inchiesta sugli anziani americani e questi centenari sono stati scelti come simbolo dell'America che invecchia in salute e felicemente, a conferma che un anziano in buona salute è simile ad una persona con molti anni meno.

Dalle statistiche americane risulta che la maggiore crescita numerica della popolazione riguarda i centenari (sono, oggi, 50.000, saranno il doppio fra 7 anni e oltre 800.000 fra 52 anni). In Italia, il numero dei centenari si aggira su più di 5.000 unità; nel 2016 la popolazione ultra-settantenne sarà di oltre 16 milioni (4 milioni più di oggi) e gli over 60, nel Sud d'Italia saranno il 40% della popolazione (oggi sono poco meno del 30%). Ricordiamoci che la potenzialità biologica dell'uomo è di 120 anni; ci stiamo avvicinando a questo traguardo dal momento che le statistiche ci dicono che nel 2021 a 100 ragazzi faranno riscontro 166 anziani e a 100 ragazze corrisponderanno 232 anziane. L'aumento della popolazione anziana è presente in tutto il mondo ed in continua crescita, come rivelano anche i Paesi attualmente in via di sviluppo.

Il geriatra Thomas Perls di Boston, che conduce una ricerca per la Harvard University, asserisce che avere oggi 85 anni non vuol dire affatto essere vecchio: ne mancano 15 a cento anni. Per questo motivo bisogna spostare in avanti, sempre più in avanti, la soglia della vecchiaia.

Come si vive la terza età in Italia? Secondo i dati più recenti elaborati dall'ISTAT, la risposta è: bene per buona parte degli anziani (per il 48% dei soggetti fra 65 e 74 anni; al di sopra dei 75 anni, due soggetti su tre, sostengono di sentirsi discretamente bene). Vivere bene la fase dell'invecchiamento, cioè la così detta *optimally healthy elderly*, non significa essere immuni da disturbi: non bisogna dimenticare, infatti, che il 75% della popolazione senile è, in realtà, affetto da almeno una patologia cronica a carico dell'apparato muscolo-scheletrico o cardiocircolatorio o respiratorio o da alterazioni metaboliche. Malanni questi, però, che si trascinano per lo più dall'età adulta!

Vivere bene la vecchiaia può configurarsi con quella condizione di omeostasi, cioè di equilibrio fra il rendimento delle capacità intellettive e l'autosufficienza, grazie alla quale è possibile spostare nel tempo qualcosa che, comunque, non si può evitare. Vivere bene per l'anziano è, quindi, il consolidamento di un'omeostasi psico-fisica che tutti noi abbiamo il dovere di proteggere, in quanto l'invecchiamento comporta modificazioni età-dipendenti che possono addirittura sconfinare nella malattia.

Per migliorare la qualità della vita dell'anziano bisogna comprendere bene i tre elementi, non disgiunti fra di loro, che lo caratterizzano: il soma, la mente e la società in cui vive e valutare, quindi, attentamente i suoi bisogni biologici, psicologici e sociali, perché lo studio della persona anziana richiede una visione unitaria, complessiva ed olistica.

Perché persona anziana?

Perché l'anziano deve essere considerato come una persona umana. Già l'embrione dell'uomo ha la "qualitas umana" che sarà mantenuta anche quando la persona diventerà centenaria. La qualità della vita coincide con la sacralità della vita stessa, e questo vale anche per l'anziano. La vita è sacra in quanto è un dono numinoso (prendendo in prestito tale termine da Rudolf Otto). La sacralità della vita dell'anziano si manifesta nella ricerca interiore del "profondo", nella felicità libera da assilli e da passioni brucianti, l'uomo interiore si rinnova ogni giorno perché l'anima non invecchia, non si logora, ma si evolve.

La vecchiaia è l'età della ricerca della sapienza, l'età in cui la vita inizia in quanto il mondo esterno si smorza, le passioni si placano, il mondo interiore si afferma, le facoltà dello spirito acquistano, di giorno in giorno, una maggiore finezza e ampiezza insieme. Victor Hugo, tenero nonno, ha scritto "essere nonno È rientrare nell'aurora". "Quanto più il tempo di vita È breve, tanto più si deve renderlo profondo e pieno" (Montaigne).

L'anziano È considerato nei testi di Geriatria e Gerontologia, come una persona in "equilibrio instabile"; infatti, anche se È in salute (optimally healthy elderly), gli aspetti psicologici e/o sociali possono rompere questo equilibrio. I problemi psicologici possono dipendere dal pensionamento e dalla pochezza della sua pensione (ci si ammala non solo per malattia, ma anche per ristrettezza economica- Crepaldi,

Past-Presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria), dalla carente integrazione nella famiglia e nella società e dal mancato rispetto dei diritti dell'anziano ("taci tu, sei vecchio"). Tutti sappiamo, però, come i nipoti confidino i loro teneri ed innocenti segreti non al padre, ma al nonno, e solo al nonno.

Tutti sappiamo, inoltre, come la solitudine possa minare il fisico di una persona anziana, sana, attraverso meccanismi facenti parte della psiconeuroendocrinoimmunologia. I Governi, il Rotary, le varie Associazioni di Volontariato ed altre Associazioni di Service devono, con numerose iniziative, influire beneficamente proprio sugli aspetti psicologici e socio-culturali dell'anziano, migliorandone la qualità della vita.

Il Rotary, infatti, ha sempre stressato il concetto che il grado di civiltà di una società si misura dal livello di vita degli anziani e che, decrescendo la sua produttività, l'anziano non deve perdere anche i propri diritti. L'anziano necessita di una comunità solidale ed integrata che lo valuti nella sua globalità, sotto l'aspetto fisico, psichico e sociale. Il futuro dell'anziano è rappresentato, in particolare, dall'integrazione nel suo ambiente familiare e sociale.

Valutiamo, ora qualche elemento biologico dell'anziano.

Alcuni aspetti endocrini dell'anziano

I diversi sistemi neuroendocrini, facenti capo alle strutture diencefalo-ipofisarie, vanno incontro, in corso di invecchiamento, e quindi in tutti gli anziani, a modificazioni note da tempo. A) Per quanto riguarda l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, nei due sessi, con il passare degli anni, si assiste ad un certo decadimento progressivo della funzione gonadica. Malgrado ciò, l'attività sessuale si mantiene normale in un discreto numero di anziani. Un recente studio su uomini e donne sopra gli 80 anni di età ha rilevato che solo il 63% degli uomini e il 30% delle donne riferivano disturbi sessuali, gli altri consideravano la propria vita sessuale soddisfacente.

Nei maschi sposati, con partner convivente, l'attività sessuale è mantenuta nell'80-90% dei casi nella fascia di età compresa fra 60 e 69 anni, per poi scendere al 50-58% tra i 70 e i 79 anni, fino a raggiungere il 28% sopra gli 80 anni.

L'importanza, anche psicologica, della presenza di una partner

convivente è enorme, come dimostra il fatto che negli anziani, rimasti soli, l'attività sessuale si mantiene solo nel 30% dei soggetti.

Ricordiamoci che nell'anziano, di entrambi i sessi, perdura la sessualità, anche se la genitalità può diventare carente. Esiste, infatti, una netta differenza tra sessualità e genitalità: la sessualità comprende la genitalità, ma non viceversa. La sessualità, espressione del bisogno profondo e continuo dell'uomo, è ancora viva in età avanzata, quando l'affetto suggella l'incontro tra due persone, tra due mondi, ed è una modalità di comunicazione che gratifica anche l'anziano, il quale ha un grande bisogno di comunicare.

La vecchiaia "asessuata" È un atavico pregiudizio di noi tutti che crea senso di vergogna, paura e disadattamento all'anziano.

Al deficit dell'attività sessuale concorrono, infatti, alcuni aspetti psicologici caratterizzati dall'ansia, dalla paura di fallire, dai sensi di colpa, dal timore di ciò che la gente può pensare e dalla vergogna, nonché gli effetti deleteri di farmaci (diuretici, antipertensivi, psicofarmaci ecc.) che spesso sorgono in questi soggetti e che in maniera altrettanto intensa influenzano e condizionano l'attività sessuale. Questo avviene anche nei giovani e negli adulti! Esiste, nell'uomo, comunque, una potenziale fertilità sino ad età molto avanzata. Nella donna l'ipotrofia e la secchezza vaginale, iniziate dalla menopausa, possono causare dolore durante l'atto sessuale (dispareunia). Comunque siamo ben lontani, oggi, dal quadro della menopausa descritto da Farnham nel 1887: "Ovaie che non hanno la capacità di ritirarsi con grazia, ma diventano irritate e trasmettono questa irritazione al cervello con conseguente nervosismo e, financo, pazzia".

Il deficit di estrogeni per le femmine ed il deficit di testosterone per il maschio comportano sul metabolismo delle proteine la progressione della malattia osteoporotica, l'ipotrofia delle masse muscolari e condizionano un incremento del rapporto massa grassa/massa magra. Sul metabolismo lipidico la caduta dei livelli di estrogeni, nel sesso femminile, si fa responsabile degli incrementi delle lipoproteine di chiaro significato aterogeno e della caduta di quelle capaci di un ruolo protettivo nei confronti dell'aterosclerosi. Gli estrogeni, inoltre, aumentano i livelli circolanti di ossido nitrico, sostanza che rilascia la muscolatura dei vasi sanguigni.

B) L'asse ipotalamo-ipofisi- surrene presenta un'attivazione della secrezione del cortisolo e calo della produzione di androgeni surrenali con conseguente deficit proteico e ridotta tolleranza glucidica, fino all'espressione del diabete mellito conclamato. Sul sistema immunitario l'aumento di produzione di cortisolo potrà indurre una sorta di depressione delle funzioni immunitarie, a sua volta responsabile di processi infettivi e di certe patologie neoplastiche nella persona anziana.

C) È diminuita la secrezione dell'ormone della crescita e avremo deficit proteico con una spinta aggiuntiva verso l'osteoporosi e l'ipotrofia muscolare. La carenza dell'ormone della crescita diminuisce la lipolisi con aumento della massa grassa corporea.

D) L'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide è meno attivato nell'anziano con conseguente minore disponibilità di ormoni tiroidei biologicamente attivi in perfetta sintonia con le ridotte richieste metaboliche nel contesto globale del processo di invecchiamento in cui l'organismo è coinvolto.

Il comportamento della tiroide, in tal caso, assume il carattere di autentico processo adattativo per mantenere l'omeostasi metabolica.

E) Aumentano, nell'anziano, i livelli ematici dell'ormone paratiroideo il quale, da una parte, provoca una demineralizzazione ossea ma, dall'altra, cerca di mantenere normale la calcemia.

La Geragogia per invecchiare "con successo"

"Saper invecchiare è il capolavoro della saggezza, è una delle "cose" più difficili nell'arte difficilissima della vita" (Amiel).

Miss Adler e i suoi amici, rappresentano l'emblema di una "vittoriosa" condizione di equilibrio che, a prima vista, può sembrare fuori dell'ordinario comune. La vita dell'anziano "vincente" deve considerarsi una lunga battaglia, coronata dal successo, contro le forze disgregatrici proprie dell'età, in una ricerca di nuove creatività nella fantasia, nel lavoro, nella dedizione alla "sua" società, in un coinvolgimento affettivo che sublima le intenzioni e le funzioni. L'anziano "vincente" continua a cercare qualcosa per cui vale la pena di vivere e ha rifiutato quella tendenza alla spersonalizzazione ed alla dissoluzione che può rendere la vecchiaia monotona e vana. Cosa proporre, come comportarsi per arrivare a simili traguardi e, una volta raggiunti quest'ultimi, cosa escogitare per mantenersi in forma?

