



FONDAZIONE I STUD

# **Un percorso di anima e di cura per una verde vecchiaia**

## **Gruppo 4**

---

Programma “Scenziati in Azienda” - XI Edizione  
Stresa, 27 settembre 2010 – 12 luglio 2011

## **I° Project Work**

---

A cura di: Ascardi Chiara, Danese Viviana, D'Oronzio Antonella, Giordano Adele, Mascolo Lucrezia

## INDICE

<b>ABSTRACT</b>	<b>pag. 3</b>
<b>1. INVECCHIAMENTO: DALLA SCIENZA ALLA SOCIETA'</b>	<b>pag. 6</b>
<b>1.1. Anziano come risorsa</b>	<b>pag. 12</b>
1.1.1. <i>Attività svolte dagli anziani</i>	<b>pag. 19</b>
1.1.2. <i>Attività svolte per gli anziani</i>	<b>pag. 24</b>
<b>2. LA VECCHIAIA NELLA STORIA E NELLA SOCIETA' MODERNA</b>	<b>pag. 29</b>
<b>3. INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE: UN QUADRO NAZIONALE ED INTERNAZIONALE</b>	<b>pag. 34</b>
<b>4. ANZIANI E CAREGIVER</b>	<b>pag. 47</b>
4.1. <b>Impatto delle malattie invalidanti, quali Alzheimer, sui Caregiver</b>	<b>pag. 49</b>
4.2. <b>Centro Maderna: progetto Ring</b>	<b>pag. 54</b>
<b>5. LA SOSTENIBILITA' ECONOMICA, SOCIO-SANITARIA E DEMOGRAFICA DELL'INVECCHIAMENTO</b>	<b>pag. 58</b>
5.1. <b>Qualche dato...</b>	<b>pag. 59</b>
5.2. <b>Invecchiamento e attività lavorativa</b>	<b>pag. 65</b>
5.3. <b>Sostenibilità della spesa per la protezione sociale e la Questione delle diseguaglianze sociali</b>	<b>pag. 70</b>
5.4. <b>Invecchiamento della popolazione e sistema pensionistico</b>	<b>pag. 72</b>
5.5. <b>Redditi e consumi della terza età</b>	<b>pag. 73</b>
5.6. <b>Costi e malattia di Alzheimer</b>	<b>pag. 74</b>
<b>6. CARA VECCHIA ITALIA</b>	<b>pag. 79</b>
6.1. <b>Interventi regionali economici, socio-sanitari per l'anziano</b>	<b>pag. 80</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>pag. 86</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>pag. 88</b>

## ABSTRACT

Invecchiare è un privilegio e una meta della società. E' anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo. Appare impossibile stabilire una norma standard per definire l'età anziana, poiché il concetto stesso di vecchiaia assume di volta in volta connotazioni diverse secondo differenti criteri: cronologici, medici, psicologici, soggettivi, culturali e sociali. Ancora oggi gli anziani vengono osservati e giudicati come se fossero una categoria particolare, "diversa" da un concetto ideale di "normalità" orientata ad evidenziare l'aggravio, soprattutto economico, sia a livello della società in generale, con un aumento della spesa sociale (case di riposo, più assistenza sociale, più pensioni), sia a livello delle singole famiglie (impegno personale, spese per badanti, spese per medicine non a carico del SSN).

Sebbene dal punto di vista sociale ancora molto deve essere fatto per riconoscere valore alle persone anziane, resta estremamente importante, per invecchiare bene, che gli uomini e le donne mantengano un'iniziativa individuale positiva e propositiva sulla scia dell'*active ageing*. Questo comprende la capacità dell'anziano di mantenersi fisicamente attivo, prolungando la propria presenza tra le forze lavoro, mantenendo un ruolo partecipativo anche a livello sociale e culturale e partecipando a varie attività come il volontariato e l'associazionismo. E' scientificamente provato che chi ha una personalità allegra e affabile, che conduce una vita sociale attiva, con incontri, riunioni e passatempi, ha un più basso livello di stress e una probabilità di sviluppare una forma di demenza del 50% inferiore rispetto ai loro coetanei più burberi, irascibili e solitari. Ma non tutti gli anziani, purtroppo, possono svolgere una vita attiva a causa di malattie spesso invalidanti.

Una delle patologie la cui incidenza aumenta con l'aumentare della vita media è il morbo di Alzheimer: una malattia neurodegenerativa per la quale non esiste ancora una cura. Proprio a causa della sua progressività, questa malattia dà, nel corso degli anni, difficoltà sempre maggiori nel vivere quotidiano fino alla totale dipendenza. L'assistenza è quasi sempre domiciliare e il peso ricade tutto sulle spalle dei *caregiver*, spesso i familiari, che non sanno affrontare e gestire questa delicata situazione.

Tutto questo comporta dei costi a livello di spesa sanitaria e socio-assistenziale. E' stato stimato infatti che l'invecchiamento demografico dovrebbe comportare un incremento della spesa pubblica nella maggior parte dei Paesi europei entro il 2050, benché essi possiedono diverse politiche economiche.

Analizzando diverse regioni, quali la Sicilia, il Piemonte, la Lombardia, la Puglia e l'Abruzzo, abbiamo riscontrato che a livello locale esistono progetti rivolti alla terza età e ai familiari per aiutare l'anziano e chi se ne prende cura a superare quelle che possono essere le difficoltà del vivere quotidiano.

In conclusione è possibile evidenziare come attraverso una corretta educazione preventiva, sia a livello sociale che individuale, sia possibile eliminare almeno una buona parte di quell'alone di mistero che aleggia intorno alla vecchiaia e che incute un forte timore e considerare la vecchiaia non come una malattia ma come una stagione della vita piena di risorse da scoprire.

Thomas Cole “Old Age”, 'The Voyage of Life', National Gallery di New York



“La vecchiaia è come un aereo che punta in una tempesta. Una volta che sei a bordo non puoi più fare niente”

Golda Meir

## CAPITOLO 1 INVECCHIAMENTO: DALLA SCIENZA ALLA SOCIETA'

*Sei vecchio, non quando hai una certa età, ma quando hai certi pensieri.*

*Sei vecchio quando ricordi le disgrazie e i torti subiti, dimenticando le gioie che hai gustato e i doni che la vita ti ha dato.*

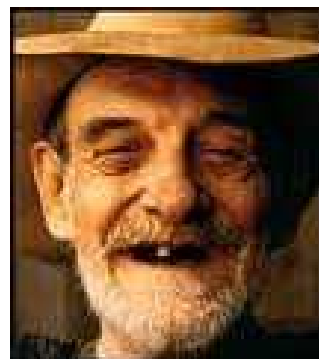
*Sei vecchio quando ti danno fastidio i bambini che giocano e corrono, le ragazzine che cinguettano, i giovani che si baciano. Sei vecchio quando continui a dire che "bisogna tenere i piedi per terra", e hai cancellato dalla tua vita la fantasia, il rischio, la poesia, la musica.*

*Sei vecchio quando non gusti più i canti degli uccelli, l'azzurro del cielo, il sapore del pane, la freschezza dell'acqua, la bellezza dei fiori.*

*Sei vecchio quando pensi che sia finita per te la stagione della speranza e dell'amore.*

*Sei vecchio quando pensi alla morte come al calar nella tomba, invece che come al salire verso il cielo.*

*Se invece ami, spera, ridi, allora "Dio" allietta la tua giovinezza anche se hai novant'anni.*



(Anonimo)

Invecchiare è inevitabile, è un momento al quale non possiamo sottrarci. L'invecchiamento porta ad un deperimento nella salute generale fino alla morte. E' un processo che interessa tutti gli organismi viventi e che comporta modificazioni biologiche graduali e progressive, già a partire dai 30 anni, con ripercussioni sul fisico e sulla sfera psicologica.

L'invecchiamento della popolazione è il risultato di una più avanzata politica sanitaria e del progresso della scienza, ma nello stesso tempo pone un serio problema per il costo dell'assistenza per una popolazione che invecchia, non sempre autosufficiente.

Appare impossibile stabilire una norma standard per definire l'età anziana, poiché il concetto stesso di vecchiaia assume di volta in volta connotazioni diverse secondo differenti criteri: cronologici, medici, psicologici, soggettivi, culturali e sociali; il termine anzianità assume un significato profondamente diverso secondo il vertice d'osservazione.

In ambito medico-geriatrico, si parla di senescenza come l'ultima fase «del processo biologico d'invecchiamento» e coincide con fragilità e decadimento fisico e psichico (Cristini, Cesa- Bianchi, 2003).

In ambito sociologico, l'anzianità inizia con la fine della vita produttiva e l'uscita dal mondo del lavoro ossia, il pensionamento (Scortegagna, 2005).

In senso generale potremmo, tuttavia, riferirci alla vecchiaia come ultimo periodo dell'esistenza che, come qualsiasi altra transizione nel corso della vita va analizzata nella sua globalità e complessità.

Generalmente, si inizia a parlare di età anziana intorno al sessantacinquesimo anno d'età. La letteratura anglosassone distingue gli anziani in: giovani anziani (dai 65 ai 74 anni), anziani (dai 75 a 84 anni) e grandi vecchi (oltre gli 85 anni).

Come ha sostenuto Tamanza (2001), questa classificazione si basa esclusivamente su fattori quantitativi senza tener conto minimamente di quelli qualitativi che possono influire sulla qualità di vita dell'anziano. In tal senso, è opportuno sottolineare come l'anzianità vada analizzata non soltanto riferendosi a fattori puramente oggettivi ma anche a fattori soggettivi ossia, come e quando una persona inizia a percepirsi anziana.

L'invicchiamento come *maturazione o accrescimento o invicchiamento primario*, che viene visto come l'insieme delle modificazioni intrinseche nel processo di invecchiamento; sono cambiamenti legati all'età inevitabili e generalmente irreversibili che comportano ad esempio il rallentamento motorio, diminuzione della vista, minore resistenza agli agenti infettivi, comparsa di rughe e capelli bianchi, ma che garantiscono comunque una sostanziale stabilità del quadro di personalità.

L'invicchiamento come *senescenza o invicchiamento secondario* è il processo attraverso cui l'individuo diminuisce quantitativamente le proprie strutture e perde progressivamente le proprie funzioni. È relativo alla combinazione di età più patologie intercorrenti che possono, diversamente dall'invicchiamento primario, essere curate con successo o almeno rallentate nei loro effetti negativi.

Se è vero che le condizioni fisiche determinate dall'invicchiamento sono difficilmente controllabili, anche perchè influenzate da fattori genetici e dallo stile di vita, il controllo e l'attenzione alla sfera psicologica può essere un'ottima arma per ringiovanire mentalmente. La vecchiaia può assumere, infatti, un significato positivo e può essere vissuta nel modo giusto, non è soltanto il momento della saggezza, ma può essere anche quello della creatività.

L'invicchiamento, dunque, può avere due aspetti:

- **Invicchiamento fisico:** biologicamente si assiste ad una generale riduzione del numero delle cellule (atrofia) ed una diminuzione dell'efficienza funzionale, accompagnata da modificazioni organiche e predisposizione ad una serie di disturbi.
- **Invicchiamento psichico:** la modalità di invecchiamento non può prescindere dalla personalità e dalle esperienze, la vecchiaia rappresenta la sintesi del significato dell'esistenza: è nella vecchiaia che si può raggiungere la saggezza. Al fine di prevenire l'invicchiamento psichico assumono una grande importanza i fattori sociali: motivazione, affetti, comunicazione, la percezione intesa come raccolta di informazione attraverso i canali sensoriali, la volontà di vivere, la creatività e l'esercizio sessuale (*Invecchiare bene, anzi molto bene: [www.benessere.com/psicologia](http://www.benessere.com/psicologia)*).

- Il concetto di **cambiamento** indica sia il declino sia lo sviluppo: l'individuo può via via diventare biologicamente vulnerabile fino a morire, ma contemporaneamente, quasi con la stessa progressione può maturare in sapienza e in esperienza.

“La vecchiaia può costituire un rimedio alla creatività dimenticata o sopita e apportare energie, esperienze, ispirazioni e forza ai processi della fantasia e dell'espressione creativa.” (Marcello Cesa- Bianchi, Napoli, 13/11/2002)

La velocità del progresso dell'invecchiamento si può affermare che sia legata a tre fattori: fattore genetico (ovvero la "programmazione" insita nelle nostre cellule), fattori esterni (lavoro fisico, alimentazione, clima, esposizione ad ambiente tossico, stress, etc.) e fattori psicologici.

La velocità dell'invecchiamento è quindi variabile da soggetto a soggetto e in ognuno di noi è possibile, dunque, individuare tre tipi di età: l'**età cronologica**, ovvero l'età anagrafica; l'**età biologica**, ovvero l'età del corpo e l'**età psicologica**, ovvero l'età che si sente di avere.

La prima età è quella certa ma l'età biologica è quella che è più **degn**a di fede delle tre. L'età psicologica può, però, influenzare di molto l'età biologica, vediamo alcuni fattori che determinerebbero la percezione dell'età che si sente sulle spalle( [www.anagen.net](http://www.anagen.net) “l'invecchiamento, estensione e miglioramento della vita”).

<b>Fattori che rallentano l'invecchiamento</b>	<b>Fattori che accelerano l'invecchiamento</b>
-Soddisfazione del proprio lavoro	-Solitudine
-Soddisfacente vita sessuale	-Depressione
-Relazione stabile, matrimonio felice	-Preoccupazioni costanti ed eccessive
-Senso di felicità personale	-Insoddisfazione del proprio lavoro
-Capacità di avere e mantenere amicizie intime	-Disperazione, rimpianti, ipercriticismo, irritabilità
-Senso dell'umorismo	-Eccesso di lavoro
-Piacere nel trascorrere il tempo libero	-Problemi finanziari
-Ottimismo	-Incapacità di esprimere le proprie emozioni
-Capacità di esprimere le emozioni	
-Sensazione di non mancare di mezzi finanziari	
-Capacità di reagire creativamente ai cambiamenti	

Diversi studi hanno mostrato che l'influenza genetica è la maggior causa responsabile delle differenze nell'invecchiamento e nelle caratteristiche psicologiche. I cambiamenti cognitivi osservati nell'anziano, sono accompagnati da cambiamenti **strutturali** e **funzionali** nel cervello:

- Riduzione volumetrica e di peso (circa 15%) del cervello.
- Approfondimento dei solchi cerebrali, aumento del liquido cefalorachidiano e dilatazione dei ventricoli laterali e del terzo ventricolo.
- Perdita di neuroni in vari strati della corteccia, diminuzione delle arborizzazioni dendritiche e sostanza bianca.
- Riduzione dei neurotrasmettitori (dopamina e acetilcolina).
- Riduzione nell'apprendere informazioni nuove, ma buona capacità di memoria remota.
- Riduzione nel ricordare il contesto degli eventi accaduti; *ovvero gli anziani ricordano i fatti avvenuti ma non quando sono avvenuti.*
- Riduzione dei processi attentivi con l'età nei compiti di memoria a breve tempo.

Ogni uomo ha un suo vissuto, una sua storia, che determina necessariamente il suo peculiare modo di vivere la terza età.

Un passaggio fondamentale come il pensionamento ad esempio se visto come isolamento si trasforma in delusione (Solitudine e Depressione), se visto come libertà porta ad impegnarsi nell'ambiente familiare e nel sociale (Attività e Soddisfazione e Realizzazione di sé).

Ciò significa che si può trovare un modo per affrontare questa fase evolutiva mantenendo una **positiva percezione di sé**, questo è possibile dedicando cura e attenzione a tre aspetti che sono particolarmente importanti per vivere con soddisfazione e benessere la propria età: l'alimentazione, l'attività fisica e la salute mentale.

La vecchiaia è una fase di sviluppo dell'uomo e, come tale, deve essere vista senza eccessiva preoccupazione, anche in presenza di eventi sociali e personali che impongano mutamenti di abitudini. Fondamentale in questo è la ricerca costante di un equilibrio, interno ed esterno al sé, come tutti noi facciamo in qualsiasi età della nostra vita, che consiste essenzialmente nel valutare e decidere di fare o non fare le cose in base al nostro buon senso, nella maniera e nella misura giusta.

Quando la vita media era di 44 anni si era vecchi molto prima di adesso. Tuttavia non sempre la vecchiaia nella storia è stata vista come una cosa negativa; se per Aristotele o Freud la vecchiaia era sinonimo di decadenza fisica, impotenza, sterilità, decadenza mentale, stanchezza e rassegnazione, per altri grandi pensatori della filosofia, della letteratura e della psicoanalisi la vecchiaia possiede in sé anche numerosi pregi e risorse: da Platone, a Jung, a Herman Hesse fino a Norberto Bobbio la terza età è anche caratterizzata da soddisfazione, serenità, umorismo, saggezza, maturità e maggiore esperienza.

Nella nostra società attualmente, nonostante gli anziani arrivino a vivere la loro fase evolutiva in condizioni psicologiche, fisiche ed economiche molto migliori dei loro coetanei delle passate generazioni (più salute, livello culturale maggiore, maggiore disponibilità economica) la tendenza culturale è ancora restia a riconoscere le risorse che il loro ruolo sociale può rappresentare.

La società italiana, ma non solo, è maggiormente orientata ad evidenziare l'aggravio, soprattutto economico, che un crescente numero di anziani rappresenta per la società; sia a livello della società in generale con un aumento della spesa sociale (case di riposo, più assistenza sociale, più pensioni), sia a livello delle singole famiglie (impegno personale, spese per badanti, spese per medicine spesso non a carico del SSN).

L'alimentazione, insieme ad un moderato esercizio fisico e all'utilizzo delle proprie capacità intellettive, contribuisce ad una vita più lunga e ad un maggiore benessere. Le regole per l'attività fisica nella terza età non variano molto rispetto a quelle degli altri periodi evolutivi. Come per i giovani, il sesso fa bene anche in età avanzata. Pensare alla sessualità come una peculiarità esclusiva della giovinezza è uno stereotipo sociale perpetrato e alimentato dai fenomeni culturali e pubblicitari, ma non corrisponde minimamente ai desideri ed alle possibilità psicologiche, fisiche e affettive delle persone in terza età. In ultimo, ma non di minore importanza, la persona anziana dovrebbe sempre tenere allenata la mente, perché anche per lei, come per il resto del nostro corpo, vige la regola che la "funzione sviluppa l'organo". Per preservare la mente da patologie psicologiche e psichiatriche è importante mantenere una motivazione sempre viva alle cose, essere curiosi verso il mondo che ci circonda ma anche verso ciò che ci succede dentro.

Sebbene dal punto di vista sociale ancora molto debba essere fatto per riconoscere valore alle persone anziane, resta estremamente importante, per invecchiare bene, che gli uomini e le donne mantengano una iniziativa individuale positiva e propositiva.

Essere sempre soggetti attivi, cercare soluzioni adeguate ai propri problemi e non accontentarsi mai delle risposte già pronte, pensarsi al futuro senza smettere mai di progettarlo, sono alcune regole fondamentali per vivere la propria età mantenendo un buon livello di autostima e di autoefficacia personale (*www.prosalute.it "Psicologia e invecchiamento"*)

Nella società attuale, molti atteggiamenti personali ed anche molte politiche sociali tendono ad esaltare il culto della giovinezza, della bellezza, della efficienza e della produttività, facendo sentire inutili le persone che si ritirano dal lavoro e dalla vita attiva. Il senso di sconforto che circonda l'argomento, ma anche la sola parola invecchiamento fa sì che sempre più spesso si faccia ricorso a circonlocuzioni, perifrasi, eufemismi, termini artificiali che servono di fatto a mascherare la realtà ed a coprire i propri pregiudizi. È il caso di alcune espressioni derivate per analogia dalle caratteristiche del mondo naturale, come il confronto fra le ore del giorno e della notte e le stagioni dell'anno: la vecchiaia sarebbe simile alla sera e all'inverno.