Gli stessi centenari e i gerontologi suggeriscono tre priorità: 1) Corretta alimentazione; 2) Esercizio fisico (uno degli amici di miss Adler portava la medaglia d'oro vinta l'anno precedente ai campionati d'atletica, - senior, s'intende -) e 3) Continua attività. Milton Garland, all'età di 102 anni, ingegnere in una fabbrica di frigoriferi, è stato insignito, nel Marzo 1998, alla Casa Bianca, dal Presidente Clinton, come il più vecchio lavoratore d'America. L'astronauta John Glenn, di 77 anni, non è da meno in quanto ha fatto le stesse cose di trentasei anni fa. Il Prof. De Bakey, cardiocirurgo novantenne, indefesso, sta per applicare una sua ricerca alla quale lavora dagli anni trenta: una pompa, di pochi centimetri, che metta in riposo il cuore. Se i vecchi artisti hanno fatto le loro opere migliori in tarda età (Antonini: L'età dei capolavori), perché allora il cervello dei "normali" uomini anziani non deve poter produrre, se non "opere eccezionali", almeno "buone ed utili" cose?

Rita Levi Montalcini ha detto di recente che la pensione è una pessima invenzione e che i migliori anni della sua vita sono stati quelli della vecchiaia. Il premio Nobel per la Medicina, Prof. Renato Dulbecco, ottantacinquenne, e al fianco di Fazio, a Sanremo, per il Festival della canzone italiana. Norberto Bobbio ha scritto, invece, che chi parla bene della vecchiaia è qualcuno che non la conosce. Negli Stati Uniti l'età della pensione è stata soppressa per i Professori universitari; per tale motivo nessuno può essere messo in pensione per vecchiaia, ma tutti, inclusi i giovani, possono essere messi "in pensione" perché non all'altezza dei compiti. Indro Montanelli non è in pensione perché vuole seguire il consiglio del celebre psicanalista Cesare Musatti che asseriva che non si va in pensione perché si invecchia, ma si invecchia perché si va in pensione.

L'importante è mettersi nelle condizioni atte a questa lunga e continua attività. È possibile prepararsi ad una dignitosa vecchiaia seguendo i tre punti sopra citati, suggeriti dai gerontologi di tutto il mondo, non potendo cambiare, per ora, il nostro DNA che dà l'imprimatur per una più o meno lunga e per una più o meno buona vita (da recenti dati risulta, però, che il DNA giochi un ruolo importante solo per il 25%).

I tre punti, suddetti, sono i principi essenziali della Geragogia, cioè dell'insieme dei comportamenti e degli accorgimenti nello stile di vita, proposti ai fini di un invecchiamento "con successo". La Gerago-

gia (la scienza che studia il buon invecchiamento, ossia tutte le possibilità offerte all'essere umano per invecchiare bene) promuove l'educazione per un "vincente" invecchiamento e la cultura dell'anziano. Le norme di tale scienza sono utili, in particolare, nell'infanzia, nella giovinezza e nell'età adulta (esiste, infatti un passaggio fluente di continuità dalla Pedagogia alla Geragogia). Tutti noi dobbiamo avere una cultura dell'anziano!

Analizziamo, ora, i tre punti suggeriti dai geriatri e dagli stessi centenari.

1) Corretta alimentazione

Pitagora di Samo (IV sec. a. C.) consigliava ai non più giovani una dieta essenzialmente vegetariana: fichi, formaggi, miele e, comunque, temperanza nel vitto per serbare integri l'acume intellettuale e l'energia.

È noto che la nostra salute dipende notevolmente da ciò che mangiamo e beviamo. Una sana alimentazione è indispensabile per stare meglio, mangiando meglio. Un'alimentazione corretta influenza positivamente, ad esempio, alcuni disturbi frequenti nell'anziano quali la stipsi, la disidratazione e la diminuzione delle forze e migliora le condizioni fisiche generali.

Cosa è necessario per una corretta alimentazione?

- 1) Mantenere regolari gli orari dei pasti,
- 2) Non abusare degli alimenti sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo (mangiare poco di tutto),
- 3) Consumare cibi genuini e semplici,
- 4) Distribuire razionalmente i pasti durante la giornata (colazione, pranzo e cena),
- 5) Provvedere che nell'alimentazione giornaliera siano ben rappresentati alcuni principi nutritivi ad azione protettiva come: i sali minerali e le vitamine oltre che, naturalmente, gli zuccheri, le proteine e i lipidi,
- 6) Mangiare lentamente in modo che la masticazione sia completa.

Come deve essere il cibo dell'anziano?

1) gradevole, 2) facilmente reperibile, 3) a buon mercato, 4) facilmente preparabile, 5) facilmente masticabile e digeribile, 6) ricco di proteine, sali minerali e vitamine, 7) vario.

Da segnalare che gli anziani, per lo più, preferiscono mangiare in compagnia. Il cibo, infatti, è e deve essere un mezzo di socializzazione; basti pensare al termine latino "convivium".

Di quante calorie giornaliere necessita l'anziano? Con il passare degli anni è presente una riduzione del fabbisogno energetico per la diminuzione della massa muscolare e per la minore attività fisica. L'Istituto Superiore della Sanità raccomanda per gli uomini dai 60 ai 70 anni 2.000 Calorie/die e 1.700 dopo i 70 anni, per le donne 1.700 e 1.500 Calorie, rispettivamente.

Il 15-25% della popolazione anziana italiana ha un'alimentazione insufficiente, mentre il 25-30% ha un apporto alimentare eccessivo. Il 40-60% degli anziani ospedalizzati, in tutto il mondo, ha deficit di uno o più nutrienti, tale carenza riguarda con maggior frequenza le proteine, le vitamine (vit. A, C, gruppo B e acido folico) ed i minerali come il calcio, il ferro, lo zinco, il magnesio ed il selenio.

Con quale percentuale devono essere presenti nella dieta quotidiana le proteine, i grassi e gli zuccheri?

Si ritiene che nella dieta dell'anziano sano il 15-20% delle Calorie totali giornaliere debba essere fornito dalle proteine, il 30% dai grassi e il 50-55% dagli zuccheri.

Un grammo di proteine produce 4 Calorie, un grammo di zuccheri 4 Calorie, un grammo di grassi 9 Calorie ed un grammo di alcool 7 Calorie.

Proteine

Possono essere di origine sia animale che vegetale, quello che interessa è che siano facilmente digeribili. Le proteine della carne, del latte e latticini e dell'albume dell'uovo sono le più facilmente e velocemente digeribili. Il pane, la pasta, il riso, la polenta, le patate, i legumi, oltre ad apportare zuccheri complessi, contengono proteine vegetali, sali minerali e vitamine.

Il fabbisogno di proteine dell'anziano sano è sovrapponibile a

quello dell'adulto: circa 0,8 gr/Kg di peso/die nella femmina e 1 gr/Kg di peso/die nel maschio. Un aumento dell'assunzione di alimenti proteici è necessario in corso di: malattie febbrili, fratture, ustioni, piaghe da decubito ed in seguito ad interventi chirurgici.

Grassi

È opportuno che l'anziano riduca l'apporto di grassi di origine animale e che preferisca i grassi di origine vegetale (olio di oliva, di girasole, di mais, di soia). La maggior parte dei grassi animali (grassi saturi) e del colesterolo, in particolare, è contenuta nelle carni rosse, nel burro, lardo, pancetta, panna ed insaccati. Bisogna porre attenzione all'eccesso di colesterolo nella dieta e all'obesità in quanto sono fattori di rischio per l'insorgenza di malattie cardiocircolatorie quali l'aterosclerosi, l'ischemia cardiaca e l'infarto di cuore. Comunque il colesterolo, nella dieta dell'anziano, non deve superare i 200-300 mg/die.

Sono da preferire i grassi polinsaturi e monosaturi (olio di oliva). Una certa quantità di grassi di origine animale, però, è necessaria in quanto rende i cibi più graditi al palato e perché apporta le vitamine A, D, E, K.

Zuccheri

Il fabbisogno medio di zuccheri (carboidrati) per un anziano è di circa 200-250 gr al giorno e deve essere rappresentato, in particolare, dai carboidrati complessi (legumi, pane, pasta, riso, patate), facendo attenzione a non eccedere nell'assunzione di zuccheri semplici (zucchero, miele, bevande zuccherate). Con l'età aumenta l'intolleranza ai carboidrati e quindi l'incidenza del diabete mellito.

Vitamine

Le vitamine aiutano a combattere i fenomeni collegati all'invecchiamento fisiologico cellulare e contribuiscono a mantenere efficienti il fisico e la mente. Le vit. A, C ed E sono agenti antiossidanti, contrastano i radicali liberi, responsabili di numerosi fenomeni dovuti al passare degli anni. La vit. A, inoltre, migliora la capacità visiva e favorisce la rigenerazione delle cellule della cute e delle mucose. La vit. B1 influisce positivamente sul sistema nervoso e la vit. B2 è indicata come supporto nelle carenze nutrizionali e nella terapia con antibiotici. La mancanza di vit. B2 può causare cataratta (cataratta ariboflavinica

). La vit. C è anche la vitamina anti-stress, specifica contro il sovraccarico fisico. La vit. D regolarizza l'assorbimento del calcio e aiuta una buona ossificazione.

Sali minerali

Fra questi ricordiamo il calcio, presente, in particolare, nel latte e nei latticini; il ferro, contenuto nella carne, nel pesce, nei carciofi e negli spinaci; lo zinco, presente nella carne, nel pesce, nella frutta, nei vegetali e nel latte e il selenio, importante per le sue proprietà antiossidanti a livello cellulare, che è contenuto nella carne, nelle verdure e nella frutta. Il sale da cucina (cloruro di sodio) va ridotto all'indispensabile per la sua azione favorente l'insorgenza di ipertensione arteriosa. Nelle popolazioni che consumano meno di tre grammi di cloruro di sodio al giorno, l'ipertensione è rara. Da non dimenticare, fra i sali minerali, il magnesio, che controlla l'eccitabilità della cellula nervosa e della fibra muscolare; esso si ritrova, in particolare, nei legumi, nella frutta e nella verdura.

Acqua

L'anziano deve bere 1500-2000 cc di acqua/die, nel periodo estivo tale quantità può essere, a seconda dei casi, aumentata. Bisogna ricordare che la persona anziana ha una riduzione del contenuto di acqua nel proprio organismo.

Fibre

Le fibre contenute negli alimenti vegetali hanno un effetto protettivo nei confronti dell'insorgere di neoplasie intestinali; questo vale, in particolare, per i vegetali ricchi di carotene. Le fibre sono di particolare utilità nel debellare la stipsi e nel diminuire l'assorbimento intestinale di colesterolo.

Alcool

Un discorso a parte merita l'alcool: è frequente negli anziani sani un suo abuso. Nell'invecchiamento è presente un'aumentata sensibilità all'etanolo e molti farmaci possono aggravare gli effetti del danno da alcool; per questi motivi l'assunzione di bevande alcoliche dovrà essere attentamente valutata.

Comunque, in assenza di chiare controindicazioni, l'alcool può essere assunto abitualmente sotto forma di vino rosso, a pranzo e a cena, al dosaggio massimo di 400-500 g/die, pari ad un contenuto di 30-40 g di alcool/die. A questi dosaggi, infatti, il vino rosso diminuisce l'azione antiaggregante piastrinica, ha effetto pro-fibrinolitico ed anti-trombotico, aumenta le lipoproteine HDL ed ha effetto antiossidante perché contiene tannini flavonoidi fenolici ed epicatechine. Il vino rosso, a piccole dosi, comporta un aumento dei livelli circolanti di ossido nitrico, uno degli agenti di rilascio della muscolatura dei vasi sanguigni. A dosi maggiori, gli effetti, da positivi, diventeranno nettamente negativi.