Nell'avversione verso gli anziani è facile individuare soprattutto un rifiuto non tanto dell'anziano, ma del proprio divenire. Per questo motivo capita che gli anziani vengano osservati e giudicati come se fossero una categoria particolare, 'diversa' da un concetto ideale di "normalità":

a tutto ciò porrà inevitabile rimedio il fatto che gli anziani saranno a breve, come dicono le proiezioni demografiche, il numero più vasto fra le varie fasce della popolazione e, data la situazione, in futuro non si potrà che accettarli con una considerazione maggiore di quanto è avvenuto nel passato.

Negli ultimi cento anni sono stati compiuti degli innegabili progressi per superare alcuni tradizionali pregiudizi e per tutelare socialmente alcune classi, considerate più deboli, come le donne, i giovani, gli handicappati, gli anziani. Nei confronti di questi ultimi tuttavia sembrano ancora abbastanza consistenti quei tabù sociali e culturali che li vogliono passivi, solitari, privi di interessi per i piaceri della vita e con aspirazioni limitate.

Da alcune interviste si ricava che molte persone ritengono ancora “naturale” che le persone di età matura desiderino distaccarsi dalla vita attiva: questa convinzione deriva forse dalla comune osservazione che in genere le persone anziane hanno poche relazioni sociali extrafamiliari e la maggior parte dei loro rapporti interpersonali siano interni all'ambiente familiare in cui vivono. Del resto c'è anche da dire che quando gli anziani mostrano aspirazioni simili a quelli delle fasce di età più giovani, come ad esempio il desiderio di competere, di accedere a tutta una serie di attività, specialmente quelle che rappresentano una fonte di guadagno (e che la quasi totalità di loro sarebbe perfettamente in grado di svolgere) vengono scoraggiati ed in alcuni casi derisi per il loro mostrarsi 'arzilli' o ridicoli.

L'emarginazione degli anziani non avviene solo con il disinteresse sociale o l'esclusione dalla vita attiva: anche l'attenzione eccessiva prestata per “difendere” persone perfettamente autosufficienti da inesistenti o esagerati pericoli naturali e sociali può rispecchiare una grave forma di pregiudizio.

La persona matura deve dunque, nei limiti del possibile, pretendere di essere trattato con il dovuto rispetto che la società deve a tutti i suoi membri, senza distinzione di età, senza particolari privilegi, che nella maggior parte dei casi nascondono trappole e pregiudizi. L'eccessiva protezione e l'assistenza, ove siano inutili, devono essere rifiutate, in modo da favorire la nascita di una nuova cultura, tesa a correggere questi atteggiamenti stereotipati così come i pregiudizi che vedono nell'anziano un portatore di elementi peggiorativi (*“Come invecchiare bene e più tardi possibile”*, Ed.NEB Padova 1998)

**La propria età matura deve essere un esempio di realizzazione personale e non di declino.**

## 1.1 Anziano come risorsa

Il problema principale relativo agli anziani della società in cui viviamo è quello di considerare l'anziano come un peso e non come patrimonio che la società, anziché mettere da parte, nascondendolo sotto il classico mattone, potrebbe far fruttare al meglio: uno dei talenti dei quali dovremo rendere conto.

Ma come fa un anziano a essere protagonista di una longevità attiva? Innanzitutto, deve esserci una **soddisfazione vitale** (in relazione con la salute mentale): questo sentimento si può riferire come “adattamento all'ultima tappa della vita” e comprende: la gratificazione che l'individuo riceve dalle sue esperienze fisiche e sociali vissute nella vecchiaia; le difese verso le pressioni dell'esterno (mancata attenzione, dimenticanza, negazione, svalutazione, pauperizzazione); la soddisfazione nel compiere le normali attività richieste dalla famiglia e dalla microsocietà che lo circonda; l'ottimismo e il buon umore anche di fronte alle preoccupazioni quotidiane; lo spirito critico verso il proprio passato, con accettazione di una responsabilità individuale; la coscienza di aver raggiunto delle mete, prefissate o no, e, soprattutto, un'età avanzata; l'auto-immagine positiva (relativa al sé o alla società di appartenenza) riferita ai vissuti passati, senza tenere troppo conto delle debolezze attuali. Dunque, tutto dipende dallo **stato d'animo** che conduce all'atteggiamento assunto dal soggetto di fronte alle difficoltà, alle perdite e, comunque, alle problematiche quotidiane; si potrebbe indicare anche come “forzezza di spirito” e “resistenza psicosociale”. Generalmente questo sentimento tende a ridursi con l'età, proprio perché il declinare psicofisico fa diminuire il “senso di potere”. Lo stato d'animo valuta anche lo “spirito di appartenenza” o “spirito di corpo”(espressione militaresca) che funge da importante supporto al senso di sé ed all'auto-valorizzazione. L'ulteriore sentimento guida di questa nuova tappa è la **felicità**: esprime i sentimenti gratificanti legati alle esperienze positive che si vivono nella relazione, soprattutto, in quella intra-familiare e all'interno del gruppo sociale di appartenenza. Il senso di gratificazione verso la vita e il piacere di vivere sono le armi migliori per combattere l'apatia che non va sottovalutata, perché può essere il segno precoce di una possibile malattia degenerativa cerebrale. (*Qualità della vita: benessere e terza età* Romeo Lucioni e Ida Basso.)

L'avvertimento arriva da un docente nella clinica Neurologica dell'Università di Bari, che ha promosso un workshop per illustrare le ricerche che si stanno compiendo proprio sull'apatia. Il Professore spiega che la pigrizia e la mancanza di iniziativa devono rappresentare dei campanelli d'allarme per il cervello e l'apatia che si presenta di colpo in un soggetto non caratterialmente pigro, è un primo sintomo che rischia di portare poi a malattie come l'Alzheimer:

bisognerebbe saper distinguere tra una giornata o un periodo in cui non si ha voglia di far nulla e la manifestazione improvvisa e potente di questa apatia e, a tal proposito, bisognerebbe saper intervenire con fermezza.

L'apatia coinvolge infatti sia la sfera comportamentale, una persona fa molte meno cose, che cognitiva, perdita di interesse verso le cose a cui prima dava particolare importanza, e infine emozionale, gli avvenimenti e le esperienze lo toccano in maniera molto marginale.

Cercando un modello generalizzabile, dobbiamo riconoscere che la qualità della vita degli anziani è influenzata dai seguenti fattori:

1. rapporti affettivi validi;
2. buona salute;
3. livello economico adeguato e consoni ai bisogni abituali;
4. capacità di usufruire delle applicazioni tecnologiche capendone completamente il funzionamento;
5. sensazione di possedere ancora un livello intellettuale buono ed adeguato alle necessità personali.

Il senso di soddisfazione vitale deve viaggiare a pari passo con il senso di soddisfazione sociale derivante dallo sviluppo di rapporti interpersonali, dalla capacità di comunicazione empatica, dal riconoscimento dell'adeguatezza della comunicazione verbale, dal senso di poter competere, dall'autocoscienza di sentirsi amati. Intrattenere buone e numerose relazioni interpersonali può ridurre del 50% il rischio di sviluppare l'Alzheimer o altre forme di demenza. Questo effetto benefico dell'amicizia, dell'amore e delle altre forme di socializzazione è stato scoperto in Svezia. (*Articolo Italiasalute. it: Calma e vita sociale attiva dimezzano il rischio di demenza: 22 gennaio 2009*).

Lo studio ha preso in considerazione 506 anziani sani, monitorandoli per un periodo di 6 anni: 144 di loro, nel corso dell'analisi scientifica, si sono ammalati del Morbo di Alzheimer o di altre forme di demenza. Gli studiosi si sono dunque interessati a verificare quali fossero gli stili di vita dei partecipanti e hanno così potuto notare che chi manteneva sempre la calma, chi era una persona allegra e affabile, chi conduceva una vita sociale attiva, con incontri, riunioni e passatempi, aveva un più basso livello di stress e una probabilità di sviluppare una forma di demenza del 50% inferiore rispetto ai loro coetanei più burberi, irascibili e solitari. A proposito della solitudine, gli anziani vengono considerati i soggetti più esposti al rischio di isolamento : ciò che però preme sottolineare è che sussiste in realtà la solitudine come condizione subita e sopportata dall'anziano che viene vista come una perdita di ruolo sociale sia nell'ambito lavorativo che in quello familiare; ma è altrettanto importante sottolineare che, in realtà, la solitudine non sempre è una condizione subita o sofferta ma esiste anche la possibilità che possa essere voluta e ricercata come momento fondamentale di ricerca-ritrovamento di sé stessi, del proprio Io, come momento di quiete benefica lontano dal caos e dalla freneticità del mondo contemporaneo.

Nel nostro studio sugli anziani ci siamo posti a diretto contatto con loro ( presso il centro anziani di Stresa) e abbiamo dunque raccolto dei racconti di vita notando proprio come alcuni di loro amano la solitudine e altri cercano di allontanarsi da essa. Una signora anziana ad esempio ha affermato di non sentirsi sola perché il suo tempo lo impiega nel fare tante cose durante la giornata:

*“Se sono in compagnia sto bene ma se sono sola sto bene uguale. Quando sono da sola faccio la maglia in camera, rimetto i cassetti a posto, o guardo la tv, o mi raccomodo una sottana..lo trovo io il lavoro!”.*

Un altro signore afferma che fare attività nel centro serve per sfuggire alla solitudine:

*“Se c’è la compagnia tanto meglio ma se non c’è non è che sia un problema, sto bene anche da solo. Facendo qualcosa comunque la testa non pensa al passato, ai problemi che ho. Lavorando mi distraigo.”*

La cosa che manca di più agli anziani che vivono da soli è senza dubbio la presenza del partner, una signora anziana afferma infatti:

*“ Mi manca l’affetto di mio marito perché ora in tutte le cose che faccio devo rivolgermi al mio figlio invece quando c’era mio marito pensava lui a molte cose della casa e poi mi manca la sua presenza in casa, questa casa da quando ci sto da sola è diventata troppo grande e troppo vuota per me, ci sono dei pomeriggi quando d’inverno è buio che stare in casa da sola mi mette tristezza. Invece se fosse ancora vivo mio marito sarebbe diverso, avrei qualcuno con cui parlare, non sarei da sola come sono adesso.”*

Una signora che ha il figlio che abita lontano sottolinea particolarmente l’importanza che le amicizie rivestono nella sua vita:

*“Se ho bisogno di aiuto viene da me una mia amica dell’Isolotto, anche lei è vedova e ci aiutiamo a vicenda, mio figlio purtroppo abita lontano ed a lui non posso rivolgermi. Il rapporto più stretto che ho adesso è con questa signora dell’Isolotto, poi qui accanto a me di casa c’è una signora vedova e anche con lei ci aiutiamo, ci diamo una mano a vicenda.”*

Molti anziani in queste interviste sottolineano che gran parte della loro giornata trascorre a contatto diretto con amici e conoscenti, gli incontri si svolgono regolarmente quasi tutti i giorni, e la loro compagnia risulta di fondamentale importanza per riuscire a svagarsi ed a passare serenamente la giornata.

Una signora ci ha detto:

*“Ho fatto delle amicizie frequentando il centro anziani qui a Stresa, facciamo delle attività, giochiamo a carte, poi a seconda dei giorni c’è il ballo, io faccio anche ginnastica. Qui al centro anziani ho fatto amicizia con alcune signore con cui a volte esco il sabato e la domenica, in particolare ho stretto amicizia con una signora che abita qui vicino con cui esco spesso, andiamo a vedere le commedie a teatro oppure organizziamo dei pranzi.”*

Altre due signore invece si sono create delle attività fuori dalle mura domestiche, una in particolare nel volontariato e all’interno del centro anziani del quartiere. Una signora ci ha descritto così la sua giornata caratterizzata da svariate attività:

*“La mattina mi alzo, poi pulisco un po’ la casa, due volte la settimana vado a fare ginnastica, poi vado il pomeriggio al centro anziani. La mattina poi capita che abbia delle commissioni da fare, vado a trovare dei parenti a volte oppure parlo con le amiche, spesso andiamo in giro insieme. La giornata mi passa bene. Vado poi anche a fare volontariato da 5 anni ormai ad una signora anziana, le faccio da mangiare, le riordino la cucina e sto un po’ con lei in conversazione, ci vado due volte la settimana all’incirca, sto da lei due ore al massimo.*

*Poi quando sono in casa da sola guardo la televisione o mi metto a ricamare, telefono alle mie amiche, altrimenti mi metto a leggere La Nazione.*

*Io sento l'esigenza di uscire, di chiacchierare, di distrarmi, non mi piace stare in casa da sola, il momento che mi pesa di più è quando arrivo a tavola a mangiare e sono da sola."*

Inevitabilmente, quando si affrontano le tematiche della qualità della vita, bisogna tenere conto dei rapporti con il "mondo dei valori" distinti in: personali, religiosi, etico-morali, culturali, sociali e partecipativi e familiari.

Da una ricerca condotta da due ricercatori della Clinica geriatrica dell'Università di Padova, si è rilevato che un'intensa spiritualità rallenta la progressione neurodegenerativa. (*Current Alzheimer Research*, 26 gennaio 2010). Credere in Dio o comunque possedere una certa attitudine alla spiritualità rallenterebbe il decorso della demenza senile e dei danni procurati, ad esempio, dal morbo di Alzheimer. Lo studio ha preso in esame 64 pazienti colpiti dall'Alzheimer e in fasi differenti di avanzamento della malattia. I volontari sono stati suddivisi in due gruppi, a seconda del loro grado di religiosità, e seguiti per un anno. Dopo dodici mesi di test e verifiche volti a misurare la condizione mentale dei pazienti e il grado di autosufficienza nelle attività quotidiane, da quelle più semplici, come vestirsi, mangiare da soli, lavarsi, a quelle più complesse, come telefonare o scrivere, i risultati hanno mostrato nel gruppo di malati non religiosi una perdita delle capacità cognitive superiore del 10 % rispetto all'altro gruppo, formato, come detto, da pazienti con moderato o alto livello di religiosità. Il dato interessante dello studio sta nel fatto che l'effetto neurodegenerativo della patologia non è stato rallentato nello specifico dal coinvolgimento in uno degli aspetti della vita sociale, come può essere ad esempio la religiosità intesa come insieme di attività da svolgere da soli o in compagnia – pregare, andare a messa ecc. –, ma proprio dalla spiritualità interiore. Non si tratta quindi di una ritualità cui si associano determinati comportamenti sociali, bensì di una vera e propria tendenza a credere in una entità spirituale.

In definitiva, quali possano essere le tematiche che nella vita pratica di tutti i giorni aiutano gli anziani a stare bene? Dalle nostre interviste, svolte sempre al centro anziani di Stresa, si è messo in evidenza dalle risposte ottenute alcune comuni tematiche che aiutano gli anziani nella loro vita quotidiana a stare bene, come ad esempio: riconoscere gli aspetti positivi (leggere senza occhiali, cucire, assolvere i propri doveri, ecc.) anche se non si gode di una salute perfetta; la soddisfazione di avere dei figli che non creano problemi; i valori religiosi della vita che servono da baluardo di fronte ai sensi di perdita; il sapersi accontentare; lo stare soli che non significa essere isolati perché si può anche sentirsi soli pur stando in gruppo; la tristezza dell'isolamento che diventa insopportabile. Per far sì che la vecchiaia rimanga un'età intensa della vita l'anziano deve poter compensare i ruoli perduti acquisendone di nuovi per sviluppare la cultura, la curiosità per il sapere e gli interessi durevoli. La capacità o la possibilità di coltivare valori e ideali, sociali, politici o solidaristici, permette all'anziano di elaborare progetti per il futuro e di mantenere un'attività creativa, fonte di autonomia e di benessere. Sulla capacità dell'anziano di prepararsi alla vecchiaia è stato scritto un libro "La vecchiaia può attendere" da Arrigo Levi, giornalista, scrittore e conduttore televisivo italiano.

In una sua intervista, lo scrittore ha così affermato circa l'anziano e la società:

*“La funzione dell'anziano per la società rimane importante, tutti nonni in giro con i nipotini. L'anziano non è più quella figura eccezionale, il grande vecchio saggio perché ce ne sono tanti e c'è da affrontare in primis il problema dell'aggiustamento dei rapporti. Oggi i giornali parlano degli anziani, ma il fatto che ne parlino come esseri infelici e depressi è un buon segno dato che i giornali parlano solo dell'eccezione, anche se ci sono percentuali elevate di anziani soli a causa del disintegro della famiglia a causa dell'assenza, ormai, delle famiglie numerose: se prima uno aveva sette figli e poteva sempre contare su qualcuno, adesso magari ne ha uno solo e che vive anche lontano..l'anziano come fa? La vecchiaia rappresenta più di un quarto della nostra vita e bisogna prepararsi per bene dato che è una problematica nuova e difficile da affrontare, per questo ho scritto un libro sulla nuova adolescenza, come la chiamo io, perché l'incertezza dell'anziano è molto paragonabile a quella dell'adolescente insicuro che ancora si affaccia alla vita e qui si affaccia a un'epoca nuova e il modo migliore per prepararsi oltre a coltivare interessi è coltivare gli affetti che rimangono: figli, parenti e amici che viene istintivo fare ma che risulta difficile realizzare. Un'altra questione è il tabù del sesso: l'attività sessuale dura più a lungo di quel che si immagina, può durare per tutta la vita, c'è capacità di “affetto” ancora nei rapporti intimi che va al di là di quello che ci si aspetta da giovane. E' importante soprattutto la fase del pensionamento, quando la persona dal lavorare ogni giorno si ritrova senza far nulla. La maggior parte dei pensionati ritrova l'attività di genitori e nonni in campagna, non dimentichiamoci che una-due generazioni addietro l'Italia era un paese di contadini per l'80%, quindi quasi tutti abbiamo origini contadine. È una delle attività più soddisfacenti, anche se ce ne sono infinite altre: attività legate al sociale, guardare il prossimo con occhi nuovi, essere più presenti, svolgere attività di assistenza anche verso altri anziani che è di aiuto per loro stessi e per gli altri e possibilità di poter fare quello che hai sempre desiderato fare e che non hai mai fatto, ad esempio la pittura: se prima uno riusciva a dipingere una volta all'anno adesso può dedicarci più tempo, oppure la scrittura riscoprendosi scrittori per raccontare sé stessi. Un'altra attività molto interessante che io pratico è il tree watching: a me piace guardare gli alberi e la campagna. Tutto sta nel prepararti prima, non puoi uscire dall'ufficio come impiegato e andare in giro per musei da un giorno all'altro. Devi essere preparato perché nessuno ti prepara a parte qualche libro come il mio appunto. Devi essere preparato anche alla morte: è un passaggio triste che non puoi affrontare da solo, senza il supporto di qualcuno. Esistono associazioni che ti aiutano ad addolcire questo passaggio, questa fase. Non è sicuramente un passo felice, ma si può morire sereni, io ho visto persone morire serenamente. La vecchiaia può attendere, ma la dobbiamo ancora creare in qualche modo.”*

Levi pone l'attenzione sulla preparazione alla vecchiaia per un invecchiamento attivo o “active ageing”: con questo termine s'intende un processo finalizzato alla massima realizzazione delle potenzialità fisiche, mentali, sociali ed economiche degli anziani (*European Commission, Demography Report 2008: Meeting Social Needs in an Ageing Society, Novembre 2008*). Detto nei termini dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse), si tratta della capacità delle persone, una volta invecchiate, di condurre vite socialmente ed economicamente attive.

Mentre infatti un tempo le politiche per gli anziani erano focalizzate sui bisogni, in questo modo si pone l'accento sui diritti e sulle risorse dell'anziano e sulla possibilità della sua concreta partecipazione alla vita comunitaria.

Il nuovo orientamento prende il via nel 1995, con il programma *Ageing and Health* (invecchiamento e salute) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms): la necessità di una visione dell'invecchiamento, cioè, che tenga conto di tutto il corso di vita degli individui, e di adottare approcci basati sulla comunità di appartenenza che tengano conto delle differenze di genere e rafforzino i legami intergenerazionali. Nel 1999, Anno Internazionale dell'Anziano, l'Oms ha promosso poi l'active ageing come elemento centrale dei propri programmi di sviluppo, proprio perché il concetto non fa riferimento solo alla capacità dell'anziano di mantenersi fisicamente attivo, prolungando la propria presenza tra le forze lavoro, ma riguarda più in generale il mantenimento di un ruolo partecipativo a livello sociale e culturale.

A tal riguardo, alcuni ricercatori americani dell'Albert Einstein College of Medicine di New York, hanno decantato le lodi di una buona attività cerebrale. I ricercatori hanno seguito 488 anziani in 5 anni, valutando le loro abitudini di vita: dall'analisi è emerso che chi si dedicava alla lettura, ai giochi di carte e alle parole crociate allontanava l'insorgere della demenza di almeno 16 mesi e riusciva a recuperare alcuni ricordi dimenticati in meno di un anno. Per Charles Hall, guida della ricerca, questi benefici si producono anche in età molto avanzata e a prescindere dal grado di istruzione di ogni singola persona. La ricerca americana conferma che un cervello attivo è anche un cervello che si mantiene più sano nel tempo. Altri studi indicano che andare più tardi in pensione allontana il rischio di Alzheimer e demenze. Ogni anno di lavoro in più offre ai neuroni, rispetto alla media, sei settimane aggiuntive di protezione dalle malattie neurodegenerative: lo ha scoperto una ricerca del King's College di Londra, dove sono stati osservati 1320 pazienti dell'Istituto di Psichiatria affetti dal Morbo di Alzheimer. Gli studiosi inglesi, che hanno pubblicato il loro lavoro sul "Journal of Geriatric Psychiatry", hanno potuto constatare come coloro che avevano abbandonato più tardi l'attività lavorativa si sono ammalati di Alzheimer molto tempo dopo rispetto ai loro colleghi andati presto in pensione. I ricercatori attribuiscono quest'effetto protettivo del lavoro contro le demenze agli stimoli che il cervello continua a ricevere nel tempo e nello svolgimento dei propri compiti quotidiani: dover pensare, riflettere, agire, coordinare, rafforza le connessioni neuronali e mantiene il cervello più in salute. Il concetto, come ha spiegato il ricercatore John Powell, che ha partecipato allo studio, è quello che si mantiene una buona riserva cognitiva per più tempo se si usa per più anni il nostro encefalo. In pratica non tenere in attività il cervello lo fa invecchiare e lo conduce prima e più facilmente a demenza e Alzheimer. Ma non è tutto qui: anche altre attività cerebrali possono proteggere i nostri neuroni. Un cervello ben allenato, tramite l'utilizzo appunto di sudoku, cruciverba, esercizi di memoria è in grado di prevenire l'insorgenza del Morbo di Alzheimer. Come i muscoli dell'atleta, dunque, anche il motore delle nostre idee e volontà ha bisogno di tenersi giovane e in esercizio per mantenere efficiente la propria funzionalità. Se l'Alzheimer o altre forme di demenza danneggiano i neuroni e le loro connessioni, un cervello ben allenato si salva sfruttando quelle 'di riserva' che ha creato nel tempo.

Ad avallare questa teoria, i risultati di una ricerca scientifica svolta su oltre 300 pazienti affetti da Alzheimer e altri 100 anziani con lievi disturbi della memoria aventi diversi livelli di istruzione (dal titolo della scuola dell'obbligo alla laurea) e con diverse professioni, dalla casalinga al manager. Alcuni erano disoccupati (*Gazzetta del Mezzogiorno, 9 novembre 2010*).

Valutando il loro stato di salute, i ricercatori si sono resi conto che chi possedeva un grado di istruzione maggiore o un'attività occupazionale più elevata e intellettualmente più intensa manifestava i sintomi dell'Alzheimer più tardi rispetto agli altri. Tali differenze sono dovute alla presenza di un 'cervello di scorta' che i ricercatori hanno scoperto grazie alla tomografia a emissione di positroni (PET) e che hanno definito 'riserva funzionale'. A causa dell'intensa attività intellettuale, infatti, il cervello delle persone più istruite aveva sviluppato più sinapsi: non potendo utilizzare una sinapsi danneggiata dalla malattia, il loro cervello ne ha utilizzato un'altra di scorta, raggiungendo così egualmente il proprio obiettivo. I ricercatori hanno potuto valutare i danni causati dall'Alzheimer nei pazienti misurando, attraverso la PET, il consumo di glucosio (lo zucchero che nutre i neuroni) nel cervello: tanto più bassa era la quantità bruciata, tanto più ridotto era il numero di neuroni e sinapsi ancora esistenti.

La coordinatrice dello studio ha affermato che siccome il nostro Paese è uno tra quelli con le percentuali più alte di analfabetismo, compreso quello di ritorno, è importante combatterlo per ritardare l'esordio delle malattie neurodegenerative, trovare i mezzi per favorire la lettura e stimolare le attività intellettuali nella popolazione e non solo in quella anziana: queste sono solo alcune delle strade che si possono percorrere per combattere, sin da bambini, le malattie. Anche l'alimentazione è importante per mantenere un cervello sempre giovane. La dieta della longevità cerebrale prevede determinati principi da seguire:

1. Evitare i grassi in eccesso. Quello che fa bene al cuore, fa bene al cervello: il cervello è carne e sangue, ma il sangue circola male se i grassi si depositano all'interno delle arterie. Inoltre, i grassi possono essere la causa di un vero e proprio processo di putrefazione del cervello.
2. Mangiare sostanze nutrienti. Il sistema nervoso ha bisogno di una gamma molto ampia di sostanze. Inutile affaticare l'apparato digerente con la digestione, l'assimilazione e l'escrezione di grandi quantità di "pseudo-cibo". Meno cibo, ma migliore.
3. Evitare l'ipoglicemia. Il glucosio è il carburante del nostro cervello. Se nel sangue il contenuto di questo zucchero scende, pensiero e memoria ne risentono per primi. Se la carenza si aggrava, alcune cellule nervose possono andare perdute in modo definitivo.
4. Abituarsi ad una dieta relativamente povera di calorie. Non restare affamati, ma tenersi leggeri. La riduzione delle calorie è una delle poche ricette sicure per la longevità. L'equilibrio va ricercato tra i cibi a base di farine integrali, verdura, frutta, proteine provenienti non dalla carne ma dai legumi e, fino ad un certo punto, dal pesce, ai quali si potrebbe aggiungere una modesta quantità di formaggi e carni magre.
5. Ricorrere agli integratori alimentari. Numerosi esperti sostengono che una dieta equilibrata fornisce quantità sufficienti di tutte le sostanze biologicamente indispensabili.

La dieta sufficiente a chi è in forma può non fornire tutte le sostanze necessarie ad un lungo periodo di rigenerazione cerebrale.

6. Consumare cibi veri. Non insaporiti, colorati, gonfiati, imbalsamati, né inquinati dagli antiparassitari o dai diserbanti. Scegliere alimenti che abbiano subito la minore quantità possibile di trattamenti industriali: il pasto più sano sarà quello che sarà preparato da sé, con ingredienti semplici e possibilmente genuini.

Oltre a queste indicazioni di base bisogna ricordare che sono particolarmente utili per soddisfare il fabbisogno proteico cerebrale i derivati della soia; infatti sono poveri di grassi e ricchi di aminoacidi, che danno vita ai neurotrasmettitori.

### *1.1.1. Le attività svolte dagli anziani*

Fin ora si è parlato di quanto sia importante mantenersi attivi per una sana longevità. Ecco elencate alcune attività:

- **la narrazione:** rappresenta una delle forme di aiuto alla mente più naturale, uno stimolo ad utilizzare quella tipologia di pensiero narrativo che aiuta ad organizzare e riorganizzare le memorie, che permette di esprimere le emozioni conferendogli al contempo un senso e trasformandole da astratte, ignote e talvolta terrorizzanti sensazioni, innominabili e controllabili immagini mentali. Si racconta ciò che si ricorda, ciò che si vede, ciò che si ascolta. Si raccontano le proprie sensazioni, i propri pensieri, le proprie esperienze. Nel racconto si rivivono momenti, sentimenti, emozioni vissute, non importa quando. Ed è un rivivere autentico: il racconto è il filtro attraverso cui il passato, diventando testimonianza, si rigenera nel presente con nuovi e propri caratteri e si proietta nel futuro. L'anziano è dotato di memoria ed in essa egli trova il completamento del suo presente, in essa ritrova il conforto, le ragioni, gli stimoli a vivere migliorandosi. Le storie hanno poi anche delle conseguenze sulle azioni e sul rapporto tra presente e passato, per meglio anticipare il futuro. Dunque, per tutti, e ancor di più per gli anziani, c'è bisogno di ascoltare e raccontare storie.
- **La pet therapy:** negli anziani e in alcune categorie di malati e di disabili fisici e psichici, il contatto con un animale può aiutare a soddisfare certi bisogni (affetto, sicurezza, relazioni interpersonali) e a recuperare alcune abilità che queste persone possono avere perduto. La soddisfazione di tali bisogni, necessaria per il mantenimento di un buon equilibrio psico-fisico è uno degli scopi della pet-therapy che offre, attraverso alcune Attività Assistite dagli Animali (AAA) , soprattutto quelli detti d'affezione o di compagnia, cui si riferisce il termine pet nella lingua inglese, una possibilità in più per migliorare la qualità della vita e dei rapporti umani. Il contatto con un animale, oltre a garantire la sostituzione di affetti mancanti o carenti, è particolarmente adatto a favorire i contatti inter-personali offrendo spunti di conversazione, di ilarità e di gioco, l'occasione, cioè, di interagire con gli altri per mezzo suo.

La pet-therapy può anche contribuire, affiancando ed integrando le terapie mediche tradizionali, al miglioramento dello stato di salute di chi si trova in particolari condizioni di disagio, attraverso Terapie Assistite dagli Animali (TAA)<sub>2</sub>, interventi mirati a favorire il raggiungimento di funzioni fisiche, sociali.

Inoltre, è stato dimostrato che accarezzare un animale, oltre ad aumentare la coscienza della propria corporalità, essenziale nello sviluppo della personalità, interviene anche nella riduzione della pressione arteriosa e contribuisce a regolare la frequenza cardiaca. Che si tratti di un coniglio, di un cane, di un gatto o di altro animale scelto dai responsabili di programmi, la pet- therapy propone co-terapie dolci da affiancare alle terapie mediche tradizionali e, attraverso un preciso protocollo terapeutico, è diretta a pazienti colpiti da disturbi psicomotori, nevrosi ansiose e depressive e da demenze senili di vario genere e grado. Simile per scopo alla pet therapy.

- La terapia con le bambole: si tenta di favorire relazioni e contatti tattili che placino i continui stati di agitazione e aggressività dei pazienti con l'ausilio di bambole create ad hoc. (*Sito: [www.iss.it](http://www.iss.it), area tematica: neuroscienza comportamentali*)
- La musicoterapia: l'uso di questo tipo di terapia con anziani e malati d'Alzheimer viene visto come rapporto terapeutico che rassicura, rasserena, risveglia abitudini, attiva l'espressione di emozioni, facilita l'attenzione, la coordinazione dei movimenti, l'uso della parola, le relazioni interpersonali: in definitiva, il contatto con la realtà. La musicoterapia lavora sulle parti sane dell'anziano e il suo obiettivo primario è quello di valorizzare tutte le potenzialità residue; la musica diventa così un mezzo per prendersi cura degli anziani troppo nostalgicamente legati al passato e quindi incapaci di vivere un presente proiettato nel futuro, e degli anziani che presentano problemi di depressione, aiutandoli ad accettare il proprio processo di invecchiamento e/o ad elaborare. Le attività musicoterapiche sono il canto, le danze e l'ascolto musicale. Cantare vecchie canzoni o anche solo brevi frasi crea un'atmosfera gioiosa e distesa, grazie alla quale l'anziano si diverte, si rende più disponibile nei confronti degli altri e partecipa attivamente all'attività di gruppo. Cantare in gruppo rappresenta un'esperienza comunitaria capace di far dimenticare la routine quotidiana, di distogliere la mente dell'anziano dall'essere troppo occupato in tristi preoccupazioni. Inoltre, cantare fa bene all'apparato respiratorio e a quello digestivo e può influire positivamente sullo stato generale di salute. Spesso il canto è finalizzato al recupero della memoria sonora: è il linguaggio degli affetti, delle emozioni e della memoria, è un mezzo per creare la motivazione al narrare, al raccontare e al raccontarsi. La canzone popolare diventa strumento evocativo che risveglia le memorie affettive legate alle esperienze della vita passata e che fa riaffiorare le emozioni vissute in gioventù. Associare al canto la narrazione, la reminiscenza e la conseguente verbalizzazione è un modo che consente alle persone di far luce e di ricostruire la propria vita passata, ma anche presente e futura. Lo stimolo ritmico-musicale, invece, induce spontaneamente a partecipare alla danza;

addirittura molto spesso questi comportamenti sono automatici, infatti sono gli stessi pazienti ad iniziare da soli la danza che li aiuta ad orientarsi nel tempo e nello spazio. Alcune esperienze hanno fatto registrare nei partecipanti cambiamenti d'umore, aumento della fiducia in se stessi, mantenimento o riacquisizione dell'autonomia e superamento dei momenti di solitudine e apatia; inoltre semplici esercizi motori, a tempo di musica, riattivano la circolazione sanguigna, aumentano il tono muscolare e allentando l'irrigidimento. Anche l'ascolto di musica semplice può inserirsi nella routine quotidiana della vita della residenza, rendendo diversa la giornata. L'ascolto è utilizzato non solo come mezzo di distrazione, ma come momento importante per riavviare la parte cerebrale, poiché è un'azione complessa che coinvolge non solo la componente affettiva della persona ma anche quella razionale. E' dimostrato che l'ascolto della musica con un atteggiamento prevalentemente dominato dall'emotività provoca un netto aumento dell'attività cerebrale nell'emisfero di destra, mentre un ascolto di tipo analitico-interpretativo, che si accompagna alla lettura dello spartito, produce un aumento della funzionalità a livello dell'emisfero di sinistra.

L'attività fisica che nella terza età trova le sue ragioni di essere in due punti: togliere le persone anziane dall'isolamento; permettere loro di conservare o di acquisire una buona forma fisica.

Per quanto concerne il primo punto è sufficiente intrattenerli in giochi collettivi con un buon spirito di animazione, senza impegnarli in sforzi fisici importanti. Più difficile è il raggiungimento del secondo punto dove con un allenamento ben condotto si può ottenere un risultato su varie funzioni organiche diametralmente opposto a quello che sulle stesse esercita l'invecchiamento. Se una persona anziana si allena con una certa regolarità, potrà almeno in parte cancellare l'influenza negativa dell'invecchiamento. Ricordiamo inoltre contadini che, al di là del limite della pensionabilità, continuano a svolgere regolarmente attività fisica, mantenendo un livello di efficienza organica nettamente superiore ai loro coetanei non più regolarmente attivi. A tal proposito, alcuni comuni come quello di Prato ha predisposto un progetto "Ti coccolo" per fornire agli anziani servizi di cura della persona e ginnastica fisica adattata: ad esempio, pedicure oppure ginnastica dolce, acquagym e altri corsi adatti alle persone anziane. Per i servizi alla persona, l'anziano si dovrà rivolgere direttamente al negozio convenzionato quando vuole, senza dover sottostare alla prenotazione condizionata delle circoscrizioni ad un costo fisso uguale in tutti i negozi aderenti all'iniziativa. Per il servizio attività motoria, gli anziani potranno iscriversi direttamente presso palestre private convenzionate, dove potranno accedere a corsi di attività fisica dolce, oppure nei luoghi tradizionalmente messi a disposizione dall'amministrazione. ([www.comunediprato.it](http://www.comunediprato.it)). Fa parte di queste attività motorie anche

- l'attività ortiva: in alcuni comuni come quello di Riccione ([www.comune.riccione.rn.it](http://www.comune.riccione.rn.it)) vengono distinti lotti di terreno utilizzabili per la coltivazione di ortaggi e frutti. I destinatari sono anziani pensionati che hanno compiuto i 60 anni di età, o persone non pensionate che beneficiano di percorsi di riabilitazione su indicazione degli operatori sociali e socio-sanitari, per finalità di socializzazione, riabilitazione, ecc.

La finalità è quella di creare momenti di aggregazione e di socializzazione, scambi di informazione ed esperienze. Ultimo, ma non certo per importanza, è l'iscrizione e frequentazione delle università della terza età dove gli anziani si rimettono in gioco studiando con la voglia di apprendere ancora cose nuove.

Oltre a un senso di soddisfazione vitale che gli anziani raggiungono attraverso tutte queste attività, stanno inoltre ridefinendo in maniera costruttiva la propria presenza nel sociale e si sta assistendo ad una espansione dell'impegno degli anziani nel volontariato (*FIVOL, 2006*) (circa 50 mila la cifra degli ultra65enni attivi nel mondo del volontariato) e nell'

- associazionismo prevalentemente mutualistico e creativo-culturale dove, accanto a motivazioni altruistiche e partecipative trovano risposte anche istanze personali di valorizzazione, espressione di sé, comunicazione con altri anziani nella costruzione di una comunità solidale (*IREF, 2009*). Svolgono le più disparate attività: dal "nonno vigile" in cui presiedono musei o fanno altri interventi di servizio leggero a fare assistenza alla persona, sostegno relazionale, tutela e promozione dei diritti, soccorso di emergenza, trasporto di malati e attività di formazione all'intervento. Se operano nei settori della partecipazione civica (educazione, ambiente, cultura e protezione civile) sono più attivi delle altre componenti generazionali nella promozione sociale di singoli e gruppi di cittadini, nell'organizzazione di iniziative di socializzazione, nel favorire l'autotutela e la partecipazione degli anziani.

Indubbiamente al riguardo si avvantaggiano per il background formativo e professionale da loro acquisito nel più lungo curriculum vitae.

Il genere prevalente nelle unità anziane è quello femminile, anche per la prevalente vocazione socio-assistenziale di questi gruppi, più congegnate anche nel mondo del volontariato alla donna. La proporzione di volontarie si ridimensiona solo se si considera la presenza di molte figure di presidenti e di soci fondatori all'interno di organizzazioni in cui non è prevalente la quota di anziani. Per i volontari anziani l'attività di volontariato mostra quindi una forte valenza di tipo relazionale e consente di assumere un ruolo sociale apprezzato e riconosciuto che viene esercitato in particolare contribuendo alla vita organizzativa delle associazioni in cui si opera. Un importante concetto che sta dietro il lavoro volontario è la sua reciprocità: offri qualcosa e ricevi qualcosa in cambio. Cosa ne ricavano gli anziani? Anni di vita più sani. Le persone più vecchie che rimangono attivamente impegnate, infatti, vivono più a lungo e vivono meglio; le loro esistenze sono più sane. In merito a tutte queste attività svolte dall'anziano, abbiamo fatto visita al centro anziani di Stresa, sito in via Roma. Questo centro nasce 15 anni fa a partire da un bar che è stato poi ampliato e trasformato in luogo di ritrovo. A partire da 7-8 soci fondatori, attualmente vi sono 308 soci tesserati. Il tesseramento è libero ed aperto a tutti (dai 18 ai 150 anni!), la quota associativa annuale è di 30 euro. Gli eventuali proventi ottenuti dalle vendite e dalle attività organizzate non vengono ottenuti a scopo di lucro ma vengono reinvestiti nella gestione comune o utilizzati per attività benefiche. Il locale adibito per le attività e gli incontri è messo a disposizione dal comune a titolo gratuito, sono a pagamento sono le spese ordinarie.

L'associazione è gestita da un presidente che viene nominato ogni 3 anni, possiede un consiglio formato 7 persone che di solito si riunisce una volta al mese per mettere a punto le varie iniziative. Per la gestione dei conti ci sono 3 revisori e vengono fatte due riunioni: una a fine anno per discutere del bilancio preventivo e una ad aprile per un bilancio consuntivo.