La povertà, l'isolamento sociale, il deficit funzionale ed il malassorbimento gastrointestinale sono le cause più frequenti di malnutrizione dell'anziano. A queste cause si associa talvolta la depressione da pensionamento o da perdita del coniuge (fra gli ultrasessantacinquenni il 15% dei maschi e il 35% delle donne sono vedovi). Da ricordare, infine, che molti farmaci provocano inappetenza.

2) *Esercizio fisico*

“Le parti del nostro corpo dotate di una funzione, se esercitate con moderazione e impegnate in attività per loro abituali, si mantengono sane e invecchiano più lentamente; se vengono, invece, lasciate inattive presentano difetti di sviluppo, si ammalano facilmente e invecchiano rapidamente” (Ippocrate, 25 secoli or sono),

“Ciò che dal moto è nato, nel moto vive e si perfeziona (Leonardo da Vinci).

L'attività fisica, attuata con gradualità e costanza, a seconda dei casi, migliora la perdita di massa muscolare ed ossea, l'intolleranza glucidica, certe disfunzioni cardiocircolatorie, immunitarie e psichiche.

L'attività fisica deve essere controllata dal medico e/o dal fisioterapista, deve essere personalizzata e svolta con regolarità (mai meno di 2-3 volte per settimana); l'assenza di allenamento, infatti, aumenta la produzione di radicali liberi.

Sono da incoraggiare le passeggiate per 1-2 ore su percorsi pianeggianti o con scarsi dislivelli, il golf, il gioco delle bocce, la bicicletta su percorsi pianeggianti, il giardinaggio. L'esercizio fisico migliora il

senso di benessere della persona anziana, diminuisce i disturbi del sonno, le vampate e la sudorazione da menopausa e la depressione. Una camminata lenta, alla velocità di 2-3 Km/ora comporta il consumo di 100-120 Calorie/Km, una camminata alla velocità di 3-6 Km/ora brucia 120-140 Calorie/Km, una camminata veloce (5-8 Km/ora) comporta il consumo di 130-160 Calorie/Km. 150-300 Calorie/Km vengono bruciate per ogni Km se la camminata è effettuata in salita.

Una delle conquiste più importanti, ai fini di un miglioramento delle condizioni della vita e di un prolungamento con successo della vita stessa, è certamente l'affrancamento dell'uomo dall'eccesso di fatica fisica. Infatti, l'uomo, prima della scoperta delle macchine a motore, viveva meno a lungo e moriva consunto dai disagi, tra cui era anche l'eccesso di lavoro fisico, inevitabile per assicurargli la minima sussistenza.

Oggi, l'uomo anziano, al contrario, va incontro alla sindrome da immobilizzazione (sindrome ipocinetica) perchè si muove molto poco. Questa sindrome causa perdita di proteine, di calcio e di fosforo attraverso l'emuntorio renale, fa aumentare l'intolleranza glucidica, la colesterolemia e la trigliceridemia.

L'anziano non si muove per:

- 1) le barriere architettoniche,
- 2) la demotivazione per perdita del ruolo sociale e familiare (l'isolamento),
- 3) l'errore di alcuni medici che prescrivono il riposo assoluto a letto per ogni forma di malattia dell'anziano (patologia iatrogena).

3) *Continuità dell'attività lavorativa*

“L'inverno può essere bello quanto l'estate per coloro che hanno imparato a vivere” (Rufo di Efeso, 1° sec. a. C.),

“La morte non deve trovarci in stupido ozio” (Benedetto Croce).

Il cervello, se stimolato e nutrito adeguatamente con l'apprendimento, tramite la sua ridondanza e plasticità può essere d'aiuto all'organismo perché il cervello è come il “pacemaker” della vecchiaia.

La mente e la memoria devono essere esercitate non solo dall'intellettuale, ma anche dalla casalinga!

Quale ruolo e significato ha il lavoro in una vita che sempre più si allunga? Il lavoro nella terza età ha ruoli e significati più complessi di quanto si possa immaginare. Il lavoro vuol dire gratificazione, valore, mezzo di relazione e di collaborazione con il mondo esterno, con il proprio ambiente.

Il lavoro significa "essere percepiti" individualmente come componente produttiva e contributiva della società ed, infine, soddisfa il bisogno di convalida consensuale. È, in pratica, una conferma dei propri concetti e percezioni di sé e degli altri, del mondo esterno e delle interrelazioni con essi. L'attività occupazionale offre l'opportunità di sviluppare un senso di responsabilità sociale e comunitaria che è parte indispensabile della personalità dell'anziano.

Conta molto la precedente esperienza di vita lavorativa: diverso è il comportamento del manovale in pensione rispetto a quello del coetaneo che ha svolto e svolge un'attività artistica o intellettuale. Le forme più positive di invecchiamento sono state riscontrate nelle persone sempre state attive e di spiccata personalità che ho prima citato come esempio.

Gli anziani validi confermano il desiderio di lavorare e nel contempo esprimono, se interrogati, l'ambizione frustrata di professioni artistiche o intellettuali.

Il lavoro per gli anziani è "una medicina" contro la tristezza e la solitudine ed in ogni caso i più lo considerano come tramite per evitare gli elementi di depressione, comuni ad alcuni profili di personalità dell'anziano.

Pur essendo nessun anziano uguale ad un altro, molte e svariate sono le attività che possono essere esplicate dagli anziani per soddisfare i bisogni cui ci siamo riferiti, sia nelle applicazioni tecniche, che nelle arti e nei mestieri manuali, come nelle professioni intellettuali. L'anziano può, ad esempio, eseguire attività di consulenza, di pubbliche relazioni, di ricerca di marketing, di giardinaggio, di artigianato, di custodia, di volontariato o altre similari.

Il conflitto della società attuale nasce fra il riconoscimento di una situazione e il suo costo economico (vedi il problema delle pensioni). Si è, quindi, costretti a scegliere fra ciò che sarebbe giusto e ciò che si può fare. Il diritto degli anziani validi a continuare un la-

voro, sia pure a tempo parziale, urta, purtroppo, con quello dei giovani disoccupati.

Cosa ha proposto e propone il Rotary per l'anziano?

Una proposta, apparentemente semplice, è questa: dargli valore, interessandoci di tutto ciò che possa continuare a renderlo parte vitale della società (Antonini).

Il Rotary, il Rotaract, i Comitati Consorti di rotariani e l'Inner Wheel, anche al fianco di associazioni pubbliche, private o di volontariato, hanno tutte le qualità per dare valore all'anziano che chiede, per essere valorizzato, di apprendere, essere informato e comunicare.

Dal momento che il Rotary è anche una ricca sorgente di cultura, dal Rotary devono partire le linee guida della Geragogia, ossia della preparazione e dell'educazione ad un invecchiamento "eccellente".

I vari Clubs potrebbero inviare alle persone anziane del loro territorio degli opuscoli contenenti consigli utili sull'alimentazione, sulla prevenzione degli incidenti domestici ed extra-domestici (come attuato dal Club Fiesole), nonché informazioni sui punti di incontro, sugli spettacoli ed intrattenimenti per anziani e non solo per anziani (come sta facendo il Club Bologna Carducci). Alcuni rotariani sono docenti presso l'Università del Tempo Libero perché il tempo libero non sia tempo vuoto. È da sottolineare che gli anziani di oggi hanno un bagaglio culturale superiore a quello degli anziani di ieri, in futuro avremo anziani sempre più acculturati.

Per aiutare l'anziano a comunicare, il Rotary potrà organizzare dei programmi specifici di attività di tempo libero di tipo creativo, ricreativo e culturale, rivolti in particolare agli anziani, ma aperti a tutti. Un progetto operativo deve tenere conto che occorre operare "con" e non "per" l'anziano, cioè l'anziano come soggetto di intervento e non come oggetto. Il Telesoccorso, per l'anziano, È una vincente iniziativa per poter comunicare con l'esterno (alcuni Club del Distretto 2070 hanno già effettuato tale iniziativa).

Gli anziani del Progetto Educativo del Piccolo Cottolengo Don Orione di Genova hanno dichiarato che nella loro struttura è più necessaria la presenza di un animatore geriatrico di quella di un medico o di un infermiere. C'è bisogno, infatti, di chi li faccia ballare, di chi faccia

leggere loro i giornali, di chi faccia utilizzare loro la testa e le mani e di chi li faccia camminare.

Ogni Club può proporre agli anziani alcune attività socialmente utili o condurre delle ricerche sullo stato di salute, sullo stato socio-economico e culturale degli anziani del proprio territorio al fine di ottenere dei dati che, elaborati, consentiranno di avere degli indici di prevalenza delle varie caratteristiche studiate e confrontarli con quelli di altri territori rotariani. Da queste ricerche potranno partire degli interventi ad hoc.

È doveroso per il Rotary promuovere una campagna permanente di tipo informativo e operativo volta ad amplificare la cultura dell'anziano a livello della società intera. Possono essere promosse, ad esempio, attività sulla prevenzione dei danni del fumo, dei danni dell'alcool, dell'inquinamento ambientale e non solo ambientale (- Meglio Prevenire che Curare - è stata un'iniziativa del Club Fiesole, a tale proposito), nei vari territori rotariani, nonché eseguire studi epidemiologici su vari parametri riguardanti l'anziano. Quest'ultimo può essere fruitore e protagonista di iniziative quali il Banco Alimentare e il Banco delle Ore.

La persona anziana, come prima ho accennato, è il tipo più comune di cittadino nei Paesi industrializzati, da ciò deriva che è indispensabile che gli anni di vita in più siano anni di salute e benessere e non di malattia, invalidità, dipendenza e solitudine.

Se per giovinezza si intende il mantenimento di ruoli significativi, il desiderio continuo di apprendere, la scoperta quotidiana di nuove potenzialità, il non lasciarsi andare, una visione ottimistica della vita, il sapersi mettere ogni giorno in discussione, allora il vecchio può essere giovane malgrado le rughe!

Il motto "Aggiungere vita agli anni" mi sembra adatto per caratterizzare l'interesse che il Rotary ha sempre rivolto, rivolge e rivolgerà all'anziano. Quest'ultimo, che vittoriosamente ha conseguito e mantiene un'omeostasi psico-fisica, preparato a una cultura creativa, deve divenire soggetto attivo, protagonista e proporsi come risorsa per la società la quale ha il dovere di difendere questa omeostasi.