Tra il personale vi è una signora che è anche assessore comunale il cui compito è gestire fondi che mette a disposizione del centro, qualora fosse possibile. Il centro è aperto dalle 13.30 fino alle 18 e le attività svolte per intrattenere gli anziani sono svariate, come il gioco delle carte, corsi di decoupage i cui oggetti prodotti vengono venduti in un mercatino allestito all'interno della struttura, partite di bocce, balli ogni sabato pomeriggio. Oltre a queste attività in loco, partecipano a raduni a livello regionale con 70-90 centri piemontesi:

L'anno scorso si sono recati a Bria (TO) e quest'autunno a Castelnovo Don Bosco (Asti). Come si può intuire da tutte queste attività, gli anziani di questo centro sono persone molto dinamiche che dopo aver adempito al dovere di nonni, si recano qui per combattere la solitudine e sentirsi appagati sia con se stessi che con gli altri. Sono molto attenti alla solidarietà e alla beneficenza: i soldi ricavati dalle varie attività vengono evoluti per aiutare pompieri, asilo, suore, croce rossa della quale alcuni ne fanno parte e per l'adozione a distanza di due bambini, un africano e un indiano. Infine, lo scorso anno il centro ha ospitato una delegazione europea, presente a Stresa per la valutazione dei comuni più fioriti, che ha potuto valutare e osservare le svariate iniziative e attività che il centro offre ai suoi soci.

Una signora ha dichiarato: *“Da quando faccio volontariato il mio tempo libero ha acquistato valore, ho smesso di sentirmi inutile e mi voglio più bene. Non sono più in attesa di fare qualcosa, la mia giornata ha dei nuovi ritmi finalizzati ad aiutare gli anziani meno fortunati di me che hanno bisogno di aiuto”.*



Foto DELTA society



### 1.1.2. Attività svolte per gli anziani

Gli anziani hanno comunque bisogno di sostegno, sia esso assistenziale, economico o sanitario. A favore di ciò, ci sono delle iniziative:

- **Tariffe agevolate** per abbonamenti al trasporto pubblico locale per disabili e anziani: il servizio offre un sostegno economico per le spese di acquisto dell'abbonamento annuale al trasporto pubblico locale, urbano o extraurbano. Il sostegno economico è rivolto a cittadini con disabilità riconosciuta o ad anziani pensionati (58 anni per le donne e 63 anni per gli uomini), che non dispongono di mezzi propri, o con problemi di autosufficienza (*Sito: [www.regione.emilia-romagna.it](http://www.regione.emilia-romagna.it)*).
- **Call-center:** fa parte del progetto E-care sviluppatosi per primo in Emilia Romagna, specializzato, disponibile 24 ore su 24 compresi la domenica e i giorni festivi, che risponde a un numero verde.
- E' lo strumento operativo fondamentale per gestire le relazioni con gli anziani, i loro familiari e tutti i soggetti coinvolti nel progetto. Il call-center fornisce assistenza, compagnia e soccorso con personale specificamente formato e motivato, garantendo aiuto quotidiano e sostegno psicologico, attraverso l'impiego del volontariato e delle risorse presenti sul territorio. Sulla base di piani di attività individualizzati a seconda delle necessità, ciascun paziente è preso in carico attraverso minimo una chiamata settimanale da parte degli operatori. Essi si premurano che l'anziano stia bene: in caso contrario, dopo aver verificato il tipo di bisogno o problema decidono, in accordo con il paziente, se è il caso di contattare un familiare oppure il medico, l'assistente sociale, un volontario. Al termine del colloquio, l'operatore E-Care inserisce le informazioni raccolte nell'applicativo per la gestione del paziente per verificare, nei contatti successivi, l'evoluzione del bisogno e se c'è stata una risposta adeguata. Attraverso software e database informatici, è stata quindi creata una "rete delle reti" che, aggiorna l'operatore in tempo reale sulle condizioni dell'anziano e sulle risorse che l'operatore può attivare per lui. Il call center è stato la piattaforma che ha reso possibile l'attivazione di altri progetti come "Giuseppina" per la consegna gratuita della spesa e dei farmaci e il servizio di trasporto verso luoghi di cura e socializzazione (*Sito: [www.italiasalute.it](http://www.italiasalute.it), progetto E-care*).
- **Assistenza remoto:** si tratta di un sistema per monitorare costantemente, da remoto, il paziente anziano in casa. È la casa a diventare "intelligente", dotata di sensori per il monitoraggio ambientale, posizionati in alcuni punti strategici – porte, letto, bagno etc. - per rilevare non solo i parametri biologici della persona, ma anche le abitudini quotidiane e le interazioni sociali degli anziani con patologie croniche.

Grazie ad un dispositivo in miniatura, da indossare come un cerotto in qualunque momento della giornata si potranno rilevare, in base alle diverse patologie dei pazienti presi in esame, la traccia elettrocardiografia, la saturimetria per la rilevazione dell'ossigeno nel sangue, la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, la temperatura corporea e la risposta galvanica della pelle, indice che riflette il contenuto idrico della pelle stessa influenzato dall'attività fisica e dagli stimoli emotivi; dato quest'ultimo in grado di dire molto sulla mobilità in casa dell'anziano.

Tutto questo diventa possibile grazie al progetto WASP "Wirelessly Accessibile Sensor Populations", progetto europeo finanziato per 10 milioni di Euro e finalizzato a ideare e sviluppare sensori per reti wireless, dall'hardware di base al sistema operativo e al software fino allo sviluppo del network, del protocollo di comunicazione e dell'applicazione.

La tecnologia wireless permetterà di monitorare a domicilio, 24 ore su 24, i pazienti anziani offrendo loro una maggior sicurezza e la possibilità di proseguire le cure rimanendo nella loro casa, senza modificare in maniera incisiva le loro abitudini quotidiane. Questo permetterà di ridurre le condizioni di isolamento e solitudine collegate al ricovero. L'obiettivo è migliorare la qualità complessiva della vita del paziente anziano, aumentandone l'autonomia e la conseguente fiducia in se stesso, ma anche ridurre il tasso di ospedalizzazione e le spese sanitarie generali. L'assistenza domiciliare remota permette inoltre di promuovere percorsi di auto-gestione della malattia, i cui risultati in termini di recupero e di mantenimento dello stato di salute sono confermati dalla comunità scientifica.

- **Telemedicina:** questa disciplina é intesa come applicazione delle tecnologie informatiche e delle telecomunicazioni alla scienza medica. Essa rappresenta una particolare modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria, attraverso cui si rendono disponibili le risorse mediche sia di base, sia specialistiche a pazienti che non possono accedere direttamente ai servizi sanitari per difficoltà di varia natura. Infatti l'impiego di sistemi di telecomunicazione avanzati rende possibile la trasmissione a distanza di informazioni mediche dal paziente alla struttura sanitaria e viceversa, evitando spostamenti fisici. Si consente, inoltre, il controllo extraospedaliero dei pazienti affetti da patologie gravi, garantendo interventi tempestivi nei casi di emergenza, nonché favorendo l'aggiornamento del personale medico ed infermieristico. Dall'analisi e valutazione degli esperimenti di telemedicina effettuati in Italia e nel mondo si può tracciare oggi un primo bilancio: i prodotti/sistemi/servizi sviluppati e sperimentati hanno fornito soluzioni realizzative ad esigenze problematiche finora irrisolte - o di difficile risoluzione - quali:

- la diffusione dell'assistenza socio-sanitaria domiciliare;
- l'esecuzione e la relativa trasmissione di esami diagnostici a distanza;
- la consultazione a distanza tra specialisti
- la diffusione capillare dell'assistenza specialistica;
- l'evoluzione del rapporto tra il personale afferente la sfera socio-sanitaria (medico specialista, medico di base, farmacista, infermiere, assistente sociale, operatori del volontariato in genere, etc.)(*La telemedicina in Italia:scenari ed ipotesi di sviluppo. Masson, pp. 310 1993*).

Come campi operativi di impiego, la telemedicina si propone di sviluppare collegamenti tra strutture sanitarie e postazioni remote, quali, ad esempio: aerei, case di cura, ospedali, associazioni di volontariato, manifestazioni culturali e sportive.

A partire dalla telemedicina, si è sviluppata la **Teleassistenza**: viene intesa, principalmente, come offerta di un insieme di servizi rivolti con l'obiettivo di definire in modo ottimale quello che comunemente chiamiamo l'*Home Care* (*A survey of Telemedicine in Italy. Journal of telemedicine and telecare n°1, pp. 125-130, 1995*). Questi servizi possono essere individuati in: telesoccorso (richiesta per una qualsiasi urgenza/emergenza socio-sanitaria); telecontrollo; telemedicina domiciliare (monitoraggio cardiologico, dialitico, per pazienti in dimissione protetta ospedaliera, pazienti a rischio, etc.); telefonia sociale (per disabili, motulesi, audilesi, etc.); teleallarme (allarmi ambiente, incendi, gas, etc.); teleinformazione (Internet, TV interattiva, Posta elettronica).

- **Centri diurni**: accolgono anziani autonomi che vanno lì al mattino passano la giornata, e la sera tornano a casa. I centri organizzano dei pulmini che al mattino vanno a prendere gli anziani dalle case. Una volta arrivati, fanno colazione, varie attività, ci sono infermieri e animatori. Dopo pranzano, riposano, giocano e tutto ciò è strutturato a mantenere attivo il cervello. Sono retti da operatori e volontari, tutti giovani anziani.
- **Volontariato**: una caratteristica palese del volontariato organizzato a favore della terza età risiede nel forte legame con le strutture della Chiesa e quindi nella matrice marcatamente confessionale o di ispirazione cristiana che lo connota. L'influenza delle strutture di Chiesa trova spiegazione anche nel fatto che in una quota non marginale di questi gruppi nasce in seno alle Parrocchie o Caritas parrocchiali. Un sub-universo di questo volontariato è invece di origine sindacale (Auser e Antea) e, soprattutto, quello che si organizza intorno ai centri sociali per attività di socializzazione, a base ludico-ricreativa-culturale, per lo più autogestita, anche se non mancano interventi tipicamente solidaristici e socio-assistenziale. Il volontariato per gli anziani è un impegno fortemente orientato ad interventi di welfare leggero, basato su prestazioni socio-assistenziali ad ampio spettro, di cui le più frequenti sono: visite in case di riposo, ospedali o a domicilio (in quest'ultimo ambito anche per qualche aiuto domestico), accompagnamento, assistenza morale, ma anche ascolto e sostegno economico nei centri sociali. Per lo più si tratta di un sostegno alla vita relazionale, dell'orientamento ai servizi, di piccoli aiuti pratici per sopperire ai deficit di funzionalità o di risorse proprie.

Proprio per la propensione a farsi carico di questi bisogni le organizzazioni non trascurano affatto gli anziani non autosufficienti. Così come l'anziano beneficiario di queste organizzazioni è in non pochi casi malato e talvolta anche povero. Un'altra novità è rappresentata dal

- **Ricovero virtuale:** ospedale virtuale a casa che può avere un impatto sociale rilevante. (*Il ricovero virtuale: un'ipotesi di sistema informativo-organizzativo. Adria medica, anno V, n° 15, maggio 1999*). Il ricovero ospedaliero presenta tre difetti basilari: il costo della degenza, il costo da mancata attività lavorativa ed i problemi psicologico-affettivi dell'ospedalizzazione. Il telemonitoraggio domiciliare riduce la degenza e migliora la qualità della vita, integrandosi all'assistenza domiciliare post-ospedaliera. Pertanto l'innovazione tecnologica offre un'ulteriore opportunità, che permette anche di migliorare la qualità dell'assistenza. Infatti tale soluzione permette un miglioramento della qualità assistenziale perché ne viene assicurata la continuità "ospedaliera" anche quando il paziente non possa raggiungere l'ospedale (impossibilità fisica, lavorativa, di accompagnamento familiare), diminuisce ulteriormente il costo sociale, sia per il paziente se lavoratore, che per i familiari che spesso lo accompagnano, e riduce i disagi dovuti agli spostamenti delle persone malate e disabili.

E' bene sottolineare, infine, oltre l'importanza sociale della Telemedicina, anche i conseguenti vantaggi economici per la collettività e, di conseguenza, del Servizio Sanitario Nazionale a livello di rapporto costi/benefici: gli interventi in "tempo reale" nel primo soccorso, la dimissione protetta ospedaliera, la riduzione di ospedalizzazione dei malati cronici, il minor ricorso ai ricoveri in case di cura e di riposo degli anziani, la riduzione del "pendolarismo" sanitario sia a livello regionale che nazionale, ed infine le migliori condizioni di vita che si possono garantire ad innumerevoli soggetti a rischio, assicurando loro maggior sicurezza ed autonomia.

- **Prestazioni alberghiere a carico dell'utente/Comune:** le attività alberghiere incluse nella tariffa residenziale comprendono: il vitto, la pulizia dei locali, la lavanderia (biancheria e servizio guardaroba), il parrucchiere (attività connesse con l'igiene della persona quali lavaggio, asciugatura, taglio) e l'assistenza al pasto (*Sito [www.amalzheimer.it](http://www.amalzheimer.it), 2010*).
- **Robot:** è l'obiettivo del progetto Ksera (Knowledge service robots for ageing), finanziato anche dall'Unione Europea. Questo robot dovrebbe interagire all'interno di un'abitazione domotica pensata per innalzare la qualità della vita degli anziani, garantendo loro autonomia quanto più possibile. Nell'ambito del progetto, verranno costruite tre abitazioni specifiche per sfruttare i principi della domotica e l'apporto di un robot che seguirà i pazienti per gli spostamenti all'interno della casa. Il robot offrirà anche una serie di consigli agli anziani e informerà in tempo reale un medico delle condizioni dell'assistito (*Sito: [Italiasalute.it](http://Italiasalute.it): un robot aiuta gli anziani: 28 aprile 2010*)

“Le tre età”, Tiziano, Londra “National Gallery” 1511-12



“La vecchiaia è la più inattesa tra tutte le cose  
che possono capitare ad un uomo”

Leone Tolstoj

## CAPITOLO 2

### LA VECCHIAIA NELLA STORIA E NELLA SOCIETA' MODERNA

**La vecchiaia può essere considerata una creazione della storia. Bisogna premettere che ogni forma di aggregazione sociale, anche la più piccola e la più semplice, crea al suo interno un modello di uomo e conseguentemente di anziano.**

*“Vecchiezza squallida e sinistra, vecchiaia come malattia come nemica, vecchiaia come morte.”*

In tal modo nella storia e, in particolare, nel mondo greco e romano si è considerata questa fase della vita che, secondo Cicerone e Terenzio, aveva come unico pregio la "sapienza" dettata dall'esperienza. La vecchiaia, come una sorta di terrore che incombe sugli uomini, è un concetto che serpeggia un po' ovunque nella letteratura dei secoli addietro, ma anche in tempi più recenti; non si può, di certo, smentire il fatto che l'ideologia moderna tenda a celebrare, soprattutto, il "giovanilismo" a scapito della senilità sentita come decadenza.

È interessante notare, invece, la concezione che della vecchiaia hanno alcune culture, tutt'ora definite da molti "primitive", come quella indiana e africana. Tra questi popoli il vecchio è rispettato e venerato, a tal punto che, le tribù hanno spesso un governo gerontocratico, con anziani nel ruolo di gestori di beni economici e materiali, di medici o di sacerdoti. La prospettiva storica, inoltre, mette in risalto il fatto che, in queste culture, la saggezza è considerata come una conseguenza naturale della vecchiaia: difficilmente un vecchio viene allontanato dalla famiglia anche quando le sue condizioni sono estremamente



precarie. Nelle società primitive preistoriche sopravvivere a lungo doveva essere un fenomeno straordinario, tanto da non dover essere considerato naturale. È molto probabile che attribuissero la longevità a una protezione soprannaturale o a una certa partecipazione dell'anziano al mondo del divino ([www.piazzasalute.it](http://www.piazzasalute.it)). Un aspetto che accomunava gran parte delle popolazioni primitive è che l'esperienza e le conoscenze del vecchio avevano molta importanza per l'intera comunità, ma soprattutto per egli stesso. Così si spiega l'età avanzata della

maggior parte degli stregoni, delle streghe, o dei sacerdoti; in queste culture il vecchio assumeva la posizione di massimo riferimento per tutti i membri, posizione che gli garantiva grande rispetto.

L'anziano, grazie alla sua memoria, era depositario del sapere, conservava il ricordo del passato ed era l'unico a conoscenza delle tecniche con cui sfamare il proprio gruppo, o far fronte alle avversità dell'esistenza, sistematicamente, dunque, risultava essere di status superiore e manteneva questo ruolo fino alla morte. Il caso meglio conosciuto è quello dell'impero Inca. Si trattava di un vero e proprio regime totalitario in cui ciascuno aveva il suo posto e la sua funzione, e il vecchio era parte integrante della macchina statale.

In questa società precolombiana senza scrittura, i vecchi mantenevano il loro ruolo tradizionale di archivio vivente, come lo storico/antropologo Garcilaso de La Vega ci ha documentato: "Consiglieri dei sovrani, i vecchi, in quanto più accorti, costituiscono in ciascuna tribù un consiglio informale e circondano il principe ereditario per servirgli da guida"(Minois.G. *Stora della vecchiaia*, editori Laterza, Roma 1988). Le donne anziane avevano compiti di medici e levatrici; quelle che entravano come vergini nel tempio del sole di Cuzco diventavano matrone. Erano molto onorate, incaricate di istruire le novizie; invecchiate nella casa, venivano nobilitate con questo nome e con questa carica a causa della loro età, come se si fosse voluto dire così che erano madri e capaci di governare il convento. Inoltre, c'era un tributo speciale sotto forma di corvée che consisteva nel confezionare abiti e scarpe per i vecchi, e gli Indiani ultracinquantenni erano esentati dalle imposte. Il sistema sociale inca aveva la sua contropartita nella stretta proibizione dell'ozio e della mendicizia. Difatti tutti quelli che erano abbastanza in salute svolgevano qualche attività ed era fonte di gran vergogna punire qualcuno in pubblico per la sua pigrizia. Riassumendo si può dire che in questa società gli anziani erano temuti, onorati e obbediti.

Nella storia del mondo ebraico si può osservare un'evoluzione della condizione dell'anziano che parte dall'epoca del nomadismo, quando i vecchi avevano un ruolo fondamentale e venivano considerati come i capi naturali del popolo. Erano portatori dello spirito divino, investiti di una missione sacra e guida del popolo. In ogni città il consiglio degli anziani era onnipotente ed il suo ruolo continuò a rafforzarsi anche nel periodo dei giudici. Il Patriarca, così era chiamata la vetusta guida della tribù d'Israele, godeva di invincibilità grazie alla protezione divina, conservava il potere e tutte le sue facoltà fino alla morte. Il vecchio era onorato: testimone della grande epoca, era garante della fedeltà del popolo d'Israele che "... resta fedele al Signore finché vivono gli anziani che hanno conosciuto i tempi eroici della conquista". Naturalmente tutto questo valeva per i capi e i loro consiglieri; per la gente del popolo non c'era età in cui si ci metteva a riposo, lavoravano come gli altri membri della comunità. Gli Anziani erano eletti dagli apostoli, presiedevano le assemblee, esercitavano il ministero della parola e dell'insegnamento: erano i personaggi più importanti della comunità, famosi per la loro saggezza e non solamente vecchi.(*Bibbia, Gios.24,31*)

Una delle "prime" asserzioni pre-scientifiche sulla vecchiaia può essere rintracciata nel Vecchio Testamento, in cui ne viene sottolineata la dignità e la saggezza, apprezzate anche dagli antichi greci. Platone (427-347 a. C.), affermava che l'esperienza di questa fase fosse condizionata dal tipo di vita condotto in gioventù e nell'età adulta.(*Repubblica*)

Aristotele (348-322 a. C.), invece, sosteneva che “la vecchiaia è una malattia naturale” (*De generatartione animalium*); al contrario, Galeno di Pergamo non considerava la vecchiaia come una malattia, non essendo contro natura. Cicerone (106-43 a. C), descriveva accuratamente il processo di senescenza, periodo di cambiamenti psichici e sociali. (*Cato maior de senectute*). Esso è stato considerato allo stesso modo anche da un gran numero di poeti e pensatori del passato, ad esempio Goethe (1749-1832), che indagò il <rivestire nuovi ruoli> come uno dei compiti principali dell’anziano. Inoltre, Cicerone riteneva che l’equivalenza “invecchiare = problema” è determinato dalla società (*Lehr, 1979a*). Questa certezza è stata del tutto abbandonata, per riottenere la dovuta considerazione soltanto nell’ultimo decennio del Novecento.

James Birren, nel suo libro (1961, *Brief History of the Psychology of Aging*) , distingue tre periodi storici nella ricerca psicologica sulla senescenza.

Il primo periodo inizia nel 1835, Quételet (*Sur l’homme et le développement de ses facultés*) si pone il problema del mutamento nelle capacità intellettuali dell’<uomo medio>, e mette in evidenza l’esistenza del collegamento tra gli influssi biologici e sociali.

Il secondo periodo, che è quello dell’<indagine sistematica sulla senescenza>, soprattutto nell’area anglo-americana, è compreso tra la Prima e la Seconda Guerra Mondiale (1918-1940); Stenley Hall (1922, *Senescence, the Last Half of Life*), dando un contributo “per una migliore e più corretta comprensione della natura e funzioni dell’età anziana, ed anche un contributo da psicologo alla scienza della gerontologia” (*Hall, 1922, V; in Lehr, 1979a*). Hall si opponeva ad un <modello di decadimento>, che considerava la vecchiaia come una fase caratterizzata da un calo nelle capacità. Inoltre, sostenne che le differenze individuali sono assai maggiori negli anziani che nei giovani e che i giovani hanno più paura della morte rispetto ai vecchi. Nel 1928 avvenne un passo significativo per la ricerca sugli anziani: Miles fondò, presso l’Università di Stanford nella California, il primo grande Istituto destinato soprattutto all’analisi dei problemi della vecchiaia. Nel 1929, il ricercatore N. A. Rybnikov introdusse il termine <Gerontologia>. In questo secondo periodo, in Europa (ad eccezione dell’Inghilterra), l’indagine sulla senescenza si rilevò meno sistematica e metodologica. I contributi psicologici al processo della senescenza vennero principalmente da psichiatri. Si può ricordare Gruhle, (*La senescenza psichica*), egli parlava della senescenza come patologia, come processo di decadenza, di perdita di capacità individuali e di contatti sociali. Questo punto di vista negativo, che all’epoca condizionò le riflessioni sui processi mentali della senescenza, sembra persistere tutt’oggi. Alla fine degli anni ’30, H. V. Braken estese la ricerca anche all’evolversi della personalità nella media e nella tarda età.

In questi anni è collocato l’inizio del terzo periodo, la <Fase di espansione della ricerca sulla senescenza>. La gerontologia era condizionata ancora e solo dalla biologia e dalla medicina (l’unico rappresentante delle scienze sociali fu R. Miles).

Da lì a poco, però, con l'intervento dell'U. S. Public Health Service, venne fondata una sezione di Gerontologia nel National Advisory Committee, che affrontò in modo sempre più sistematico i problemi della vecchiaia. (1946, *journal of gerontology*), sottolinea il carattere multidisciplinare di questa scienza, che, quindi, includeva sia le scienze naturali che quelle sociali. Nel settembre del 1947, a Detroit, ci fu il primo congresso della Società Americana di Gerontologia. In Germania, una data storica per la Gerontologia fu il 1938-1939, in cui venne fondata la prima rivista per la ricerca sulla senescenza; però, solo con il primo congresso di Norimberga, la Società tedesca per la ricerca sugli anziani comprese una sezione di Psicologia e una di Sociologia. Nel 1950, in occasione di un Congresso a Liegi, venne fondata la <International Association of Gerontology>, una "variegata" associazione di scienziati che si proponevano l'indagine sul processo di invecchiamento. Quindi, verso la metà degli anni '50, ci fu una crescente concentrazione sugli argomenti legati alla Psicologia della Personalità e alla Psicologia sociale.

Per quel che ci riguarda più da vicino, invece, mentre un tempo, anche da noi, la vecchiaia era il tempo dell'equilibrio morale e la persona anziana era considerata la memoria storica e il custode della tradizione da tramandare, oggi si è proiettati al progresso, all'aggiornamento, dimenticando quasi sempre le origini. Per la società moderna, dunque, un anziano è sicuramente meno significativo rispetto ad un individuo attivo, ha un ruolo sociale ridotto: è un debole da assistere, bisognoso in senso lato, un soggetto che assorbe le risorse della società senza produrle.([www.piazzasalute.it](http://www.piazzasalute.it))

“Allegoria delle tre età della vita”, Tiziano, 1515,  
National Gallery of Scotland, Edimburgo



“L’infanzia e la vecchiaia non solo si ricongiungono ma sono i due stati più profondi che è dato di vivere.”

Marguerite Yourcenar

### CAPITOLO 3

## INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE, UN QUADRO NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

Negli anni '70 e '80 in campo demografico si sono infatti avuti netti mutamenti di tendenza: dopo il baby-boom degli anni '60, culminato nel 1964, la fecondità si è progressivamente ridotta e ha negli anni recenti registrato i livelli i più bassi del mondo (1,2-1,3 figli per donna); la durata media della vita si è allungata al di là di ogni ottimistica previsione, superando i 74 anni per gli uomini e gli 81 per le donne. Con il ridursi delle nuove leve e il sempre più accentuato permanere in vita delle vecchie generazioni uno dei principali problemi del Paese - comune peraltro a tutti i Paesi a sviluppo avanzato - è diventato quindi quello dell'*invecchiamento della popolazione*, per l'incremento sia del numero delle persone anziane e vecchie, sia della loro proporzione sul complesso della popolazione([www.piazzasalute.it](http://www.piazzasalute.it)).

E' parere consolidato che l'invecchiamento della popolazione sia direttamente funzione di due principali componenti: il calo verticale della mortalità infantile e la sostenuta crescita dei livelli di sopravvivenza. La riconosciuta flessione della mortalità in tenerissima età, infatti - registrata nel corso del XX secolo grazie ai traguardi raggiunti dalla medicina moderna, agli sviluppi socio-economici e alla diffusione dei programmi sanitari fortemente voluti e patrocinati dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità - ha chiaramente contribuito ad accrescere i livelli di "permanenza in vita" favorendo sempre più un generale *ingrossamento* delle classi d'età più avanzate. Se, poi, vi aggiungiamo l'effetto congiunto dell'incremento della speranza di vita e lo straordinario calo di fecondità ci è facile comprendere perché i PSA siano caratterizzati da più alti livelli di vecchiaia rispetto ai Paesi in via di sviluppo (PVS) ove il (TFT) tasso di fecondità totale permane ancora ad alti livelli.

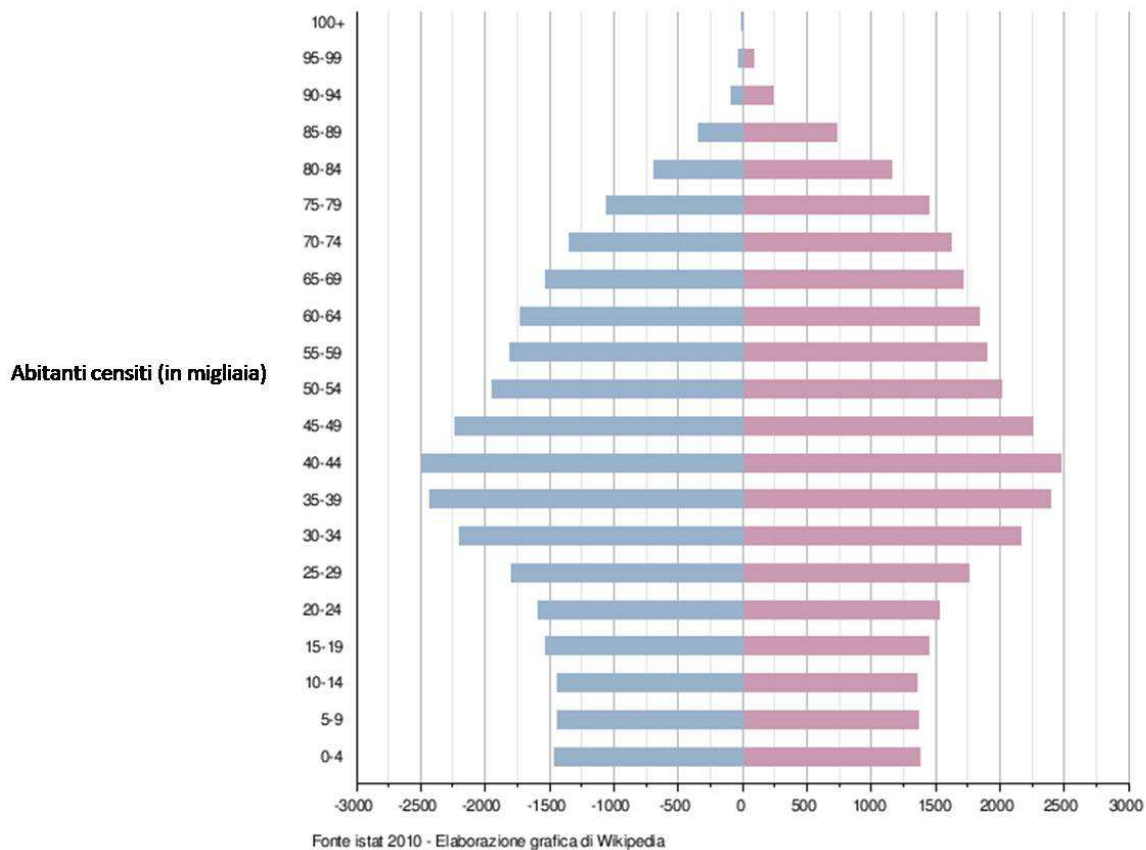
L'evoluzione degli attuali fenomeni demografici porta ad affermare che, in assenza di repentini e radicali "fatti" demografici quali un improvviso aumento dei livelli di fecondità (oggi ricordiamo ben al di sotto dei livelli di sostituzione) o una massiccia ondata migratoria, nel 2030 un italiano su quattro avrà più di 65 anni, mentre nel 2010 il rapporto equivale ad un italiano su 5. La struttura per età italiana è destinata a modificarsi a poco a poco in direzione di un invecchiamento graduale e generalizzato in tutto il territorio. La quota degli anziani sopra gli 80 anni, come si diceva, subirà un incremento altrettanto rapido: da circa il 6 per cento nel 2010 ad oltre il 9 per cento nel 2030, vale a dire circa 1 italiano su 10. Viceversa, la quota di giovani (fino a 14 anni di età) scenderà al 14,1 per cento nel 2010, e all'11,6 per cento nel 2030(*Atlante dell'invecchiamento della popolazione, -20 anni di evoluzione nelle province e nei comuni italiani*).

**Prospetto 2.1 – Indicatori di struttura della popolazione – Italia e ripartizioni geografiche**

ANNI	Composizione per grandi classi di età (%)				Indicatori strutturali		
	0-14	15-64	65+	80+	Vecchiaia	Dipendenza strutturale	Dipendenza anziani
NORD							
2001	12,6	67,9	19,6	4,6	155,7	47,3	28,8
2010	12,9	64,8	22,3	6,5	172,7	54,2	34,3
2030	10,2	60,2	29,6	10,6	289,8	66,2	49,2
2050	10,2	53,8	35,9	15,7	351,3	85,8	66,8
CENTRO							
2001	13,0	67,2	19,8	4,6	152,0	48,8	29,4
2010	13,1	64,9	22,0	6,5	167,4	54,2	33,9
2030	11,0	60,5	28,6	9,6	260,7	65,3	47,2
2050	11,0	54,7	34,3	14,0	311,5	82,8	62,7
MEZZOGIORNO							
2001	17,3	66,9	15,8	3,3	91,1	49,6	23,6
2010	16,1	66,1	17,8	4,9	110,3	51,2	26,8
2030	13,7	60,6	25,6	7,8	186,6	64,9	42,2
2050	13,3	54,3	32,4	12,5	243,9	84,0	59,6
ITALIA							
2001	14,4	67,4	18,2	4,1	127,0	48,4	27,1
2010	14,1	65,3	20,6	5,9	146,2	53,1	31,5
2030	11,6	60,4	28,0	9,4	241,6	65,6	46,4
2050	11,4	54,2	34,4	14,2	301,1	84,6	63,5

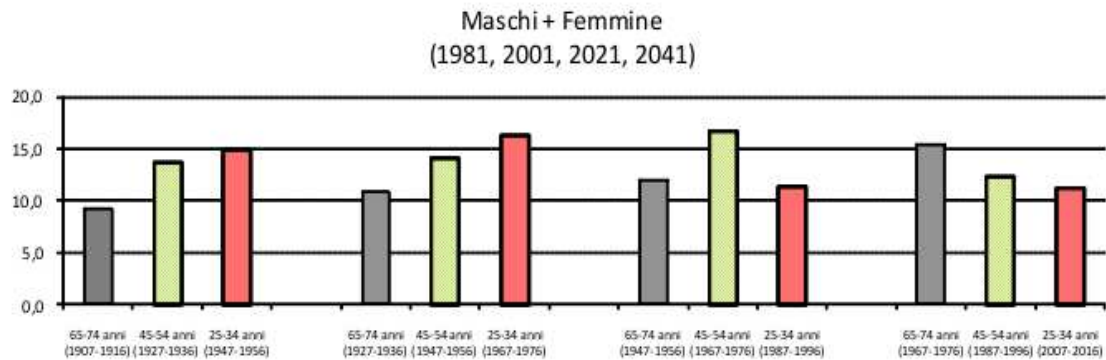
Dati al 1° gennaio dell'anno indicato

Nel lungo periodo, le ipotesi condotte producono conseguenze demografiche che richiedono una valutazione ancora più attenta: l'impatto di una prolungata esposizione alle condizioni demografiche previste produrranno una popolazione che sarà composta per il 34,4 per cento di over 65enni e soltanto per l'11,4 per cento da giovani fino a 14 anni di età. In questo quadro, l'indice di vecchiaia, che misura appunto il rapporto numerico tra anziani e giovani, cresce costantemente per tutto il periodo previsivo, passando da 127 anziani 10 per 100 giovani nel 2000, a 146 nel 2010, a 242 nel 2030 ed alla riguardevole cifra di 301 nel 2050. Tutto ciò è dovuto, come è stato rilevato in precedenza, alla minore numerosità delle generazioni più giovani – dati i bassi livelli di fecondità – ma ancor più al sensibile aumento della sopravvivenza alle età anziane. Aldilà delle possibili deviazioni dalla traiettoria prevista, un fatto rimane comunque assodato: il paese dovrà convivere con una sempre maggiore presenza di anziani e predisporre le strutture per assorbire positivamente l'impatto della nuova situazione. Il progressivo invecchiamento della popolazione, efficacemente rappresentato attraverso le piramidi per età (Figura 2.3) avrà, infatti, un grosso impatto su diverse sfere della società (stato di salute della popolazione, sistema previdenziale, potenziale umano ecc..) e sui bisogni di incrementare e migliorare i servizi sociali, assistenziali e sanitari. ([www.istat.it/dati/catalogo](http://www.istat.it/dati/catalogo))



Se l'invecchiamento oggi è un fenomeno tipico dei PSA, presto interesserà intensamente anche il resto del mondo, infatti, così come – a livello planetario - il XX secolo è stato il secolo della grande crescita demografica, il XXI secolo dovrebbe essere quello del grande invecchiamento. Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione italiana tiene vivi accesi dibattiti non solo perché il nostro Paese è il più vecchio d'Europa e con il tasso di natalità più basso, ma soprattutto in funzione di quelle che sono le preoccupanti proiezioni statistiche dalle quali risulterebbe una presenza ultrasessantacinquenne del 25% nel 2020 e del 37,2% nel 2040. La tendenza in atto che pone l'Italia tra i paesi più vecchi al mondo si spiega alla luce di pochi dati: nel 1975 vi erano 14,5 milioni di under 20enni e 9,6 milioni di over 60enni; nei prossimi due decenni si registrerà uno scambio di cifre con una presenza 6,9 milioni di giovani contro 17,7 milioni di anziani, con un chiaro e logico calo di popolazione in età lavorativa. In verità la forte evoluzione del fenomeno si è registrato già nel XX secolo quando dal 1950 al 2000 si è generato uno scambio numerico giovani-vecchi mai verificatosi prima nella storia dell'umanità. Nel grafico seguente sono evidenziati i tassi di popolazione in Italia per classi di età nel 1981, 2001, 2021, 2041 (Generazioni 1907-1916, 1927-1936, 1947-1956, 1967-1976).

**Tassi di popolazione in Italia per classi di età nel 1981, 2001, 2021\*, 2041\*. Generazioni 1907-1916, 1927-1936, 1947-1956, 1967-1976**



\* Proiezioni ISTAT

Fonte: elaborazione INRCA dai Censimenti ISTAT (1981 e 2001) e da proiezioni ISTAT (2021 e 2041)

Dalla tavola sottostante è possibile scorgere come nel 2003 in Italia gli ultra65enni incidono per il 18,9%, e il rapporto tra questi e gli under 14enni (per 100) vedeva a livello nazionale un valore pari a 133, ovvero 133 anziani ogni 100 giovanissimi.

Fonte: Istat (2003)

Regioni	Popolazione per classe e di età			Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza strutturale degli anziani
	0-14	15-64	65 e oltre			
Piemonte	12,1	66,2	21,6	179	51	33
Valle d'Aosta	13	67,2	19,8	152	49	29
Lombardia	13,3	68,2	18,5	139	47	27
Trentino-Alto Adige	16,1	66,6	17,3	108	50	26
Veneto	13,6	67,9	18,5	137	47	27
Friuli-Venezia Giulia	11,6	66,7	21,8	189	50	33
Liguria	10,6	63,7	25,7	241	57	40
Emilia-Romagna	11,9	65,6	22,5	190	52	34
Toscana	11,8	65,6	22,6	191	53	34
Umbria	12,3	64,9	22,8	186	54	35
Marche	12,9	65	22,1	171	55	34
Lazio	14,1	67,8	18	127	47	27
Abruzzo	13,8	65,4	20,8	151	53	32
Molise	13,9	64,4	21,7	156	55	34
Campania	18,5	67	14,5	78	49	22
Puglia	16,5	67,4	16,1	98	48	24
Basilicata	15,4	65,6	19	124	53	29
Calabria	16,3	66,3	17,5	107	51	26
Sicilia	17,1	65,9	17	99	52	26
Sardegna	13,7	69,9	16,4	120	43	24
Nord	12,8	67	20,2	158	49	30
Centro	13,1	66,5	20,4	155	50	31
Mezzogiorno	16,7	66,8	16,5	99	50	25
Italia	14,3	66,8	18,9	133	50	28

Nei prossimi decenni il fenomeno dell'invecchiamento in Italia seguirà tre direttrici: regioni come la Liguria faranno registrare un calo degli anziani in termini assoluti ma l'incidenza percentuale resterà ancora molto elevata, in regioni come la Campania crescerà il valore assoluto degli ultra 65 anni ma non la loro incidenza sul totale ed, infine, in regioni come la Sardegna crescerà sia il valore assoluto degli anziani che l'incidenza percentuale su tutta la popolazione. A livello provinciale lo stress sociale (*Golini, 1991*), ovvero il forte squilibrio esistente nel rapporto anziani e bambini, si registra principalmente nei territori di Trieste, Savona, Asti, Alessandria e Ravenna mentre a livello comunale il fenomeno sembra particolarmente interessare città come Bologna, Firenze e Genova. In generale i dati a disposizione fanno evincere popolazioni meno mature per le città ed i centri urbani di medie dimensioni. Di contro, un maggiore invecchiamento si ha nelle grandi città (capoluoghi di provincia) e nei centri più piccoli ed isolati. Inoltre, mentre per le aree metropolitane i ritmi di crescita del fenomeno risultano più rapidi ed incisivi, per i piccoli paesi è maggiore l'incidenza anziana sul totale delle proprie popolazioni. E' giusto precisare che l'evoluzione dell'invecchiamento nelle piccole città è stato inizialmente determinato da una maggiore contro urbanizzazione per effetto del fenomeno migratorio, e solo in seguito il calo della fecondità ha spiegato il saldo naturale negativo e quindi l'innalzamento dell'età media della popolazione.