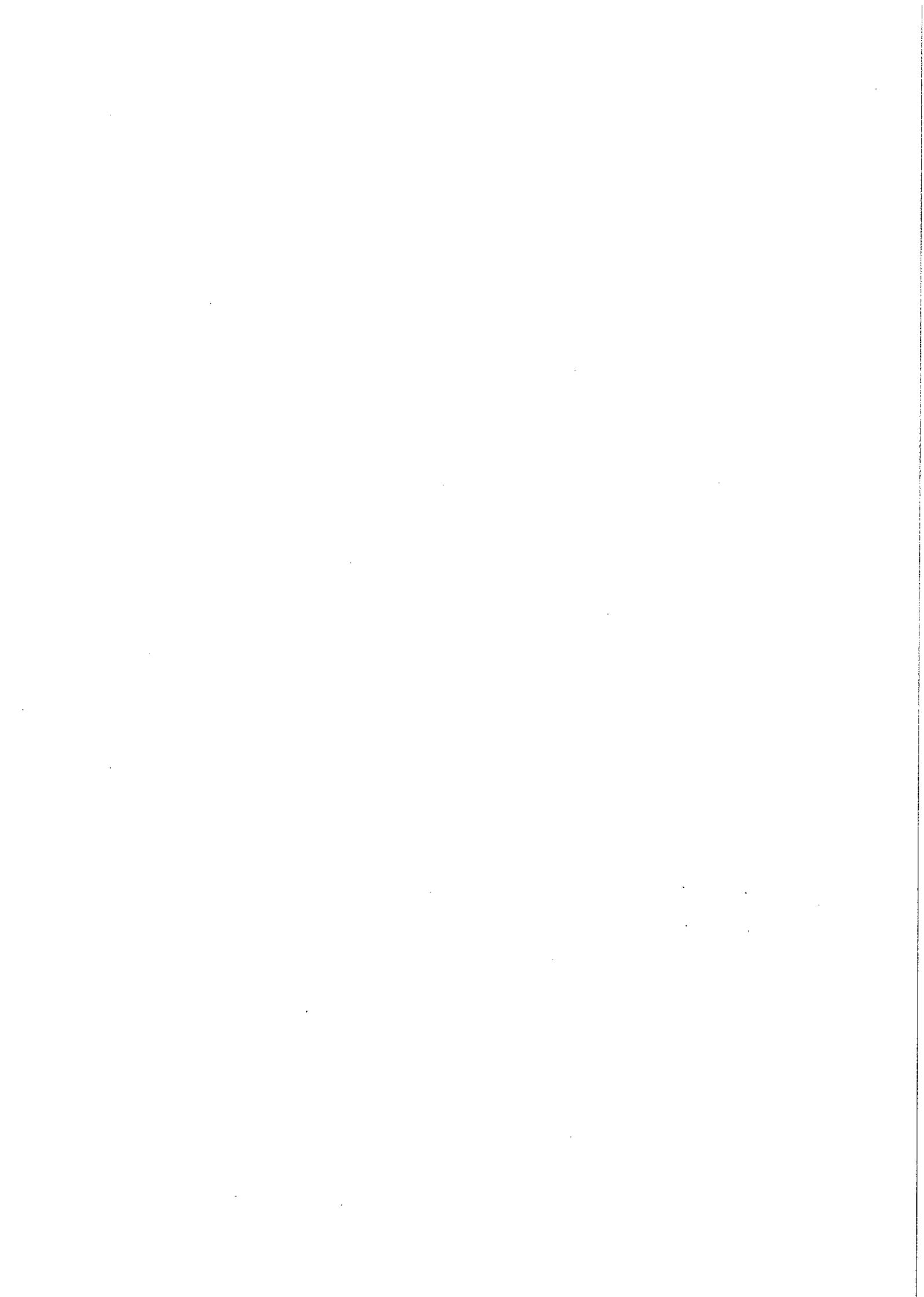
L'anziano riuscirà a "trasformare il suo sogno (durato una vita intera) in realtà con entusiasmo e determinazione", prendendo in prestito il motto del nostro Governatore Dr. Umberto Ardito.

Bisogna avere la forza ed il coraggio di guardare a tempi nuovi per l'anziano. Il sogno rotariano consiste nell'impegno dell'uomo di utilizzare quel coraggio e quella forza nel rispetto dei valori etici e culturali di tutti i popoli, di tutti i Paesi (Rino Cardinale). La vecchiaia è caratterizzata da perdite e da compensi, per cui può essere vissuta come un'omeostasi tra ciò che viene meno e ciò che si trasforma e come un angolo di serenità che aiuta a superare le frustrazioni che si incontrano nel cammino della vita.

Il rispetto della persona anziana, nella sua dignità ed autonomia, rimane un principio fondamentale della morale.

Occorre uno sforzo culturale perché l'insieme delle conoscenze e delle iniziative rivolte all'anziano, con l'anziano, divengano patrimonio comune presso le Autorità competenti e l'opinione pubblica.

Grazie della Vostra Attenzione.



Interventi



Le Università per la terza età

Manuela Granaiola
Vice Presidente Filo D'Argento

Buongiorno, quando mi è stato chiesto di partecipare a questo Convegno, dal titolo così gioioso e pieno di speranza e di prospettive, ho accettato con gioia per molti motivi. Prima di tutto perché mi occupo dell'Auser - Filo D'Argento - un'associazione che opera "per e "con gli anziani" e poi perché essendo una neo pensionata mi sento molto vicina alla categoria posso così, sulla base di esperienze fatte sul campo, affrontati in modo meraviglioso da persone molto qualificate.

Quando una persona quando va in pensione, si trova improvvisamente a vivere quel tempo liberato dall'attività lavorativa, che spesso appare come tempo vuoto, privo di stimoli e di interessi e viene quindi vissuto male. La perdita del ruolo che una persona ha avuto per tanti anni durante la vita lavorativa la porta spesso a sentirsi inutile e a vivere il pensionamento in modo negativo e con sofferenza.

Invece questa fase della vita può essere riscattato e può diventare un tempo di rinnovamento che trova le sue motivazioni nel desiderio di esprimersi e di realizzarsi anche fuori dagli schemi che si sono dovuti seguire per buona parte della vita finalmente sviluppare tutte quelle cose che non si sono potute fare prima, quando le preoccupazioni e i ritmi dell'attività lavorativa lo impedivano. Anche per questo motivo si sono sviluppate le Università della Terza Età, che si sono chiamate poi più giustamente dell'Età libera o Università popolari; infatti il termine Terza Età non si sa più bene a quale fascia si riferisca, dato che il nostro copro è programmato per vivere fino a 120 anni e ci stiamo avvicinando sempre di più a questo traguardo e dobbiamo farlo nel modo migliore possibile.

Queste Università si sono sviluppate molto nel nostro paese dimostrando che l'istruzione, l'educazione permanente e la cultura sono bisogni ormai consolidati costituiscono un formidabile veicolo di in-

clusione sociale contro la solitudine, l'emarginazione di tutti e in particolare delle persone anziane.

Le Università sono sorte in maggior parte su iniziativa di associazioni, di circoli, di reti di volontariato e sono soprattutto sostenute da quelle persone che come diceva prima l'On. Maria Eletta Martini che hanno deciso di mettere la loro professionalità al servizio delle persone che ne hanno bisogno. Si sono sviluppate soprattutto nel Friuli Venezia Giulia e nel Veneto e sono chiamate in modo diverso ci sono le Università dell'Auser, c'è L'UNITRE, ci sono la FederUni e tante altre realtà su tutto il territorio nazionale. Solo un piccolo: esempio, l'UNITRE a Torino vanta ben 5 mila iscritti quindi non sono cose da poco. Anche qui a Lucca abbiamo l'Unidel che è un'Università molto attiva e vivace. Nel programma per l'anno 98-'99 ci sono molti corsi, molte conferenze e anche molti laboratori che sono sicuramente la parte più interessante.

Cosa sono dunque queste Università della terza età? Sono libere associazioni o enti senza fine di lucro che qualunque sia la loro natura giuridica si danno un ordinamento autonomo, hanno i propri statuti e oltre alla finalità di una più ampia diffusione della cultura per lo sviluppo della personalità dei cittadini, hanno anche quello dell'inserimento delle persone anziane nella vita socio culturale della comunità in cui risiedono.

Di solito l'accesso ai corsi, è libero c'è solo una piccola quota di iscrizione per sostenere le spese correnti e sviluppano la loro attività su tre binari: corsi, incontri - conferenze e laboratori. E questi laboratori sono credo forse la parte più importante perché è là dove si possono sviluppare le opportunità, i desideri e fare tutte quelle cose che molto spesso nell'età lavorativa non si sono potute fare.

Verrebbe fatto di domandarsi se effettivamente possono contribuire queste università alla crescita culturale dell'individuo in un'età in cui, la memoria comincia un po' a perdere i colpi, dove ci si sente meno, ci si vede meno e quindi molte facoltà sono rallentate. E invece l'esperienza ha dimostrato che se i "docenti", e non mi piace usare neanche questo termine, usano i tempi giusti e soprattutto se la motivazione che spinge le persone a partecipare a questi corsi è vera è profonda ed è sentita, la facoltà di apprendimento stranamente migliora in modo notevole.

Quindi l'interesse e l'ampia diffusione dell'università della terza età sono la testimonianza di questo desiderio di apprendere e la dimostrazione che se l'anziano è motivato anche dalla possibilità di riguadagnare un ruolo sociale gratificante, se i "docenti" rispettano i modi e i tempi giusti di insegnamento, i risultati che si ottengono sono sorprendenti e oltre a contribuire alla crescita culturale della persona si darà anche una risposta importante a quello che è il problema di questo tempo libero, tempo liberato o a volte tempo vuoto dell'anziano. Soprattutto si cercherà di riscoprire quale è il suo ruolo nella società moderna con un beneficio notevole da ambedue le parti, da parte cioè dei docenti che da parte dei discenti.

Però è importante che queste università della terza età svolgono un lavoro strettamente legato al territorio perché la cultura è anche un fatto legato al nostro territorio, una riscoperta delle nostre tradizioni, dei nostri valori, dei nostri mestieri e quindi si deve proporre anche come una struttura globale dove si possono dare risposte variegata ai bisogni di una società che purtroppo invecchia sempre di più.

Per raggiungere l'obiettivo è opportuno che le università dell'età libera tengano fermi alcuni obiettivi fondamentali: intanto che siano aperte ad ogni classe sociale, ad ogni gruppo di persone affinché la cultura non rimanga come nel passato un fatto elitario ma riescano a dare a tutti possibilità concrete di emancipazione e di incidenza sociale e soprattutto di compensazione a quei limiti che spesso l'età lavorativa ha imposto alla creatività e alla potenzialità di ciascuno di noi.

Faccio un esempio personale: io ho studiato ragioneria all'università ho fatto lingua poi però ho lavorato sempre in un ufficio di ragioneria e ho fatto sempre studi tecnici sostanzialmente però quello che mi interessava erano altre cose che grazie a Dio dopo il pensionamento ho potuto cominciare a studiare e ad affrontare questo anche grazie agli impegni che mi sono presa nel volontariato.

Poi queste università devono promuovere partecipazione sociale e fare anche lotta all'emarginazione fisica e culturale dell'anziano cioè devono andare anche oltre il semplice intrattenimento e non credo essere solo un luogo dove si va a passare il tempo altrimenti restano chiuse, avvitate se stesse.

Soprattutto devono essere università della partecipazione. Io mi

sono rattristata molto, quando tempo fa a Roma sono entrata in una università, in una sala piuttosto anonima dove c'era una bellissima lezione su Giotto con un Professore meraviglioso che spiegava la tecnica pittorica con quel segnalino luminoso rosso che scorreva sul dipinto al buio e quando si è accesa la luce o visto chi dormiva da una parte chi dall'altra e sinceramente mi è venuta una tristezza tremenda perché questa non è un'università, ma un luogo fine a se stesso. Tanto vale andare al cinema o restare chiusi in casa alla televisione. Le Università possono crescere solo in uno scambio continuo tra docenti e discenti, in un clima di reciproco coinvolgimento e di integrazione altrimenti si rischia di fare quello che purtroppo tante volte è la scuola, che spesso non riesce a voltare pagina e a riscoprire la partecipazione, a suscitare curiosità e scambio.

A scuola è anche forse più facile fare il docente perché il giovane ha la mente più libera e invece l'anziano ha anche tanti condizionamenti culturali quindi ha anche assoluto bisogno necessità di dibattere i problemi di cui si parla.

Le università hanno il ruolo importante del mantenimento psichico della persona anziana cioè della prevenzione di quel disadattamento e decadimento delle capacità intellettive che hanno la loro radice in quel circolo vizioso che è il disimpegno l'esclusione e l'isolamento. Mantenere sempre in allenamento il cervello vuol dire molto!