E' importante ricordare, tuttavia, che le diverse modalità evolutive del fenomeno anche in medesime aree territoriali si spiegano in funzione di variabili aventi differente natura quale, ad esempio, l'altitudine sul livello del mare (è facilmente dimostrabile, infatti, una relazione diretta tra altitudine ed età media della popolazione del centro urbano in esame) o il livello d'istruzione. I recenti dati censuari attestano, infatti, una condizione dell'anziano rispetto al livello d'istruzione assai diversificata sia per sesso che per territorio, e rispetto al resto della popolazione un evidente minore livello d'istruzione specie per gli anziani più poveri. Per i più alti gradi d'istruzione emerge un vantaggio a favore degli uomini rispetto alle donne; i differenziali si attenuano per gli anziani con titoli di studio di livello medio ed inferiore. E' intuitivo comunque come nei prossimi decenni il livello d'istruzione medio detenuto dagli anziani debba progressivamente crescere.

Se da un lato, il fenomeno dell'invecchiamento è molto eterogeneo per caratteristiche demografiche, culturali, sociali e territoriali, dall'altro il processo di femminilizzazione in tarda età è un aspetto che riguarda tutte le popolazioni del mondo; per effetto della super mortalità maschile, infatti, il fenomeno dell'invecchiamento sembra coinvolgere maggiormente il sesso femminile. In tal senso, si capisce come mentre la maggioranza degli anziani maschi gode della presenza della moglie negli ultimi anni della propria vita, la donna anziana, di contro, rischi di vivere da sola un maggiore numero di anni rispetto all'uomo; a livello italiano tale squilibrio, più elevato al nord, si riduce nelle regioni meridionali.

In una veloce panoramica tesa ad evidenziare i livelli dell'invecchiamento a livello internazionale emerge subito come il fenomeno costituisca, almeno per ora, una peculiarità dei PSA. Dalla seguente tabella, in cui proponiamo la distribuzione percentuale della popolazione mondiale per gruppi d'età, emerge subito come le maggiori incidenze di anziani i registrino nelle popolazioni dei continenti ricchi. In essi, infatti, pur risiedendo circa il 20% della popolazione mondiale si conta oltre il 40% degli ultrasessantacinquenni ed oltre il 60% degli ultraottantenni.

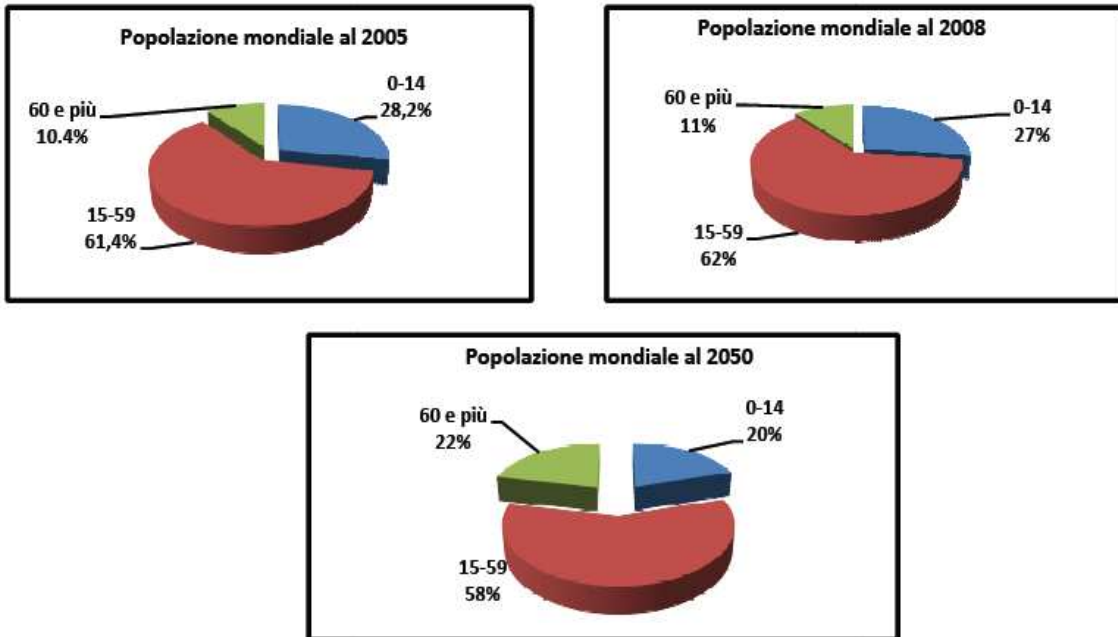
<u>Popolazione mondiale per gruppi d'età (%)</u>			
	<u>Meno di 15 anni</u>	<u>15-64</u>	<u>65 e più</u>
Europa	17,4	67,9	14,7
Nord America	21,3	66,1	12,6
America Latina	31,6	63	5,4
Africa	42,5	54,3	3,2
Asia	29,9	64,2	5,9
<b>Mondo</b>	<b>29,7</b>	<b>63,4</b>	<b>6,9</b>

Fonte: Istituto Geografico De Agostini (2003)

Nonostante oggi in Etiopia – un paese tra i più giovani al mondo – la speranza di vita alla nascita sia di poco più di 41 anni e nei paesi occidentali sia di 78-80 anni le differenze tra i due blocchi (PVS e PSA), nel lungo termine, tenderanno ad assottigliarsi.

Analizzando gli ultimi 50 anni si evince che il maggior incremento della classe anziana nella propria popolazione lo attestano il Giappone con un'impennata addirittura del 200%, la Grecia del 140% e la Spagna del 100%. Circa, invece, la velocità di crescita demografica degli over 80-enni si segnalano l'Italia, l'Austria, il Belgio, il Giappone, l'Olanda che nei prossimi 4 decenni faranno registrare la presenza di un "grande vecchio" ogni 6 individui dell'intera popolazione. Una certa attenzione merita anche la fetta degli ultracentenari dal momento che il loro numero, nei prossimi 50 anni, crescerà di ben 16 volte; supereranno, infatti, il secolo di vita ben 2,2 milioni di unità. Il primato relativo spetterà al Giappone, con una presenza di 2,6 secolari ogni mille individui, seguito da Italia, Norvegia e Svezia con un'incidenza di circa il 2 per mille. Un recente rapporto della Nazioni Unite evidenzia come nel brevissimo periodo l'Europa sarà la regione mondiale col maggior tasso d'invecchiamento registrando la presenza nella popolazione complessiva di 1 "vecchio" ogni tre individui. A stretto giro di ruota, poi, seguiranno l'America del Nord, l'Oceania, l'Asia, l'America Latina e quindi l'Africa che oggi fa registrare un'incidenza anziana nella propria demografia di solo 5 individui ogni 100. Nei seguenti grafici sono rappresentate la popolazione per fasce di età in percentuale nel 2005, 2008 e le previsioni per il 2050. Se si confronta la composizione per fasce di età nel 2008 con le previsioni al 2030, si rileverà una riduzione relativa delle nascite e un aumento della percentuale degli anziani in rapporto alla popolazione globale. Secondo le stime più autorevoli questo trend è destinato a proseguire a lungo. Secondo le stime, gli over60 passeranno dai circa 765,45 milioni attuali a oltre un miliardo e 400 milioni nel 2030, più che raddoppiando in meno di un quarto di secolo. Inoltre è possibile rilevare, comparando il 2008 col 2030, come aumenterà l'incidenza relativa delle fasce di età a partire dai 40-44 anni e come questa incidenza diventerà più consistente dopo i 55 anni, sfiorando un +2% tra i 60 e i 64 anni. Inoltre, per lo stesso lasso di tempo si prevede, in particolare, una crescita della percentuale relativa degli ultra 80enni (+1,2%).

Graf. 1.2 - Popolazione mondiale per fasce di età, v.% (2005 – 2008-2050)



Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati dati Census Bureau 2008

Tab. 1.3 - Età media nei paesi più longevi (2005-2050)

	2005		2050
Giappone	42,9	Cina	54,4
ITALIA	42,3	Rep. Corea	53,9
Germania	41,1	Martinica	53
Finlandia	40,9	ITALIA	52,5
Svizzera	40,8	Giappone	52,3
Belgio	40,6	Singapore	52,1
Croazia	40,6	Slovenia	51,9
Austria	40,6	Ucraina	51,9
Bulgaria	40,6	Slovacchia	51,8
Slovenia	40,2	Lituania	51,7

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati ONU, World Population Prospect– 2007

Il concetto di vecchiaia è molto difficile da definire e circoscrivere; il fatto che la vita media tenda ad allungarsi attesta, infatti, come la terza età si sposti sempre più in là nel non può più essere considerato quale principale variabile di definizione della soglia d'ingresso in età avanzate. E' parere consolidato, infatti, che un ulteriore criterio di individuazione della soglia debba essere collegato al numero di anni che un individuo si attende di vivere in buona salute. Evidentemente tale concetto non può prescindere da variabili quali: il livello di auto sufficienza, l'efficienza fisico-psichica e il contesto e la qualità della vita in cui l'individuo trascorre gli ultimi anni della propria esistenza. Non vi è dubbio, quindi, che uno dei primari problemi dell'invecchiamento sia in relazione alla capacità di individuare modalità, tempi e sistemi atti a soddisfare in maniera efficace e tempestiva le esigenze di una nuova struttura demografica. Se vi aggiungiamo poi un vero e proprio paradosso che vede l'Italia – uno tra i paesi più anziani nel modo e con livelli di fecondità bassissimi – registrare un elevato numero di pediatri contro un esiguo numero di geriatri comprendiamo come ancora poco adeguata sia la percezione di problematiche legate all'evoluzione strutturale della popolazione. Così come succede per qualunque bene economico anche il bene "assistenza sanitaria" non potrà essere consumato così come allo stato attuale e si dovrà produrre più "salute" sfruttando la prevenzione e la diagnosi precoce. La sfida è quindi spostare in avanti la disabilità fisica migliorando la qualità della vita attraverso una equilibrata alimentazione, maggiore attività fisica, più alta regolarità nei checkup sanitari. In generale, l'evoluzione ed i traguardi raggiunti dalla società hanno lentamente ma radicalmente mutato le cause di morte passando da malattie di natura infettiva a malattie degenerative e cardio-vascolari per le quali si muore in 7 casi su 10. Le patologie più diffuse riguardano l'ipertensione arteriosa presente in circa il 60% degli anziani in Italia; incidenza elevata hanno anche la osteo-artrosi, la cardiopatia ischemica e l'ictus cerebrale. Altro male che affligge la terza età è la demenza (5,3% per gli uomini, 7,2% per le donne) con una forma molto nota ed in crescita detta morbo di Alzheimer. (*Sull'invecchiamento*

*della popolazione –Appunti e riflessioni- Bari, 2004, Umberto Salinas e Nunzio Mastrococco)*

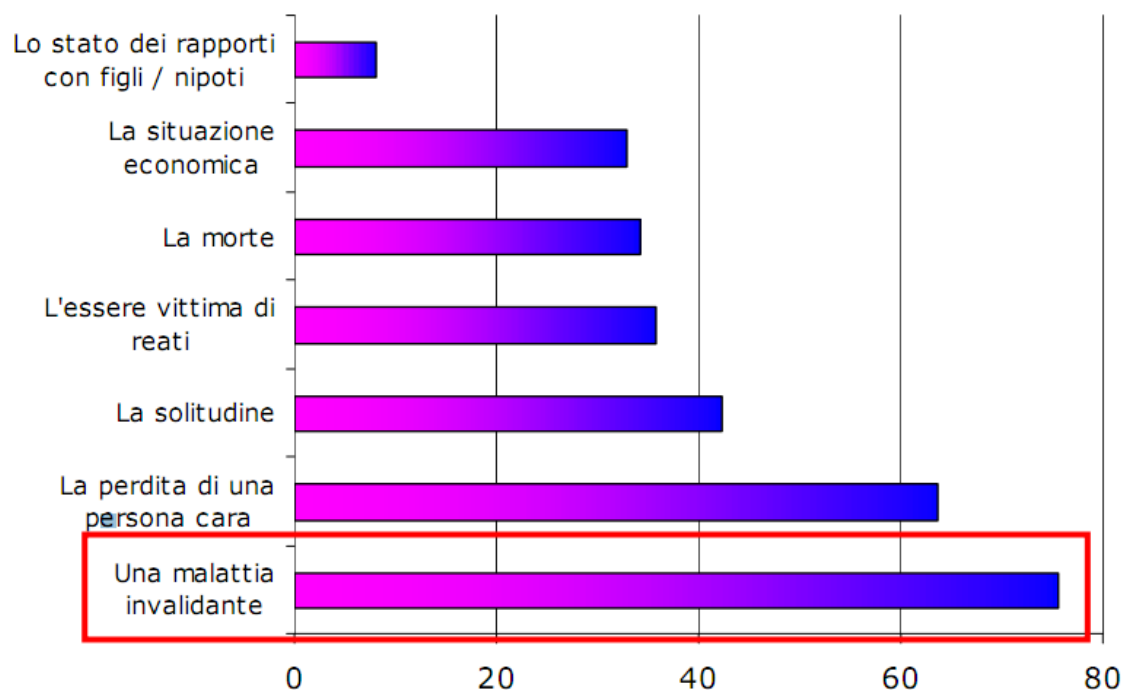


L'aspettativa di vita è aumentata e le condizioni di salute degli anziani di oggi sono in generale buone e in continuo miglioramento. Come suggerisce lo slogan dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "**aggiungere anni alla vita, aggiungere vita agli anni**", oltre a considerare quanto si vive, è importante

capire quanto si vive in buona salute e ciò che rende ottimale la nostra qualità di vita. Nell'arco di solo 5 anni, dal 2000 al 2005, in Veneto, ad esempio, la speranza di vita in buono stato di salute è migliorata di circa 4 anni, più della speranza di vita complessiva, e gli anziani che dichiarano di stare bene o molto bene superano quelli che ritengono di stare male o molto male.

Più spesso sono le donne ad avere una peggiore percezione della propria salute e il divario rispetto agli uomini aumenta con l'età, anche per effetto della maggiore prevalenza di malattie croniche nelle donne anziane.

Ciò nonostante, permane tra gli anziani la paura della non autosufficienza. Di seguito è riportato un grafico in cui sono indicate le principali paure delle persone anziane.



Fonte: Censis / La Repubblica

Anche se essere anziano non significa necessariamente essere malato o disabile, esiste una certa associazione tra vecchiaia e condizione di non autosufficienza. Tra gli anziani che vivono in famiglia, il 17,5% risulta disabile e il fenomeno interessa in prevalenza le donne. Anche la diffusione di patologie cronicodegenerative peggiora la qualità della vita in termini di riduzione o perdita di autonomia nelle abituali attività della vita quotidiana. Se è vero che la vita media si allunga, è vero anche che nell'ultima parte della vita l'anziano non sarà autosufficiente, anzi il periodo compreso tra l'insorgere della non autosufficienza e il decesso è destinato nel tempo a dilatarsi. Inevitabilmente l'invecchiamento progressivo della popolazione comporterà quindi un aumento della domanda di assistenza per anziani. Se finora è stata la famiglia a farsi carico della cura dei propri anziani, è innegabile constatare che faticherà sempre di più per sostenere adeguatamente il carico assistenziale. Considerando che in una famiglia il carico di cura agli anziani grava soprattutto sulla donna, che sempre più si divide tra gli impegni lavorativi e quelli familiari, si può prevedere per il futuro una situazione di faticosa sostenibilità.

Il progressivo allungamento della vita media porta a una compresenza di tre o quattro generazioni, che raramente si traduce in forme familiari di tipo allargato che condividono la stessa casa, piuttosto si preferisce la prossimità abitativa.

La vicinanza aiuta la frequentazione e la relazione, che per un anziano sono fondamentali sia per ridurre la percezione di solitudine, sia per dare sollievo alle attività quotidiane. Solo nel caso in cui per l'anziano si crea una situazione di vedovanza o di non autosufficienza, la



coabitazione diviene più probabile; comunque si tende a trovare una sistemazione in famiglia, ricorrendo all'istituzionalizzazione solo nei casi più gravi.

Ci sono anziani che vivono isolati nelle case o nelle strutture residenziali, altri che vivono la terza età come un nuovo tempo dalle molte opportunità. Oltre a fattori caratteriali della persona, come la vitalità o la capacità creativa, e a situazioni oggettive come le condizioni di salute e la disponibilità economica, l'inclusione sociale della persona anziana dipende

molto dalle relazioni sociali, dai rapporti con la famiglia e i figli, gli amici e dal coinvolgimento nella vita comunitaria. **Estensione ed efficacia delle reti sociali hanno influenza sulla qualità di vita reale e percepita delle persone.**

Si possono considerare tre sfere della socialità: la prima sfera è quella della famiglia e della rete parentale; la seconda coinvolge i rapporti con amici, conoscenti e vicini e la terza sfera riguarda la partecipazione sociale in senso più lato, che si estende alla vita della comunità. Coltivare buoni rapporti anche al di fuori dalle mura domestiche, frequentando o sentendo i parenti, gli amici e i vicini di casa, contribuisce a far diminuire la percezione di isolamento e a creare senso di appartenenza. Dal punto di vista economico gli anziani rappresentano un segmento debole della popolazione. In Italia il 21% degli anziani è a rischio di povertà, più della popolazione complessiva (19%); più esposte le donne anziane, che incontrano maggiori difficoltà economiche date le pensioni mediamente più basse e di modesta entità: circa 1 su 4 è a rischio di povertà. Emerge soprattutto la vulnerabilità degli anziani che vivono da soli, specie donne vista la loro maggiore longevità. Per l'anziano le spese per l'abitazione risultano più impegnative e possedere la casa può diventare fonte di preoccupazione economica, piuttosto che uno status di ricchezza.

La casa è il centro dell'esistenza dell'anziano che, per i ricordi, i legami affettivi e per le abitudini consolidate, difficilmente è disposto a lasciare l'abitazione di una vita, anche se oramai troppo spaziosa o non più adatta alle sue condizioni. La dimensione "abitare" incide sulla qualità della vita, nel suo significato individuale, familiare e comunitario. Invecchiando, l'anziano trascorre in casa gran parte del tempo, l'abitazione quindi dovrebbe rispettare standard qualitativi adeguati, specie nelle infrastrutture. Anche la zona di residenza risulta rilevante: la posizione della casa e il contesto circostante incidono infatti sull'inclusione sociale degli anziani, consentendo loro di essere indipendenti, di mantenere i contatti sociali, di sentirsi attivi e parte di una comunità.

In tutte le società sviluppate le donne vivono in media più a lungo degli uomini: in Italia nell'arco di un quarantennio (1950-1990) l'aspettativa di vita di una sessantenne è aumentata da 17,5 a 23 anni;

gli uomini della stessa età, invece, a causa della supermortalità maschile hanno fatto registrare nello stesso periodo un guadagno di vita media residuo molto più contenuto, con la conseguenza che l'invecchiamento colpisce molto di più la popolazione femminile di quella maschile. ([www.regione.veneto.it/statistiche](http://www.regione.veneto.it/statistiche))

Quanto alle prospettive è comune pensare, da parte di vari studiosi (biologi, geriatri, demografi) che, alla luce delle cognizioni attuali, la vita media possa in un prossimo futuro ulteriormente allungarsi: molto dipenderà da come l'individuo e la società si porranno di fronte ad esso, e da come verranno risolti molti dei problemi, specie sanitari, inerenti l'invecchiamento individuale e collettivo. Ma è qui che vediamo un mondo correre su due binari diversi. Chi vive in piccoli stati ricchi e industrialmente sviluppati, come Andorra, Macao, San Marino e Honk Kong ha sviluppato una prospettiva di vita migliore del cittadino africano, continente dove si passa dai 58 anni del Senegal - il più longevo paese africano - ai 31 del Botswana, dove fame, malattie e povertà arretrano questo paese e quelli meno sviluppati ad un'epoca medievale. (*Sull'invecchiamento della popolazione –Appunti e riflessioni- Bari, 2004, Umberto Salinas e Nunzio Mastrococco*)

Ecco allora svilupparsi l'importanza della prevenzione, concetto da intendersi sul miglioramento delle condizioni di vita e sull'eliminazione dei fattori di rischio che, supponendo le maggiori cause di morte collegate fra loro, modificandoli ed eliminandone le cause predisponenti si rende possibile prevenire l'insorgenza delle più comuni patologie. Per esempio, la diminuzione degli indici di mortalità infantile e materna ringiovanisce la popolazione allargando la base della piramide dell'età. Oppure, eliminando il fumo di sigaretta si interviene su uno dei fattori di rischio per patologia cardiaca, ictus e diverse forme di cancro. Riducendo quindi questo o quei fattori di rischio per patologie multiple si riduce simultaneamente la mortalità, e il conseguente miglioramento dello stile di vita potrebbe continuare fino a raggiungere una perfetta forma di modo di vivere alla base di tutti i programmi di salute e prevenzione adottati nel mondo. Inoltre invecchierà meglio e più tardi chi ha sempre avuto una alimentazione priva di eccessi, chi ha mantenuto un buon tono muscolare per mezzo di un'attività sportiva, chi ha lavorato fino a tarda età. Coloro infatti che smettono di lavorare a 55 anni presenterebbero un tasso di mortalità quasi doppio rispetto a quelli che continuano a lavorare fino a 65 anni. Lo dimostra uno studio, pubblicato sulla rivista British Medical Journal, che ha coinvolto oltre 3500 impiegati dell'industria petrolchimica Shell, andati in pensione a 55, 60 o 65 anni di età.

([www.fitwoman/articoli/desenectude.it](http://www.fitwoman/articoli/desenectude.it))

“Vecchio che soffre, Vincent van Gogh, 1882



“Vista da giovani la vita è un avvenire infinitamente lungo, vista da vecchi un passato molto breve”

Arthur Schopenhauer

## CAPITOLO 4 ANZIANI E CAREGIVER

Come già citato, la vita media si è allungata ed i cittadini che hanno superato i 70, se non gli 80 anni sono sempre più numerosi e si trovano ad affrontare da soli le molteplici carenze assistenziali, economiche, previdenziali, ed affettive, che la nostra società difficilmente riesce ad affrontare.

L'invecchiamento della popolazione è tipicamente accompagnato da un aumento del carico delle malattie soprattutto croniche che hanno come conseguenza, la pressione sul sistema sanitario mondiale aumenta.

L'affrontare queste malattie impone alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute e economici a causa proprio della lunga durata di queste malattie, dell'abbassamento della qualità della vita e dei costi per le cure.

Allora forse è necessario documentarsi sulla situazione degli anziani, cercando di comprendere le loro molteplici esigenze e, aiutandoli quindi dove possibile a recuperare quanto di buono c'è ancora in loro, a svolgere un ruolo attivo nella società a favore di altri più bisognosi, assistendoli non solo nei casi di idoneità fisica, ma ancor di più dove necessitano la parola, l'affetto e la compagnia. Tutti questi comportamenti devono essere una regola di vita per ognuno di noi, proprio per tutelare il nostro futuro e dare un insegnamento alle generazioni che verranno.

Fatte queste premesse possiamo definire che il ruolo dell'anziano nella nostra società è dettato dalle sue condizioni fisiche, in quanto l'insicurezza scandita dall'età fa sì che loro dipendano sempre più dai parenti, limitando la loro autonomia.



Prendersi cura quotidianamente di una persona con una disabilità causata da un'improvvisa e grave malattia, dal peggioramento delle condizioni cognitive, da una patologia cronica e degenerativa, da una malattia genetica invalidante e progressiva o dall'età avanzata, può essere, per chi fa assistenza, fisicamente ed emotivamente faticoso nonché economicamente dispendioso. E' importante collocare al centro dell'assistenza la persona nella sua globalità.

Il "prendersi cura" è un atteggiamento, una modalità relazionale, un modo di essere che significa attenzione a riconoscere e rispettare la persona nel suo essere, accettando le sue caratteristiche, i suoi modi, i suoi affetti, i ricordi e i bisogni.

La figura del caregiver - ovvero colui che si prende cura di una persona con disabilità - è andata via via modificandosi nel corso degli anni.

Il caregiver è la persona che si prende cura di un altro individuo che non riesce a occuparsi di se stesso in modo autonomo e si preoccupa di rispondere ai suoi bisogni fisici, psichici e sociali. Quando questa figura è rappresentata da un familiare, si parla di caregiver spontaneo o informale e ci si riferisce, quindi, a una persona inesperta di assistenza che, da un lato, deve riuscire improvvisamente a occuparsi di un proprio congiunto malato - garantendo una cura continua e costante - e dall'altro deve fare i conti con le proprie paure, il proprio dolore e deve affrontare tutte le difficoltà legate all'attività di caregiving, quali i cambiamenti di ruolo, le perdite economiche, la riduzione del tempo libero, l'aumento dello stress quotidiano. Il caregiver formale è considerato invece l'assistente legato al malato da un rapporto di lavoro; il carico emotivo, fisico ed economico di quest'altra figura nei confronti dell'assistito sarà ovviamente inferiore o, comunque, diverso da quello del familiare. *.( Prendersi cura e dintorni: Articolo tratto da DM 167 - dicembre 2008, dell'Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare)*

Il tempo dedicato dal caregiver all'attività assistenziale può raggiungere l'equivalente di una giornata lavorativa, il che significa che nelle situazioni più gravi la funzione di caregiver diventa pressoché incompatibile con qualsiasi attività lavorativa.

Anche per quanto riguarda l'attività di vigilanza/sorveglianza è richiesto molto tempo che aumenta con il progressivo avanzare della malattia.

Davanti al decadimento cognitivo, i caregiver, solitamente il coniuge o i figli, si trovano nella condizione di dover reimpostare totalmente la propria vita familiare e spesso anche lavorativa; non è un cambiamento facile e non tutti sono in grado di accettarlo.

Nel caso dei figli, è assai frequente il rifiuto inconscio ad accettare l'idea della malattia invalidante per i propri genitori. Infatti la generazione dei 40-50 anni di oggi non è sempre pronta per un cambiamento di questo genere e per alcuni di loro è indispensabile il sostegno psicologico.

Spesso il carico assistenziale all'interno della famiglia, è gestito da un'unica persona in quanto gli altri membri gradatamente abbandonano il peso dell'assistenza, delegando sempre più ad un solo membro della famiglia. Il familiare che si occupa dell'assistenza, rischia così di essere isolato e di isolarsi emotivamente e socialmente dalla vita pubblica e privata, fino ad arrivare gradualmente ad una vera e propria crisi psichica.

È stato sottolineato anche che spesso, pur con le risorse economiche necessarie, è complicato trovare un assistente adeguato e per il caregiver informale anche la ricerca del/della badante con cui condividere l'assistenza può essere motivo di preoccupazione e di stress, ancor più gravoso quando le risorse finanziarie sono insufficienti.

Per la maggioranza delle patologie legate all'invecchiamento, la terapia farmacologica è solo un aspetto dell'approccio terapeutico al paziente, che deve necessariamente essere globale (farmacologico, riabilitativo e socio-assistenziale), incentrando l'interesse sulla persona malata nella sua totalità, provvedendo alla sua gestione nelle varie fasi della malattia, fornendo supporti diversi a seconda delle necessità o della gravità della malattia stessa.

E' quello che accade con una delle patologie invalidanti più comuni che colpisce una persona su dieci dopo gli 85 anni di età: la **malattia di Alzheimer** (Mda).

#### **4.1. Impatto delle malattie debilitanti, quali Alzheimer, sui caregiver**

Questa provoca un deterioramento progressivo della memoria, del ragionamento tale da alterare le capacità di svolgere le normali attività quotidiane del paziente.

Diversamente dalla innocua smemoratezza tipica degli anziani, l'Alzheimer è una vera condizione di malattia, che un medico può diagnosticare con diversi test che esplorano l'area cognitiva, funzionale e comportamentale, integrando i risultati con esami di diagnostica per immagini del cervello (TAC, NMR).

La Mda è caratterizzata dalla morte di cellule nelle aree del cervello che controllano la memoria, il pensiero e il linguaggio. Con l'aumentare del numero di cellule colpite, aumentano il numero e la gravità dei sintomi che si manifestano. Per questa ragione la Mda viene definita una malattia degenerativa e progressiva.

La demenza di Alzheimer ha, in genere, un inizio subdolo: le persone cominciano a dimenticare alcune cose, per arrivare al punto in cui non riescono più a riconoscere nemmeno i familiari e hanno bisogno di aiuto anche per le attività quotidiane più semplici. Il decorso della malattia è lento e in media i pazienti possono vivere fino a 8-10 anni dopo la diagnosi. (© *Cnesps - Istituto superiore di sanità - 2001-2010*)

Oggi purtroppo non esistono farmaci in grado di fermare e far regredire la malattia e tutti i trattamenti disponibili puntano a contenerne i sintomi.

Fra le varie terapie non farmacologiche proposte per il trattamento della demenza di Alzheimer, la terapia di orientamento alla realtà (ROT) è quella per la quale esistono maggiori evidenze di efficacia (seppure modesta). Questa terapia è finalizzata ad orientare il paziente rispetto alla propria vita personale, all'ambiente e allo spazio che lo circonda tramite stimoli continui di tipo verbale, visivo, scritto e musicale.

Proprio a causa della sua progressività, questa malattia dà, nel corso degli anni, difficoltà sempre maggiori a vivere la vita quotidiana, fino a non riuscire più ad essere autonomi e ad aver bisogno di assistenza ed aiuto continuo.

Per questo, in Italia sono presenti delle strutture che possono fornire l'assistenza medica appropriata e l'aiuto sanitario e sociale necessario, come l'ospedale Pio Albergo Trivulzio dove a tal proposito abbiamo intervistato la direttrice della sezione San Carlo:

*d-“Quanti sono i posti letto per gli anziani e per i malati di Alzheimer qui al Trivulzio?”*

*r-“Ci sono due nuclei : 1 riabilitativo per i malati di Alzheimer con 70 posti letto e si tratta di ricoveri temporanei; 1 RSA( residenza sanitaria assistenziale) con 82-83 posti letto. In più, c'è l'ambulatorio UVA (unità valutativa Alzheimer)”.*

*d-“Il Trivulzio è autofinanziato?”*

*r-“No. La riabilitazione viene finanziata dal sistema sanitario regionale (SSR) e dal comune che pagano una retta giornaliera diversa per tipo di riabilitazione che può essere specialistica, generale o di mantenimento (è come un ricovero ospedaliero).*

*Mentre per quanto riguarda l’RSA, viene finanziata una parte dal SSR e comune e una parte viene pagata dall’interessato (sono ricoveri definitivi)”.*

*d-“La nuova palazzina per i malati di Alzheimer che è stata inaugurata recentemente si occuperà anche di ricerca o sarà solo un centro di ricovero?”*

*r-“Nella palazzina ci sono due RSA per ricoveri preferibilmente definitivi. La ricerca è solo di tipo assistenziale”.*

*d-“Nel campo della sperimentazione clinica, come viene gestito il consenso informato per i pazienti di Alzheimer?”*

*r-“Quando il malato perde la lucidità, il parente non ha valore formale, ma solo etico. Gli unici soggetti autorizzati sono l'amministratore di sostegno o il tutor: questi vengono nominati dall'ufficio tutela secondo la normativa del 2004 e il 90% è un familiare, ma può essere nominato anche un estraneo nel caso in cui in famiglia nessuno voglia occuparsi del malato, ed è più frequente di quanto non si pensi, oppure quando l'anziano è solo”.*

*d-“Lei ha parlato di relazione tra co-morbilità e demenza di Alzheimer: da chi e come mai viene sottovalutata questa relazione?”*

*r-“Questo succedeva soprattutto in passato perchè si pensava che chi soffrisse di questa malattia non avesse nessun altro tipo di problema, ora invece è documentato che la presenza di altre malattie aumenta la mortalità e la morbilità aumenta con l'aumentare della severità della demenza”.*

*d-“Come si può diagnosticare tempestivamente questa malattia i cui segnali spesso vengono sottovalutati?”*

r-“Recandosi dal medico di medicina generale che dovrebbe indirizzare il paziente all’UVA, ma ci si trova spesso davanti una mal pratica clinica, uno screzio culturale e si tende ad addossare alla vecchiaia tutti i sintomi che sono tipici dell’Alzheimer, come la discreta capacità di autonomia. Se portato nelle strutture ambulatoriali, il paziente viene sottoposto a molteplici esami come neuropsicologia, fisiatria che permettono un’adeguata analisi e l’intervento nella riabilitazione”.

d-“Secondo lei, lo stato si interessa adeguatamente all’anziano e alle sue problematiche? Cosa si potrebbe fare in più per loro?”

r-“No. La prima cosa da fare che sembra anche scontata, ma che è molto importante è potenziare i servizi domiciliari: consideri che l’80% degli affetti da questa patologia vive a domicilio. L’Italia ha la percentuale più bassa in Europa: < 2% in strutture residenziali contro il 5% in Europa e il 2% in servizi domiciliari contro il 7 % in Europa.

Un’altra alternativa è attivare i medici di medicina generale per garantire un supporto domiciliare-sanitario alle famiglie dei malati. Infatti, i familiari dovrebbero essere tutelati perché c’è un enorme dispendio in termini economici (badanti molto spesso extra-comunitarie che vengono pagate a nero proprio per non avere altre spese), in termini di tempo (l’assistenza o la gestione di essa li porta a gestire il loro tempo in maniera del tutto diversa mettendo in discussione anche l’attività professionale), in termini psichici sia per il caregiver (accudire un malato è uno stress enorme) che per il malato stesso (ripagano in salute l’essere assistiti). Per farle capire l’interesse della nostra regione, la regione Lombardia è stata la prima nel 1994 ad attuare un progetto per attivare nuclei Alzheimer coinvolgendo strutture universitarie, grossi centri di geriatria come il Trivulzio garantendo un ricovero per 30/60 giorni a carico del SSR”.

d-“Quali risultati hanno apportato fin ora le terapie alternative quali: treno, musicoterapia e daily-therapy?”

r-“Queste tecniche vengono utilizzate nelle RSA in pazienti con gravità da moderata a severa dove si sente l’esigenza di contenere e controllare il comportamento dei malati per limitare il ricorso a farmaci neurolettici. Sull’associazione farmaco e trattamento non farmacologico se ne interessa anche l’ American Accademy of Neurology”.

d-“Lei ha parlato dell’aumento di tasso di morte dal 2004 al 2008. Come mai è avvenuto ciò?”

r-“La mortalità è aumentata e aumenta tutt’ora per i pazienti che provengono dall’ospedale perché sono più compromessi e, seppur aumenta l’istituzionalizzazione, aumenta anche la mortalità”.

d-“Qui al Trivulzio possono essere ricoverati pazienti di altre regioni?”

*r-“Si. Per la riabilitazione, c’è bisogno dell’autorizzazione da parte delle ASL di appartenenza. Per l’RSA, di solito si fa il trasferimento di residenza.”*

Al medico di famiglia sono stati attribuiti i compiti di valutare le condizioni di salute della persona, ipotizzare la presenza della malattia e mettere in contatto il malato e la sua famiglia con le Unità Valutative Alzheimer.

Le Unità Valutative Alzheimer, in sigla UVA, sono infatti dei Centri ospedalieri specializzati delle divisioni di neurologia, di psichiatria e di geriatria, che hanno il compito di valutare la gravità della malattia, di stabilire la terapia appropriata, di attivare una serie di iniziative per il sostegno alle famiglie e di assicurare gratuitamente due medicine disponibili in un primo periodo presso il Centro stesso e poi nelle farmacie, su presentazione della ricetta compilata dal medico di famiglia.

Quando si parla d’Alzheimer si parla della malattia (dal punto di vista clinico), ma ancora poco si parla di quelle persone obbligate a fermarsi, a pensare e sostenere il pesante carico dei problemi assistenziali. Assistere un malato di Alzheimer comporta un aiuto per la maggioranza dei gesti e degli atti della vita quotidiana; la sorveglianza è quindi necessaria sia di giorno che di notte ed il familiare resta in costante allarme. Lo sforzo fisico di chi assiste un anziano demente non è tanto grave per la sua intensità, quanto per la durata che è senza tregua.

L’ambiente familiare rappresenta quasi sempre la soluzione di assistenza più adeguata, grazie alla ricchezza di contenuti umani e relazionali; i servizi devono quindi tendere a mantenere la persona nel suo ambiente di vita, supportare la famiglia, offrire soluzioni alternative, quando il supporto manca o viene meno, assicurare continuità assistenziale mediante dimissioni programmate.

L’approccio assistenziale al malato di Alzheimer deve, inoltre, qualificarsi per un alto livello di cure specifiche, mirate al mantenimento dello stato funzionale al massimo grado possibile che durerà molto a lungo in questo tipo di patologia, sia dal punto di vista cognitivo-affettivo (ad esempio attraverso esercizi di riattivazione della memoria), sia da quello clinico-motorio (attraverso fisioterapia individuale e di gruppo, tesa a recuperare la consapevolezza del proprio corpo). Ne risulta un aumento della dignità, del controllo e dell’autostima del paziente, con maggiore possibilità di permanere nel proprio ambiente.

Il tipo di assistenza richiesta costituisce una grave responsabilità perché l’individuo malato perde a poco a poco la sua facoltà di giudicare, di esprimersi, di apprezzare e diventa sempre più dipendente; in più se si considera il fatto che il malato non riesce più ad esprimere le sue esigenze a parole, questo comporta il dover imparare a comprendere con altri mezzi (comunicazione non verbale).

Il cambiamento di personalità ed i comportamenti talvolta anormali e spesso imprevedibili sono difficili da sopportare tanto da dare dispiaceri anche se si è consapevoli che il malato lo fa senza cattiveria.

Infine a tutti questi elementi si aggiunge l'immenso dolore di vedere una persona cara perdere gradualmente e in modo irreversibile, la sua autonomia e le sue facoltà cognitive e inizia a non riconoscere nemmeno i suoi familiari.

All'interno della famiglia, sin dalla diagnosi, si stabilisce un equilibrio che si evolve e si aggiusta con la progressione e della malattia ma che può essere messo in crisi da eventi gravi quali la malattia del caregiver, l'aggravamento dei disturbi comportamentali, l'aggravamento della salute del malato.

L'informazione sulla natura della demenza, sulle capacità residue del malato, sugli interventi e sulle strategie appropriate da mettere in gioco, sulla rete dei servizi nonché il supporto delle associazioni sono in grado di rafforzare l'equilibrio familiare riducendo le conseguenze negative sul familiare che assiste. Capire le proprie emozioni può essere di aiuto nella gestione del paziente, così come può essere utile per se stessi. Alcune delle emozioni che si possono sperimentare in questi casi sono: depressione, senso di colpa, rabbia, imbarazzo, solitudine, e forse anche altre. *(Vivere con un malato di Alzheimer Edizione italiana tratta da Alzheimer's Disease - Help for Caregivers Copyright 1994 Organizzazione Mondiale della Sanità Divisione Salute Mentale)*

Molte persone che assistono questo tipo di malati hanno trovato grande supporto nei gruppi di auto-aiuto.