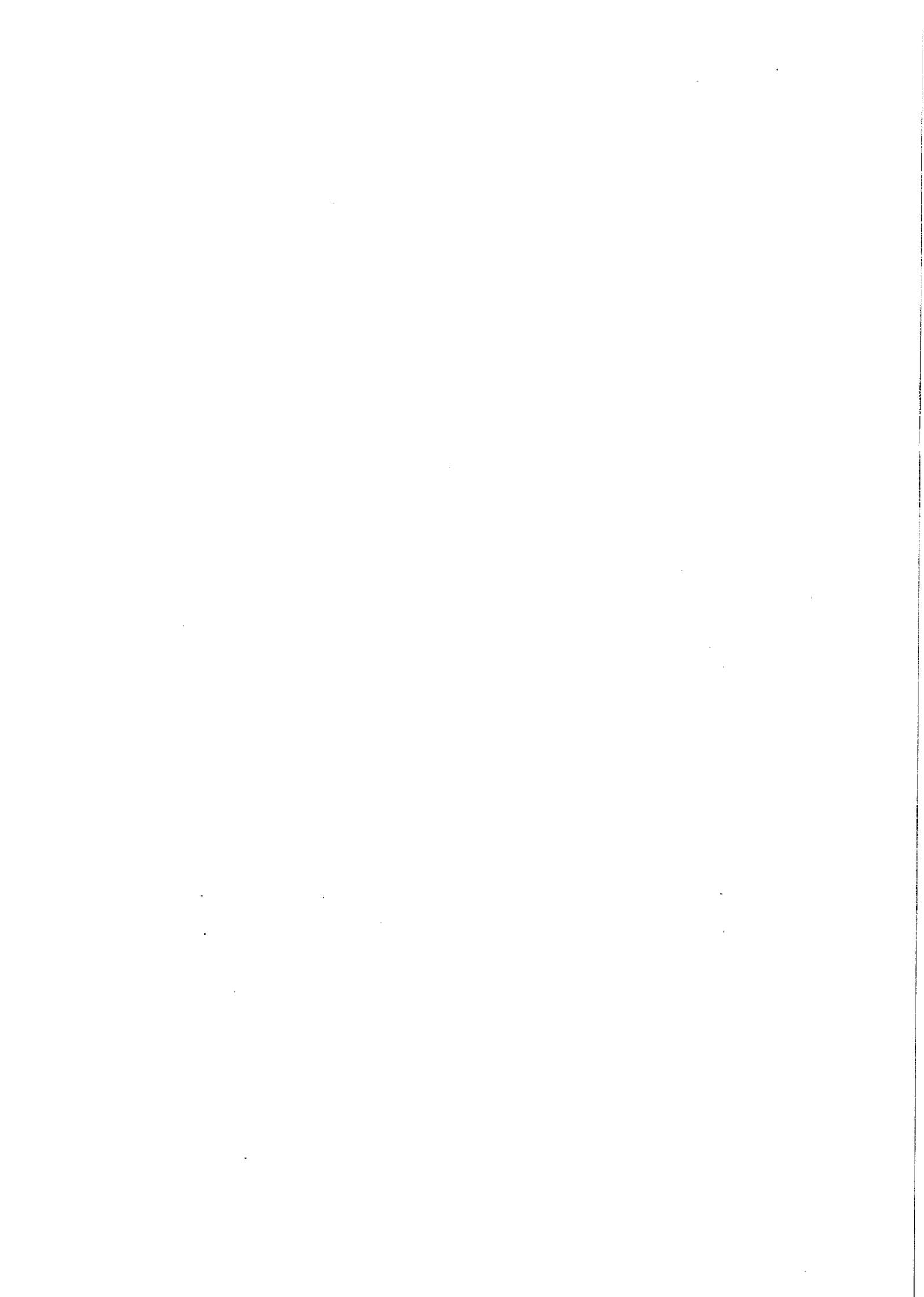
Quale medicina migliore per rimanere sani e attivi che quella di imparare anche qualcosa di nuovo per se stessi e per essere in qualche modo ancora utili, anche per produrre qualcosa.

Mi piace raccontare di un esempio che ho avuto in casa; un nonno meraviglioso che era un ufficiale di marina e che quindi aveva avuto una vita importante e aveva ricoperto un ruolo di alta responsabilità. È andato in pensione con il massimo degli anni quando proprio ci doveva andare. Una volta a casa si è trovato a soffrire veramente per questa mancanza di ruolo. Un giorno ho visto ad una parete un quadro e ho chiesto a mio nonno da dove veniva e lui mi ha risposto di averlo fatto quando era giovane quando aveva più tempo e poi non si era più potuto dedicare alla pittura. Allora per il suo compleanno gli ho portato delle scatole di colori per la stoffa, aveva 80 anni e da quel giorno è cominciata una produzione, io direi quasi a livello industriale, di dipinti

su stoffa. Lui ha trovato in questa cosa una motivazione così importante che l'ha aiutato fino alla fine dei suoi giorni a sentirsi utile perché poi chiaramente tutti noi parenti e gli amici gli chiedevamo qualcosa. Quindi ha potuto esprimere la sua creatività cosa che non aveva potuto fare durante la vita lavorativa e nello stesso tempo si è sentito gratificato da noi che dicevamo che era bravissimo che era eccezionale. Si è sentito di nuovo utile e questo per lui è stata una palestra importantissima per mantenere vive quelle facoltà intellettuali che se tenute a morire magari davanti alla televisione rischiavano di morire per sempre.

Inoltre un ruolo importante che devono avere le università dell'età libera è quello di essere un interlocutore qualificato con le istituzioni, sia dal punto di vista culturale che politico sociale, ma quale migliore consulente per quanto riguarda i problemi dell'anziano, i problemi della cultura, i problemi della socializzazione e dell'impiego del tempo libero.

Quindi per concludere io credo che queste università oltre ad essere un aiuto per il miglioramento della qualità della vita devono diventare un centro di educazione permanente anche per sensibilizzare e informare l'opinione pubblica di quelli che sono i problemi dell'età avanzata, devono aiutare gli anziani ad aiutarsi, ad essere se stessi offrendo loro conoscenze e strumenti per appropriarsi del diritto ad una informazione adeguata, ad un aggiornamento costante a una capacità culturale spesso negata al momento della vita lavorativa e non più reintegrata neanche dopo il pensionamento. Quindi deve proporsi come uno strumento di crescita permanente culturale e intellettuale e a difesa al diritto di fare cultura che è proprio della persona anziana come di ogni altro uomo nella società indipendentemente dall'età indipendentemente dal ruolo produttivo e veramente deve essere uno spazio dove si può ascoltare apprendere insegnare e quindi reinventarsi la vita come dice appunto il meraviglioso titolo di questo convegno.



I servizi per gli anziani a Lucca: quale possibile integrazione con il Volontariato

Prof.ssa Ornella Panier Bagat Vitali
Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Lucca

Chiedo scusa di fare un'apparizione rapidissima: avrei preferito molto rimanere qui dall'inizio alla fine ma la giunta è in una seduta permanente in occasione del bilancio e questo comporterà anche il mio allontanamento prematuro da questo convegno, che ripeto, mi interessa moltissimo.

Prendo la parola in questa sede e su questo tema, con una commozione che non riesco molto a celare perché qui, e nell'ambito dell'Associazione Industriali, hanno operato sia mio padre che mio marito ma nessuno di loro è riuscito a diventare anziano.

Considero veramente una fortuna immensa poter diventare anziano. E non è solo una fortuna per chi lo è diventato, ma lo è anche per chi resta: cioè per i figli, per tutti coloro che restano, per tutti coloro che riescono a vivere vicino ad un anziano.

Mi piace persino essere un po' arrogante con la terminologia moderna e mi piace anche usare il termine "vecchio" perché vecchio è bello, perché vecchio è culturalmente importante e soprattutto perché è ricco di esperienze da regalare agli altri.

Io non credo che una società possa definirsi civile se non ha un grande rispetto degli anziani e se non riesce a trarre da loro non solo quelle che sono le esperienze concrete ma quell'humus che può permettere agli altri di crescere.

I due anelli deboli della catena della società, sono i bambini gli adolescenti da un lato e gli anziani dall'altro: nell'ambito di questo circuito ci sono una infinita serie di sfaccettature tutte dolorose e faticose da esaminare che sono l'emarginazione, l'handicap, la povertà, il carcere cioè tutte quelle realtà che in fondo l'assessorato deve prendere in considerazione.

Io credo che debba essere fatta una precisazione anche per moti-

vare quelli che sono gli interventi e l'attività che svolge e deve svolgere un'amministrazione comunale consapevole della responsabilità che ha.

Il primo anello costituito dai bambini e dagli adolescenti, è debole fisicamente e strutturalmente, ma ha una forza immensa che è la forza della speranza della proiezione nel futuro. Io non ne ho e quindi credo che dare una grande attenzione al mondo dei giovani, dei bambini degli adolescenti sia estremamente importante ma estremamente significativo è dare una grandissima attenzione al mondo dell'anziano.

Ora l'amministrazione comunale ha un suo carnet di interventi, al quale credo sarebbe davvero importante riuscire ad aggiungere qualche appuntamento, ma non un appuntamento qualsiasi, bensì qualcosa di assolutamente concreto. Perché fermarsi a quello che è stato costruito, che pure è pregevolissimo, significherebbe in qualche modo attardarsi rispetto ai tempi e rispetto alle esigenze.

Credo sia significativa questa speranza di continuare a fare qualche cosa di più anche se devo dire che gli interventi che io ho trovato sono interventi apprezzabili e notevoli. Bene la prima cosa che io ho fatto nell'arrivare in Comune è stato quello di visitare le quattro case di riposo accompagnata da una persona squisita che mi ha permesso di apprezzare il livello di funzionalità e di gradevolezza di queste case di riposo. Il termine gradevolezza si addice male al concetto di casa di riposo però io insisto nel sottolinearlo, perché gli ospiti non sono considerati come dei numeri, ma sono delle persone sulle quali ci si lavora anche con un'attività ludica di carattere anche molto personalizzata.

Forse c'è un neo da non sottacere e il Dott. Guidi ne è più consapevole di me. Coesistono nelle case di riposo anche ospiti ad alta valenza sanitaria e questo crea alcuni disagi e problemi, ma direi che la conservazione del livello del grado di vita degli ospiti è veramente apprezzabile.

C'è sul territorio un'attività sulla quale, appunto, ho sentito che ne parlerà il Dott. Guidi ed è l'assistenza domiciliare.

Per quanto mi riguarda, voglio solo dire che è mia intenzione aumentare significativamente l'incidenza del livello di assistenza domiciliare indiretta. Perché per quanto sia gradevole la vita di comunità,

per quanto sia affettuosa la presenza di tutti i volontari che operano in un modo splendido all'interno delle strutture, la nostra casa, le nostre abitudini sono ben altra cosa, sono le radici vere della nostra esistenza e in qualche modo l'inserimento in una residenza pubblica le strappa crea un distacco tra quello che era il mondo precedente e quello attuale: distacco che diventa particolarmente faticoso e pesante da accettare.

Sono convinta che la vita è cambiata notevolmente, ma è un tipo di cambiamento irreversibile, sulla quale non è più possibile e improponibile un mutamento che consegue all'inserimento della donna nel mondo del lavoro; una serie di impegni economici che si fanno via via più pressanti, non si può pensare di ritornare alla famiglia patriarcale ora che la famiglia è quasi sempre monucleare, quindi molto spesso l'anziano viene in qualche modo depositato, in qualche modo ricoverato, perché non è possibile tenerlo in casa. Ecco io sono abbastanza certa, non certissima perché mi piace lasciare il margine della probabilità, che se l'amministrazione comunale potesse intervenire in un modo deciso su determinati casi con determinate caratteristiche, che devono essere attentamente verificate, bene io credo che la famiglia tratterebbe l'anziano entro la propria casa, e questo sarebbe un risultato splendido sia per chi è giovane sia per chi può rimanere nell'ambito familiare, senza subire in qualche modo quei traumi psicologici che spesso subisce. Ora stiamo fornendo l'assistenza domiciliare, ma è poca non è significativa, non copre quelle che sono le esigenze della famiglia, quindi magari restringiamo i casi, ma laddove l'intervento viene operato questo sia un intervento deciso.

C'è un servizio di telesoccorso che l'amministrazione comunale ormai utilizza in via ordinaria. Bene voglio dire che ho un'altra idea per stare vicino al mondo dell'anziano ed è quello della teleassistenza. Non deve turbare il termine: non si ipotizzano situazioni di pericolo, di malattie, di drammi: è qualcosa di molto più significativo, direi un appuntamento telefonico bisettimanale che può diventare anche giornaliero a seconda delle necessità dell'utente, attraverso l'attivazione di una rete che, accanto ai referenti tradizionali, permetterà la presa in carico di quelle situazioni che richiedono particolare attenzione.

Mi sembra importante realizzare questa iniziativa, il progetto ha

interessato tra l'altro anche gli altri comuni della Piana e quindi stiamo lavorando anche perché non è così semplice realizzarla: credo tuttavia che si riuscirà ad attivare entro i primi mesi dell'anno.

Anche le vacanze costituiscono un impegno che l'assessorato sta realizzando. Non sono d'accordo che si possa fare a meno delle vacanze, perché togliere agli anziani questa ipotesi gioiosa di un momento di ritorno alla giovinezza è veramente crudele e non ha senso. Se queste maledettissime difficoltà di bilancio ci imporranno una riduzione nella durata vedremo di fare risparmi altrove. A questo punto io dico "non hai detto niente del volontariato". Io ho altre cose da dire su quelli che sono i progetti però mi fa piacere inserire qui il mio apprezzamento per il volontariato che l'ho sempre paragonato ad una trasfusione di sangue. La trasfusione, quando il sangue non è infetto, ma nel volontariato non se ne deve sopporre neanche l'esistenza, è vita, è una linfa continua che tiene in vita qualcuno, o lo fa vivere meglio. Allora io credo che in tutta questa forza del volontariato vi sia una funzione aggregante, una funzione di stimolo, di dono e di vitalità. Ho visto tantissime associazioni di volontariato, le associazioni di volontariato a Lucca per gli anziani sono 25/26 più alcuni operatori spontanei che svolgono questa attività a titolo individuale quindi se sbaglio come indicazione mi corregga. Li ho visti anche lavorare o meglio ho visto i risultati della loro attività all'interno soprattutto delle case di riposo.

Bene io credo che veramente non se ne possa fare a meno ma se ne debba auspicare un tipo di raccordo, di coordinamento perché tutti possano godere nella stessa misura, con la stessa entità e con le stesse peculiarità di un servizio di questo genere che è veramente di grande attualità.

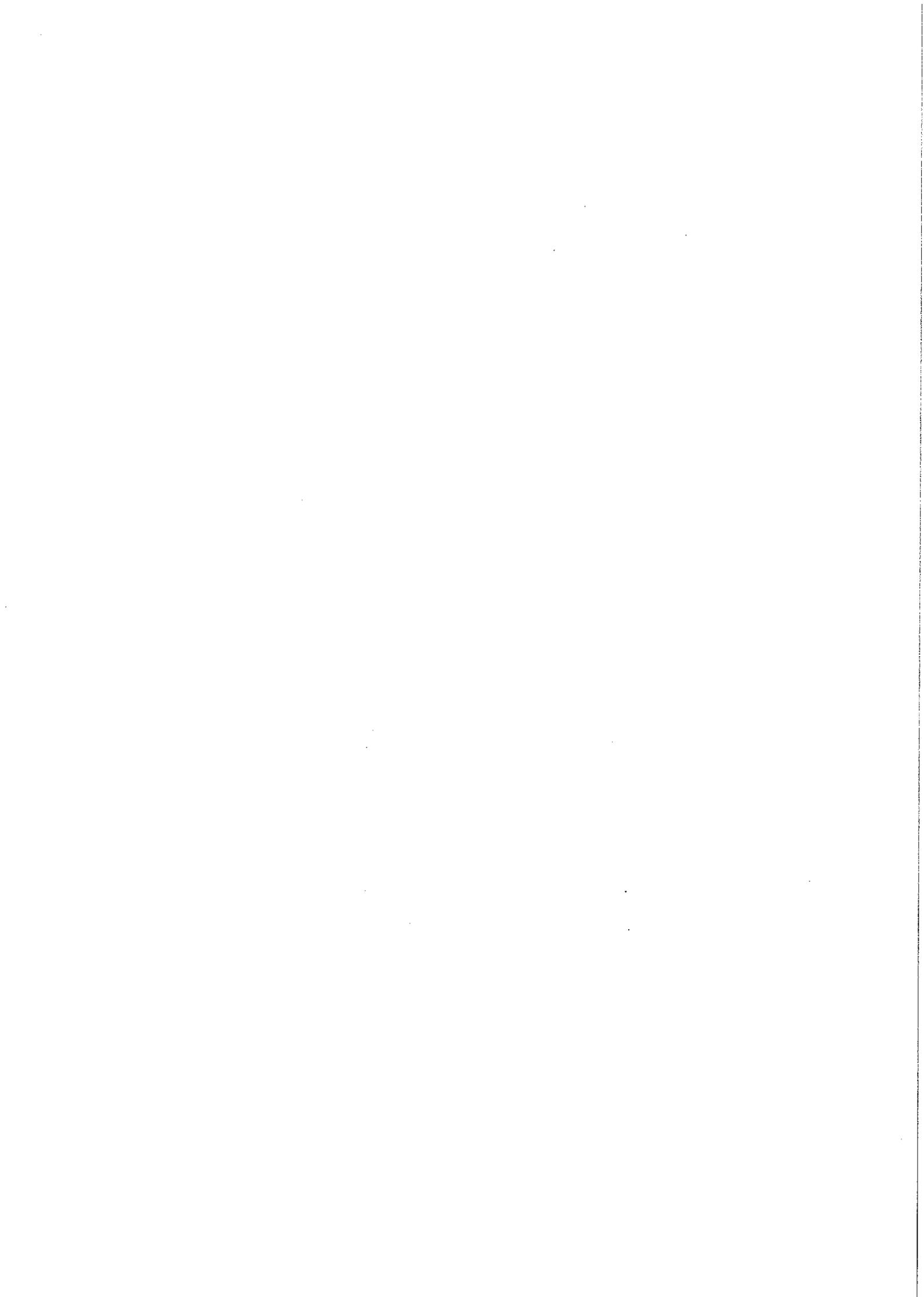
Io non ho mai fatto parte di un'associazione di volontariato, io ho sempre fatto la battitrice libera, faccio del volontariato però quando mi capita e riconosco che ora non si può più fare un'operazione di questo genere. Intanto perché è scordinata, poi perché necessariamente e fatalmente finisce per essere settoriale, perché non ha il carattere della continuità e soprattutto non ha il carattere di quella qualità che deve avere e che riesce ad avere soltanto attraverso un associazionismo vissuto in una maniera qualificata quale quello presente a Lucca. Però penso che si possa fare anche meglio perché il volontario io non credo

che debba essere soltanto visto proprio come un donatore di potenzialità, di energia, di entusiasmo, di amore ma debba anche essere visto come operatore interno di una realtà associata nella quale poi in fondo anche il fenomeno imprenditoriale deve avere la sua dimensione, la sua misura.

Infine voglio dire due cose che mi stanno particolarmente a cuore: una la realizzazione di un centro diurno per i pazienti colpiti del morbo di Alzheimer che è nei programmi dell'Assessorato di aprire e che ha una sua importanza enorme ma probabilmente da vedere anche in una prospettiva di quella che è l'attività di cui mi ha parlato il Dott. Guidi.

L'altra è la carta d'argento. Il Comune sta organizzando questo progetto e siccome, mi è venuto in mente che ci dicono sempre che siamo la terza età allora sto lavorando ad una carta che chiamerò "Lucca tre: una città aperta a tutti" ed è veramente una carta che vuole aprire al mondo degli anziani che sono in realtà poi molto più giovani di tanti altri giovani veri anagraficamente tali, a tutta una serie di attività culturali. Cioè questa carta vuole dare delle facilitazioni ma il senso che io voglio dare a questa carta non è la facilitazione economica che poi in fondo può avere un significato molto modesto, ma una facilitazione all'impulso all'attività alla partecipazione alla voglia di vivere questa città che è splendida che è una città godibilissima attraverso una specie di pass par tout per i cinema, per il teatro, per lo stadio, e ho trovato devo dire una risposta molto generosa da parte della società dei dirigenti della Lucchese, sui farmaci da banco, sui musei come ad esempio il Museo della Cattedrale.

Questo non vuole essere uno sconto ai partecipanti ma è veramente una spinta a vivere questa città a vivere insieme e a vivere anche con grande gioia. Io chiedo aiuto al volontariato. Lo chiedo perché è impensabile poter realizzare le finalità che ci si propone da soli con le nostre forze: le figure istituzionali non basterebbero assolutamente nemmeno se lavorassero 24 ore su 24. Qui ci vuole il cuore 24 ore su 24 e una disponibilità di persone, di idee sulle quali l'Assessorato non potrà far altro che inchinarsi e ringraziare. Grazie.



Gli anziani e i beni culturali

Dott.ssa Maria Teresa Filieri
Direttore dei Musei Nazionali di Lucca

Si assiste oramai da qualche tempo ad una rinnovata attenzione per i Beni Culturali che, sempre più, sono considerati ed apprezzati in tutte le loro sfaccettature. È un interesse che si va diffondendo capillarmente e coinvolge ormai non solo gli addetti ai lavori, ma fasce d'utenza assai varie e diversificate. L'aumento dei flussi turistici nelle città d'arte, la curiosità che suscitano le manifestazioni espositive che sempre più vengono proposte come appuntamenti ricorrenti, siano esse grandi e ampiamente pubblicizzate o anche piccole e destinate ad un raggio d'utenza più specifico, il considerevole aumento dei visitatori dei Musei, ma anche l'ampliarsi del dibattito sui temi e le problematiche generali della tutela, dalla conservazione e del restauro, l'apprezzamento per la storia e le tradizioni culturali locali, sono tutti segni inequivocabili di uno stesso fenomeno che ha raggiunto dimensioni veramente significative che inducono a varie considerazioni.

Uno degli aspetti più interessanti della questione, per restare al tema di questo convegno, è che proprio gli anziani appaiono tra i maggiori protagonisti di questa tendenza e possono diventarlo sempre di più. Siamo, infatti, di fronte a persone che, per la maggior parte dei casi, hanno concluso la propria attività lavorativa, ma tale condizione, invece di emarginare l'individuo, può configurarsi come reale vantaggio: il maggior tempo libero può infatti consentire di coltivare, di approfondire, di dedicarsi con più tranquillità a quegli interessi che erano stati soffocati o quanto meno tenuti in secondo piano quando un'attività lavorativa costante occupava la gran parte delle risorse di tempo a disposizione.

È del resto sotto gli occhi di tutti come larga parte del flusso turistico che investe i luoghi d'arte - Lucca stessa ne è esempio eclatante - sia composto proprio da persone che appartengono alla cosiddetta ter-

za età. È un fenomeno che si impone con particolare evidenza anche perché, contrariamente ad altre fasce d'età, per le quali è assai più frequente un tipo di movimento turistico di tipo quasi individuale, il tipo di turismo prediletto dagli anziani è quello di gruppo. Ciò è dovuto certamente al consistente aumento di club, circoli, e in genere di forme di associazionismo di tipo culturale, che indubbiamente favoriscono la socializzazione, ma anche alla maggior tranquillità che il viaggio in gruppo offre per questa fascia d'utenza, evitando i problemi organizzativi, facilitando gli spostamenti, aiutando a superare le inevitabili difficoltà connesse ai viaggi che in molti casi possono costituire una remora a muoversi.

Il rapporto tra anziani e Beni Culturali è dunque già per molti aspetti avviato, ma è un rapporto che può migliorare, che può crescere, può trasformarsi in risorsa non solo per l'interessato, che può trarne stimolo appunto a "reinventarsi" una vita diversa, ma può configurare anche come vantaggio per la società. L'invito di Maria Eletta Martini a parlare di questi problemi in occasione di questo convegno, mi ha fatto riflettere un po' più a fondo sulla questione. Mi sono innanzi tutto chiesta come si presentano i nostri Musei ai visitatori anziani che vengono a visitarli, cosa offriamo loro di specifico, ma ho dovuto con rammarico considerare che in realtà, oltre a facilitazioni, indubbiamente vantaggiose, quali l'ingresso gratuito, la nostra accoglienza non è differenziata da quella rivolta a tutti gli altri visitatori; anzi per la verità, esiste una sola fascia d'età per la quale si è studiata una specifica proposta di accoglienza e visita ed è quella degli scolari e degli studenti della scuola dell'obbligo.

È forse il caso di ricordare a questo punto che, tra gli impegni del Ministero per i Beni e le Attività Culturali (questa nuova definizione, che sostituisce la precedente nella quale le "attività" non comparivano, è decisamente sintomatica di una svolta) non c'è solo la tutela e la conservazione del patrimonio artistico, ma anche la promozione culturale, la valorizzazione di questo patrimonio e in genere l'azione educativa in questo campo. Per quest'ultimo settore la nostra Soprintendenza può vantare una lunga tradizione di attività verso la scuola, con l'intento di educare i giovani ad un corretto rapporto con il bene culturale, mentre si è dato fino a ora per molti versi per scontato che l'adulto o l'anziano

avessero oramai fatto le loro esperienze in questo ambito. Ad esempio l'accoglienza delle scuole nei nostri musei è affidata a personale specializzato, in grado di presentare nella maniera più adeguata le collezioni che in essi si trovano, mentre ciò non avviene per altre fasce di utenza. È arrivato dunque il momento di aggiustare il tiro in questa direzione e l'esperienza acquisita lavorando con la scuola può essere un utilissimo punto di partenza: infatti è emerso chiaramente che si suscita maggior interesse nei ragazzi se si riesce a tradurre ciò che si vuole loro comunicare in termini concreti, legati all'esperienza di una precisa fascia di età. Nella prospettiva dunque di allargare questo sistema di approccio al museo a tutti i visitatori, cominciare proprio dagli anziani è certo una stimolante sfida. I nostri musei offrono sotto questo profilo risorse notevoli: le collezioni che sono in essi contenute sono strettamente connesse a Lucca e al territorio circostante e dunque, come per i giovani sono di aiuto a conoscere la storia del loro territorio, così per l'anziano possono diventare stimolo a rientrare psicologicamente nella propria città, a riappropriarsene, dunque a continuare a essere un elemento vitale della società. Un esempio pratico può chiarire concretamente quello che intendo: molte delle opere d'arte che sono nei due Musei Nazionali di Lucca erano un tempo conservate in chiese oggi distrutte o modificate e destinate ad altri usi. Ora, se queste opere vengono proposte al visitatore non solo per la loro valenza artistica, ma anche come testimonianze della storia della città e dunque sono ricollegate al motivo per il quale sono state prodotte, al luogo dove in origine erano collocate, certo queste possono ingenerare una più ampia gamma di interessi, di quesiti, di curiosità che possono indurre a rivisitare alcune zone della città, ricercando testimonianze del passato. Da ciò possono nascere riflessioni di vario tipo, su come la città si è modificata, sulle nuove funzioni che alcune aree di questa hanno via via assunto. Molti anziani potranno ad esempio ricordare per esperienza diretta come alcune zone, ora degradate, avevano in passato una vivacità oggi insospettabile o come chiese ora chiuse e in disuso siano state in tempi non lontani un polo di aggregazione per la vita cittadina. Solo in apparenza queste considerazioni sono banali, in realtà possono costituire l'inizio di un processo di riscoperta, di riappropriazione della città. Ora, rivisitare, riscoprire la propria città, riappropriarsi di essa non

è solo un'attività avvincente per l'anziano, ma è azione utile e vantaggiosa per la società in senso più ampio. Infatti una città conosciuta dai cittadini in tutte le sue sfaccettature è una città che non muore, ma che acquista sempre nuova vitalità. L'insieme di queste memorie diventa un bagaglio di conoscenza che può aiutare a fare le scelte giuste per la necessaria crescita cittadina, a difendere determinati ambienti urbani. Con queste nuove consapevolezza l'anziano diventerà sempre più un membro attivo della società in cui vive, non accetterà passivamente le scelte che non condivide, ma, potendo discutere con cognizione di causa, si porrà come autorevole protagonista.

Ma si può andare ancora avanti: il rapporto nuovo e proficuo che si è così venuto a creare tra l'anziano e il museo della sua città, può essere messo a disposizione di altri visitatori, migliorando il livello di accoglienza proprio per quei gruppi di anziani che arrivano da fuori a visitarlo. Abbiamo infatti spesso molta difficoltà ad accogliere, per la cronica carenza di personale di custodia, gruppi numerosi, che sono spesso costretti ad aspettare in un'apposita sala, annoiandosi poco proficuamente, il proprio turno di visita. Poter contare sull'aiuto di qualche persona che ci aiuti ad intrattenere i visitatori durante quest'attesa, parlando con loro, illustrando che tipo di collezioni stanno per visitare o magari dando notizie sulla città, indicando dove sono dislocate le principali emergenze architettoniche o luoghi di particolare interesse, suggerendo gli itinerari più comodi per raggiungerli o comunque rispondendo alle richieste, alle curiosità che ogni turista sempre porta con sé, sarebbe certamente di grande utilità e non so proprio chi meglio di un anziano potrebbe stabilire il giusto contratto con i propri coetanei, essere in grado di venire incontro alle loro esigenze nella maniera migliore, dare i suggerimenti più adeguati. Possono sembrare questi obiettivi minimali, ma sono invece fondamentali ed indispensabili a personalizzare il rapporto di una particolare classe di visitatori con il museo e con la città.

Ma il raggio delle possibilità si può ancora ampliare. Si è accennato ai numerosi casi di edifici religiosi chiusi al culto che esistono a Lucca ed è evidente a ognuno di noi come spesso ciò segni per essi l'inizio di un inesorabile processo di degrado. Ora, se in qualche caso particolare, un gruppo di cittadini anziani "adottasse" uno di questi monu-

menti ,rivolgesse ad esso le sue cure, segnalando tempestivamente l'insorgere di segnali di peggioramento, imparasse a conoscerlo, lo tenesse aperto di tanto in tanto, magari illustrandone ad eventuali visitatori la storia, svolgerebbe indubbiamente un'azione preziosa per la collettività.

Questi sono solo alcuni degli spunti su cui si può lavorare, si possono individuare altre strategie, imboccare altre strade, è chiaro che esistono possibilità connesse a specifiche professionalità. Gli insegnanti in pensione, per esempio, sarebbero un prezioso supporto in tutta quella gamma di attività che riguarda l'inventariazione delle opere d'arte, il controllo dei dati bibliografici, il riordino dei materiali fotografici e così via. Ma è anche evidente che, per ottenere risultati apprezzabili nell'attuazione di ciascuna di queste proposte, non si può improvvisare, occorre impegnare risorse, impostare un programma organico, da portare avanti con decisione e con le necessarie forme di collaborazione. Non posso quindi che concludere augurandomi che, proprio da questo convegno, nascano stimoli a procedere in questa direzione e che le varie forze attive in questo campo ci aiutino ad imboccare una nuova strada che porterebbe sicuramente a risultati il cui impatto sociale potrebbe avere felicissimi sviluppi.

L'assistenza domiciliare e il telesoccorso

Dott. Corrado Guidi
Presidente Ass. Don Franco Baroni

Ringrazio il Rotary e il Prof. Cavallacci che mi hanno dato la possibilità di parlare. Io sono in una doppia veste, come diceva l'On. Martini, di una persona che si è impegnata nel volontariato con il volontariato nell'assistenza e nell'aiuto domiciliare prima del malato oncologico e attualmente allargando l'impegno anche al malato geriatrico ed affrontando il problema dell'Alzheimer. L'anno scorso l'associazione di volontariato, Don Baroni ha organizzato un convegno nazionale qui a Lucca con il titolo "A casa è meglio" con sottotitolo "Cure domiciliari in oncologia e geriatria, con il Prof. Bavazzano che ci ha aiutato moltissimo a realizzare la parte geriatrica. La domanda che ci poniamo tutte le volte è: a casa è meglio, ma per chi? Per chi è a casa, per chi ha famiglia, per chi ha risorse economiche oppure per tutti. Purtroppo questa è un'incognita; non si può dire sempre che con l'assistenza domiciliare risolviamo tutto, spesso non c'è la possibilità di farlo.

La salute per gli anziani è una cosa diversa da quella del giovane e dell'adulto; per l'anziano significa mantenere uno stato di benessere complessivo nel proprio ambito socio-familiare, di conseguenza l'assistenza domiciliare deve aiutarlo a conservare un buon livello di salute psico fisica e una sufficiente autonomia nell'ambito della propria abitazione nel contesto sociale in cui ha scelto di vivere.

Assistenza domiciliare a chi? Ai pazienti non auto sufficienti, a quelli parzialmente auto sufficienti, quelli a rischio della perdita della propria auto sufficienza che desiderano ancora continuare a vivere nella propria casa.

Ma chi sono questi anziani a rischio della perdita della propria auto sufficienza? Nell'ambito della società di geriatria sono sempre stati classificati quelli con età avanzata, solitudine, deficit motorio o

psichico, povertà, bassa posizione sociale, recente dimissione dall'ospedale, recente vedovanza.

Noi dobbiamo accertare i bisogni, vedere i bisogni che essi hanno, problemi di autonomia, i problemi riguardanti la propria salute, i problemi affettivi di socializzazione, il bisogno di sentirsi ancora utile.

Cosa fare a domicilio tanta è la richiesta con finalità sanitarie: possiamo fare cure mediche, assistenze infermieristiche, trattamenti riabilitativi, consulenze specialistiche. Le domande con finalità socio assistenziali sono: interventi di aiuto domestico, lavaggio biancheria, preparazione pasti, acquisti, pulizia ambientale, igiene della persona, risanamento dell'abitazione, adattamento del domicilio ecc. Tante di queste cose sono poi anche medicina preventiva: è importante che un lavandino non goccioli in terra perché vuol dire evitare una caduta dell'anziano, che una finestra non sia rotta perché vuol dire evitare una frescata all'anziano. E' anche medicina con una finalità di una migliore qualità di vita con una sufficiente socializzazione.

Pensiamo poi anche ai sussidi economici: tante volte non si possono fare le cose se non ci sono dei sostegni economici adeguati, poi le vacanze, il tempo libero, la partecipazione ai centri sociali e diurni, l'università della terza età e tanto altro.

È fondamentale creare una organizzazione che integri i vari aiuti socio assistenziali e sanitari per soddisfare i problemi degli anziani a domicilio, che accerti i bisogni e organizzi gli interventi degli operatori, ma soprattutto bisogna evitare la tendenza a radicalizzare i bisogni passivi di natura sanitaria assistenziale, perché l'anziano tutto risolverebbe in termini di pillole. Invece bisogna essere capaci di dire di no a queste pillole e di affrontare veramente alla radici il problema: ecco il ruolo importante che deve avere il volontariato. È in questo campo che esso può avere una importanza fondamentale: prendere soprattutto in considerazione i bisogni attivi, cioè quelli riguardanti la partecipazione, la socializzazione, la solidarietà con gli altri, l'attività motoria ecc.

E' stato inserito il tema della tele assistenza nel mio carnet. Sia chiaro che l'anziano sta a casa se si sente sicuro; ha bisogno di sicurezza, ha bisogno di punti di riferimento e, se è solo, un punto di riferimento può essere il rapporto anche a distanza con qualcuno. Sappiamo che la telemedicina sta facendo dei passi notevoli; ad esempio ho

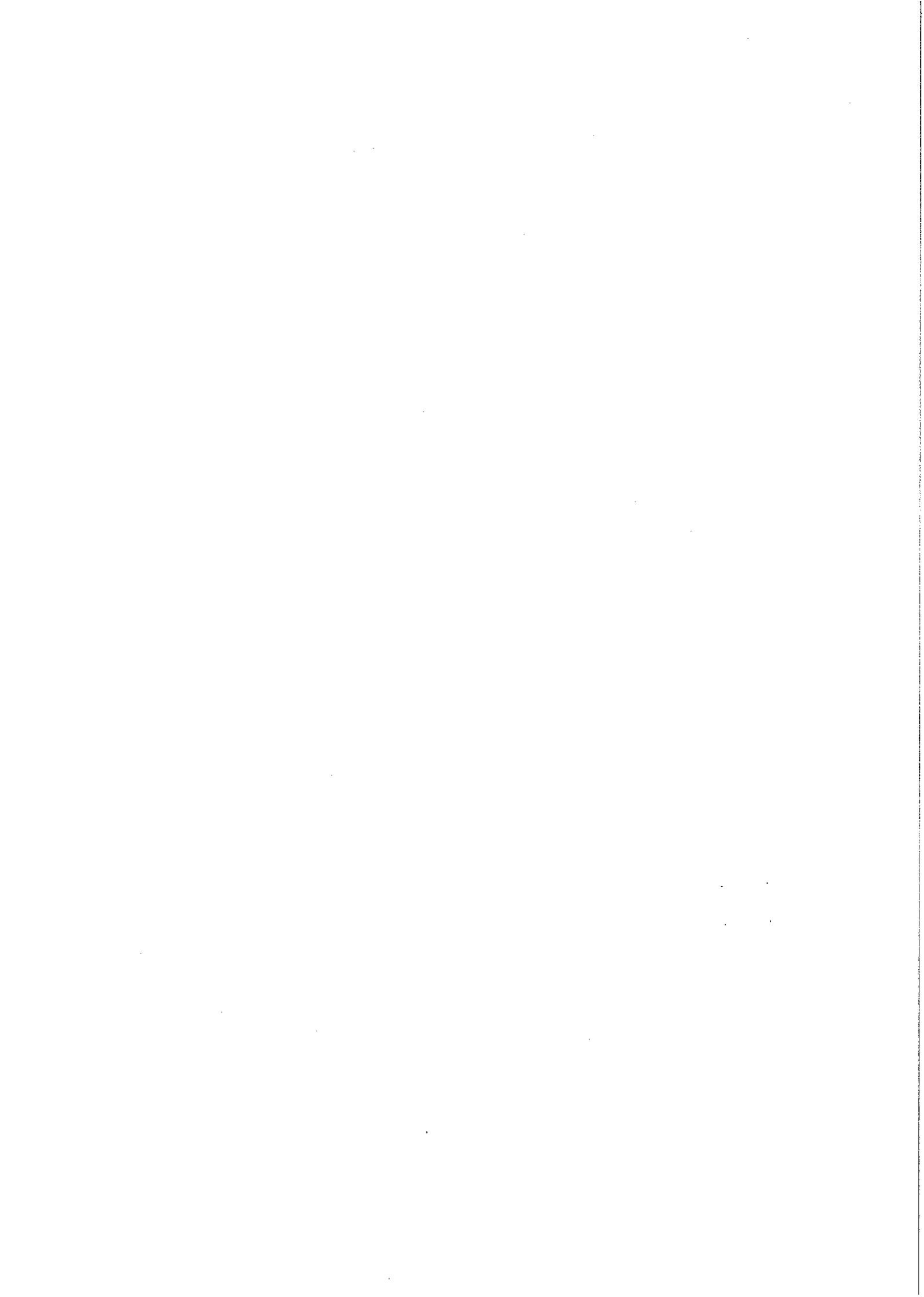
in ambulatorio un apparecchio semplice con cui faccio l'elettrocardiogramma e in 5 minuti mi arriva via fax, il referto firmato da un cardiologo che mi attesta le condizioni; a quel punto posso decidere se andare avanti con nuovi accertamenti oppure tranquillizzare il paziente dicendo che non è niente. E tutto questo dall'ambulatorio di medicina generale.

Oggi giorno con la telemedicina si può fare tanto a casa del paziente collegato con centri organizzati. Ci sono zone, soprattutto nel nord, dove queste tecnologie sono molto avanzate, mentre in altri si cominciano a muovere i primi passi ma importanti perché creano la sicurezza e la tranquillità nell'anziano.

Il telesoccorso può trovare benissimo un rapporto con il volontariato soprattutto con le unità di intervento e con le unità di misericordie e pubbliche assistenze. Invece i gruppi di volontariato possono giocare un maggior ruolo nella teleassistenza e nei servizi sociali.

La telemedicina per l'anziano consente più facile accesso ai servizi e maggiore funzionalità degli stessi, migliore capacità di risposta alle diverse esigenze, superamento delle barriere e utilizzo di mezzi sofisticati, diminuisce il rischio di ospedalizzazione e di istituzionalizzazione, è utile anche per il medico di famiglia con minori spese per tutta la società.

Un cenno all'Associazione Don Franco Baroni; abbiamo assistito in un anno e mezzo, malati oncologici terminali e abbiamo superato i 110 casi. A questo punto ci siamo lanciati anche in campo geriatrico e abbiamo voluto cominciare con la demenza di Alzheimer. Per questo abbiamo chiesto aiuto al Prof. Bavazzano, che è uno dei maggiori esperti e uno dei pochi che in Italia sia riuscito a realizzare davvero tante cose nel campo. Noi vogliamo impegnarci in questa difficile malattia che richiede minore intervento sanitario, rispetto a quello oncologico, ma più un intervento di tipo socio familiare e socio assistenziale. Per far questo però la gente va preparata: non si può pensare di andare ad assistere con il solo cuore, ma ci vuole una preparazione completa per cui ora daremo un inizio, a brevissimo termine, a corsi che speriamo trovino poi lo sbocco in un'assistenza sul territorio.



Conclusione dei lavori

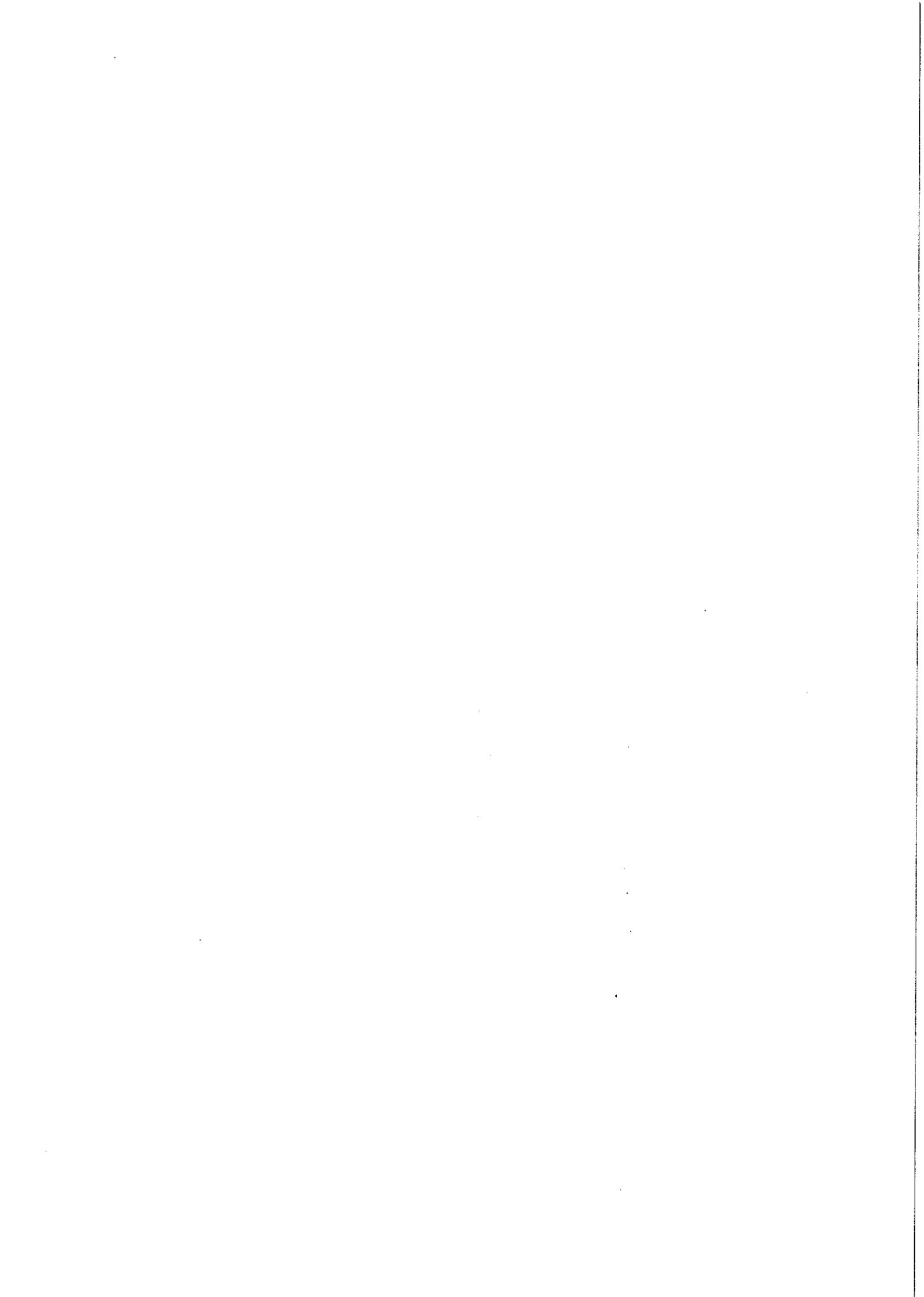
Dott.ssa Maria Eletta Martini

Anzitutto comunico un saluto che è un augurio che ci è pervenuto dall'avvocato Raffello Torricelli di Firenze, che è il Presidente del Comitato di gestione dei fondi a favore del volontariato in Toscana, il quale esprime apprezzamento per questa iniziativa.

Credo che sia una opinione condivisa che questa è stata una bella mattinata; ora, come sempre succede si riducono un po' le presenze, ma sono state messe in comune idee interessanti. Come annunciava il Prof. Cavallacci si provvederà certamente alla pubblicazione degli atti, anche perché poi ogni associazione potrà continuare a dibattere il tema nelle proprie sedi.

Nella cartella che è sta distribuita c'è l'elenco di tutte le associazioni che si occupano di volontariato e anziani; se voi lo riterrete, anche con la delegazione del Centro di servizio si potrebbero riunire per mettere i temi che interessano di più. Niente vieterebbe che si aggiungessero iniziative delle associazioni. Ho visto recentemente alla Misericordia di Lido di Camaiore, un bel centro diurno per persone anziane già della zona convenzionato con il Comune di Camaiore.

Voglio ringraziare tutti i presenti, e dire che, come Centro Nazionale per il Volontariato, siamo stati gratificati dalla richiesta di collaborazione che il Rotary ci ha fatto; naturalmente siamo a disposizione per tutti quelli che vogliono collaborare mettendo insieme le nostre competenze, le nostre conoscenze e anche nostri "esperti". Naturalmente grazie mille a tutti i relatori, e a voi tutti che avete partecipato.



Lined writing area with 20 horizontal lines.