È comune sentirsi in colpa per il fatto di provare rabbia perché si avverte che non si potrà sostenere a lungo un così gravoso carico di assistenza, per cui si comincia a pensare al collocamento del paziente in una struttura assistenziale.

La Casa di Riposo si trova quindi a dover accogliere un anziano in uno stadio di demenza avanzato, con familiari stressati e colti dai sensi di colpa per essersi arresi.

Dal punto di vista della persona affetta da demenza, essere inseriti in un nuovo ambiente e trovarsi di fronte a persone sconosciute ed emotivamente non significative, comporta nella maggioranza dei casi un peggioramento del disturbo.

Sulla cura e sull'assistenza per la malattia di Alzheimer, al supporto e al sostegno dei malati e dei loro familiari, alla tutela dei loro diritti in sede sia legislativa sia amministrativa se ne occupano alcune federazioni come la Federazione Alzheimer Italia che è la maggiore organizzazione nazionale di volontariato senza fini di lucro dedicata alla promozione della ricerca medica e scientifica dell' Alzheimer.

La missione di questa federazione è garantire una migliore qualità di vita al malato e ai suoi familiari perché è l'unico obiettivo che oggi può realisticamente raggiungere chi ha deciso di mettersi dalla parte del malato e dei suoi familiari.

L'attività di sostegno e cura ad anziani fragili, in particolare se affetti da demenza, se non adeguatamente supportata può provocare un peggioramento significativo della qualità della vita e della salute mentale e fisica del caregiver principalmente coinvolto, che sperimentando elevati livelli di tensione emotiva e psicologica, finiscono col diventare a loro volta una "seconda vittima" delle patologie invalidanti che colpiscono la persona con demenza, ed in quanto tale a loro volta bisognosi di assistenza.

Pertanto una maggiore e mirata formazione ai caregiver significa promozione della salute, miglioramento del benessere e minori costi socio-sanitari. Significa sviluppare le competenze, capacità e conoscenze dei formatori per ribaltarle sulle persone in formazione, creando un respiro circolare che avvolge anche le persone dementi da assistere.

Poiché una completa ed efficace assistenza alle persone con demenza richiede un'organizzazione di cure anche domiciliari complesse e costose, il rischio è che, a causa della limitatezza delle risorse economiche dei sistemi di salute pubblica e sociale, la famiglia e il lavoratore che eventualmente la sostiene siano lasciati del tutto soli nella gestione dell'assistenza.

E d'altra parte anche i caregiver impegnati nelle strutture necessitano di percorsi formativi di rinforzo e sostegno.

#### **4.2. Centro Maderna: progetto Ring**

E' con quest'obiettivo che nasce il Centro Maderna, di Stresa, attualmente l'unico centro di documentazione sui temi dell'invecchiamento presente in Italia.

Tra le altre attività, il centro Maderna progetta, coordina e gestisce servizi educativi presso strutture residenziali e nuclei di Alzheimer, e il cui scopo è quello di migliorare la qualità della vita degli anziani all'interno delle strutture. Selezionare e diffondere informazioni sulle tematiche legate all'invecchiamento e all'assistenza delle persone anziane costituisce un punto cruciale per il Centro e a questo scopo si occupa anche di realizzare delle ricerche finalizzate ad indagare i bisogni della popolazione anziana nell'ottica di ridefinire delle politiche di interventi in senso preventivo e progettuale.

Ci siamo recate a questo centro e abbiamo raccolto questa intervista:

*“Il centro Maderna è una cooperativa sociale che opera per migliorare i servizi rivolti alla popolazione anziana e favorire un invecchiamento attivo. Forniamo supporti formativi, informativi e di consulenza a coloro che operano in ambito sociale e sviluppiamo progetti che valorizzino la partecipazione attiva delle persone anziane all'interno della comunità. Il nostro centro di documentazione sui temi dell'invecchiamento e della vita in età anziana è attualmente l'unico esistente in Italia. La nostra rete di collaboratori è composta di formatori, consulenti, educatori, animatori, assistenti sociali, ricercatori, psicologici e geriatri, ministeri, comuni, università e istituti di ricerca.*

*Gli ambiti di informazione sono : formazione, consulenza, servizi educativi , animazione sul territorio, servizi informativi e ricerca sociale. La formazione si basa sul modello socio-culturale o di comunità che vede nel gruppo l'oggetto ed il soggetto della pratica animativa/formativa. L'attività d'aula prevede l'alternanza di momenti teorici a esercitazioni pratiche (brainstorming, simulazioni, esercitazioni di gruppo).*

*I formatori usano il cinema come stimolatore di riflessione, semplificazione di comunicazione, mediatore emotivo scegliendo alcuni spezzoni del film come supporti nei percorsi di formazione. Alcuni corsi svolti: **corsi di preparazione al pensionamento**: il corso offre ai partecipanti l'occasione di confrontarsi con le diverse percezioni relative al pensionamento e all'invecchiamento per affrontare in modo consapevole uno dei passaggi cruciali della vita. **Dire, fare, creare**: il corso si propone di stimolare e di riflettere sulla creatività fornendo stimoli e idee creative. Attraverso l'attività di consulenza, il centro si propone in qualità d'agente del cambiamento operando a fianco di coloro che sono impegnati nella realizzazione dei progetti e nella gestione dei servizi. Alcune consulenze richieste al centro: organizzazione e promozione di eventi, analisi dei bisogni territoriali ed individuazione delle strategie di intervento per il miglioramento dell'offerta dei servizi e il loro potenziamento. Gli educatori professionali del centro collaborano con tutta l'équipe assistenziale delle strutture lavorando con le persone anziane in sessioni individuali e di piccolo gruppo. Tra le attività proposte, che hanno tutte l'obiettivo trasversale l'espressione e la socializzazione, vengono realizzate più frequentemente alcune come la **lettura del giornale**: serve per mantenere il collegamento con la realtà esterna, l'orientamento spazio-tempo e stimolare la capacità critica; **stimolazione sensoriale (tattile, audiovisiva)**: lo scopo è quello di stimolare i depositi sensoriali nonché l'espressione e la socializzazione; **Alzheimer caffè**: serve per stimolare la memoria prassica attraverso la ritualità, per stimolare l'espressione e per rendere più familiare la struttura. **Lavori domestici e di giardinaggio**: ha gli stessi obiettivi dell'Alzheimer caffè. L'animazione socio-culturale o di comunità si propone un doppio intento: da una parte aiutare le persone in una corretta definizione dei propri bisogni, dall'altra promuovere processi di risposta ai bisogni emersi. L'animatore lavora con gruppi di persone proponendo, in una prima fase, delle attività che permettono ad ognuno di prendere coscienza delle proprie competenze e capacità, per poi arrivare a far emergere la progettualità individuale e di gruppo in percorsi finalizzati all'autonomia. Tra i progetti: realizzazione di **corsi e laboratori** finalizzati al mantenimento dell'autonomia delle persone anziane, alla partecipazione attiva nella comunità: laboratori di allenamento nella memoria, corsi di primo approccio al PC e a internet. Progettazione, organizzazione e realizzazione di corsi nell'ambito delle Università della terza età. I servizi informativi si occupano di selezionare, analizzare e diffondere informazioni sulle tematiche legate all'invecchiamento e all'assistenza delle persone anziane.*

*La consapevolezza di ciò che non ha funzionato permette di non ripetere gli stessi errori e la conoscenza delle esperienze positive può attivare processi di emulazione che, non raramente, generano nuove originali iniziative. Esempi di servizi informativi: **Banca dati bibliografica:** contiene riassunti di articoli provenienti dalla stampa specializzata nazionale ed internazionale. **News:** segnalazioni delle notizie più interessanti estratte dalle 600 testate monitorate dal centro. **Calendario:** segnalazioni di convegni, corsi e seminari. **Newsletter settimanali:***

*contenente una rassegna delle notizie pubblicate sul sito del centro. Infine, il centro Maderna realizza ricerche finalizzate a indagare i bisogni della comunità e le strategie di risposta ai bisogni della popolazione anziana. Con noi collaborano : l'Università Cattolica al Sacro Cuore di Milano, il comune di Verbania, la provincia di Novara, la regione Piemonte, il Ministero del lavoro, il Ministero della solidarietà sociale e la comunità montana Cusio-Mottarone.”*

A sostegno dei caregiver nasce, proprio in questi centro, il progetto Ring che intende aumentare le competenze dei caregiver, migliorare il livello di stress e ansia a beneficio anche di coloro che ricevono le cure, implementare le competenze dei formatori che operano in campo sociosanitario, promuovere l'inclusione sociale delle persone immigrate e diffondere cultura sul tema attraverso il partenariato europeo. I formatori ne possono fare richiesta in maniera gratuita. Il kit prevede un sostegno psicologico, controllo di ansia, stress, emozioni, gestione del comportamento problematico, a cui si è assolutamente impreparati. Il kit, si compone di tre elementi: un libretto per i caregiver curato dalla Fondazione Sospiro, un programma per il sostegno emotivo dei caregiver realizzato dalla Fondazione Ingema, e un Dvd curato dal Centro Maderna contenente scene di film che trattano il tema degli anziani.

In maggio poi partirà la fase di sperimentazione del Kit Ring, nato dal progetto Ring finanziato dall'Unione Europea, promosso dalla Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie della Città di Torino e frutto della collaborazione tra diverse realtà nazionali ed internazionali quali le ASL Torino1 e Torino2, il Dipartimento Scienze dell'Educazione e della Formazione dell'Università di Torino, la Fondazione Sospiro di Cremona, l'Università S.Cuore di Roma, l' Università della Transilvania in Romania, la Municipalità di Istanbul in Turchia e la Fondazione Ingema di S. Sebastian in Spagna.

La sperimentazione di questo molteplici strumento, linguisticamente e culturalmente adattato ai vari contesti nazionali, avrà dunque luogo a partire da questo mese nei quattro paesi partner nel progetto, vale a dire in Italia (Torino, Roma, Cremona), Romania, Spagna e Turchia. Una volta sperimentato e validato verrà poi reso disponibile su scala nazionale.

“Le tre età della donna”, Gustav Klimt, 1905, Galleria Nazionale d’Arte Moderna, Roma



“La giovinezza è felice perché ha la capacità di vedere la bellezza.  
Chiunque sia in grado di mantenere la capacità di vedere la bellezza  
non diventerà mai vecchio”

Franz Kafka

## CAPITOLO 5

### LA SOSTENIBILITA' ECONOMICA, SOCIO-SANITARIA E DEMOGRAFICA DELL'INVECCHIAMENTO

*"Con il passare degli anni, gli alberi diventano più forti e i fiumi più larghi. Alla stessa maniera, con l'età, gli esseri umani conquistano un'incommensurabile profondità ed una vasta esperienza e saggezza. E' per questa ragione che le persone anziane non dovrebbero soltanto essere rispettate e riverite, ma dovrebbero essere impiegate per quella ricca risorsa per la società che essi rappresentano"*

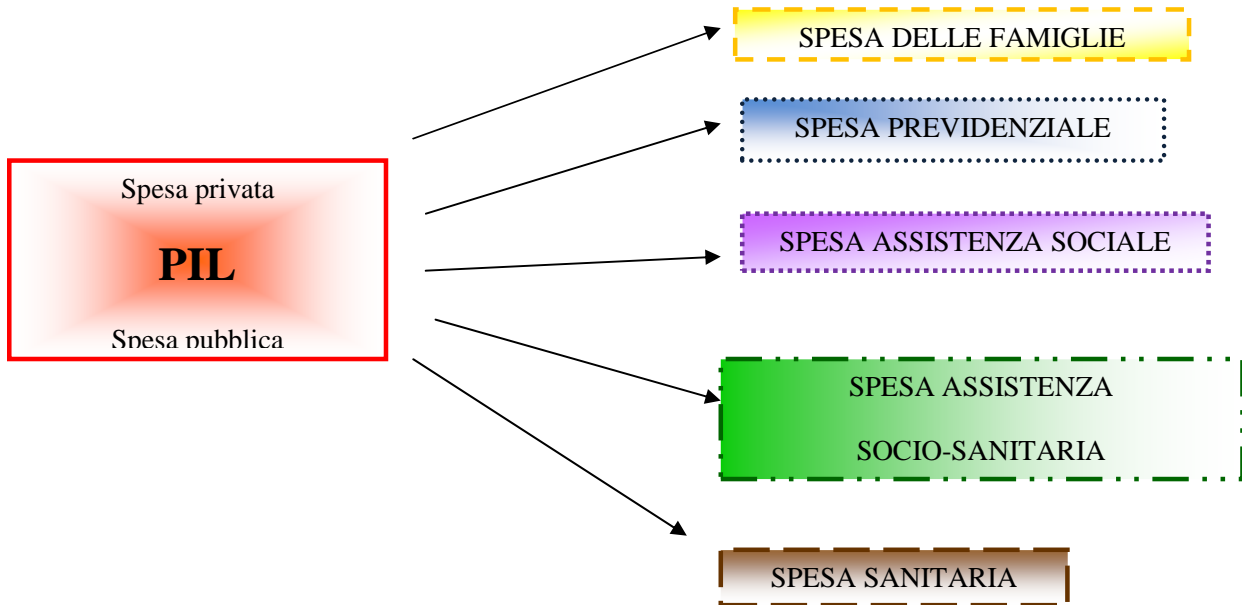
- Il Segretario Generale delle Nazioni Unite, Kofi Annan



“Invecchiare è un privilegio e una meta della società. E’ anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo”. Con questo messaggio, l’Organizzazione Mondiale della Sanità, sottolinea come oggi la terza età si qualifichi realmente come nuova fase dell’esistenza, che può puntare a una migliore qualità della vita, ma che esige anche un’attenzione specifica da parte del sistema sociale.

Come già detto in precedenza la popolazione mondiale, e in particolare la popolazione italiana sta invecchiando. A partire da questo inevitabile processo e considerata la maggiore necessità da parte di questa categoria di risorse socio-assistenziali e la difficoltà da parte delle autorità di farne fronte, abbiamo effettuato una rapida analisi dei costi dell’invecchiamento e l’impatto che essi hanno sui vari Paesi e sulla popolazione.

Innanzitutto chiariamo di quali costi stiamo parlando:



Prenderemo in esame solo i costi sanitari, la spesa previdenziale e quella dell'assistenza sociale con rapido sguardo a quelle che sono le condizioni economiche degli anziani e come essi riescono a partecipare alla vita lavorativa.

### 5.1 Qualche dato...

L'Italia si pone al di sotto della media dei Paesi esaminati dall' OCSE (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) per percentuale di PIL impegnato nella spesa sanitaria ma (OCSE 8,9%-Italia 8,7%), nel nostro Paese, la partecipazione alla spesa da parte dei privati risulta essere ai livelli più bassi (OCSE 2,4%-Italia 2%). Dobbiamo però ricordare che il Sistema Sanitario Nazionale si finanzia attraverso la tassazione diretta ed indiretta dei cittadini. Nei Paesi OCSE, secondo l'ultimo rapporto "Health Data 2009", pur registrando un quadro di stabilità o di lievi oscillazioni in più ed in meno, i tassi di crescita della spesa sanitaria nei 30 Paesi più sviluppati del mondo diminuiscono, con una frenata record negli ultimi 10 anni.

Nel 2006 la crescita media in termini reali è stata di appena il 3,1% in più rispetto al 2005, il tasso più debole dal 1997, mentre la spesa complessiva media si è stabilizzata sul valore dell'8,9% del Pil: la stessa percentuale del 2005, con il settore pubblico a quota 6,5% del Pil.

*Spesa sanitaria totale/pil in alcuni paesi UE dal 1991-2007 V%*

Paesi UE	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007
Belgio	7,8	8	8,1	7,9	8,7	8,9	8,6	8,6	8,7	8,8	9	9,1	9,4	10,1	10,4	10,2
Danimarca	8,4	8,5	8,8	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8	9	8,9	9,5	9,8
Germania	9	9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1	10,9	10,6	9
Grecia	7,2	7,9	8,8	9,7	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,7	9,4	9,5	9,9	10	9,1	9,6
Spagna	6,9	7,2	7,5	7,4	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6	7,7	8,1	8,4	8,5
Francia	8,8	9	9,4	9,4	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7	10,1	10,5	11,1	11
Irlanda	6,5	7,1	7	7	6,8	6,6	6,4	6,2	6,3	6,4	6,9	7,3	7,3	7,1	7,5	7,6
<b>ITALIA</b>	<b>8</b>	<b>8,4</b>	<b>8,1</b>	<b>7,8</b>	<b>7,4</b>	<b>7,5</b>	<b>7,7</b>	<b>7,7</b>	<b>7,8</b>	<b>8,1</b>	<b>8,3</b>	<b>8,5</b>	<b>8,4</b>	<b>8,4</b>	<b>9</b>	<b>8,7</b>
Lussemburgo	5,9	6,2	6,2	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6,2	5,5	5,9	6,2	6,8	8	7,3	7,3
Olanda	8,2	8,4	8,6	8,4	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,2	8,5	9,1	9,8	9,2	9,5	9,8
Austria	7,1	7,5	7,9	7,9	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7	7,5	9,6	10,1	10,1
Portogallo	6,8	7	7,3	7,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,7	9,2	9,3	9,3	9,6	10	10,2	9,9
Finlandia	9	9,1	8,3	7,7	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7	7,3	7,4	7,5	8,2	8,2
Svezia	8,2	8,3	8,6	8,2	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2	9,4	9,1	9,2	9,1
Regno Unito	6,5	6,9	6,9	7	7	7	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7	8	8,3	8,4	8,4

Fonte: elaborazione Ageing Society-Osservatorio Terza Età su dati OCSE 2006 ed OCSE "Health Data 2009"

Osservando il trend dell'ultimo decennio, si può notare che la spesa sanitaria è aumentata notevolmente tra il 2000 e il 2003 ad un tasso medio del 6,2%. Poi dal 2003 la crescita ha iniziato a diminuire, segnando rialzi dal 3,6% da un anno all'altro e registrando nel 2006 (ultimo anno medio di elaborazione dei dati disponibili) un ulteriore rallentamento. Nel 2007, il Paese nel quale la spesa sanitaria complessiva è più alta sono gli Stati Uniti, con il 16% del Pil: quasi il doppio della media OCSE, pari a circa 7290 dollari di spesa all'anno pro capite. L'Italia si colloca al 19esimo posto, sui 30 paesi in esame, con una spesa in cure e medicinali pari a 2656 dollari pro capite.

Si è passati da 74,7 a 88,5 miliardi di euro di spesa sanitaria nel settore pubblico, e per quanto riguarda la spesa corrente, dai 96,1 nel 2001 e da 112,5 miliardi di euro nel 2004 ai 113 miliardi di euro nel 2009 (fonte:Relazione Corte dei Conti 2009).

In conclusione in Italia e in altri paesi Ocse si è assistito ad una riduzione della spesa per la sanità pubblica in rapporto al PIL se si considera anche la variazione del potere d'acquisto. Al contrario, generalmente, si è avuto un incremento rilevante in paesi in cui la sanità privata ha un'incidenza maggiore e dove si era verificata un'apprezzabile crescita economica (come Stati Uniti, Corea o Svizzera).

La riduzione dei PIL nazionali, che l'Ocse nel Giugno del corrente anno valuta mediamente del 4,1% (nel nostro Paese del 5,5%), non potrà che incidere pesantemente sui sistemi socio-sanitari e sulle quote di prodotto interno lordo da questi assorbite.

Per quanto riguarda l'Italia, da uno studio condotto dal Politecnico di Milano, si evidenzia come considerando le due principali voci di spesa dei bilanci comunali relative ai servizi resi agli anziani in media i comuni spendono 136 euro per ogni residente over 65. La media però non dipinge la situazione reale in quanto la distanza tra Comuni è addirittura in certi casi abissale. Trieste, per esempio, è il caso più virtuoso e spende 400 euro per anziano mentre a Genova e Campobasso non si arriva a 20 euro.

L'Italia dai dati del Politecnico risulta spaccata a metà con un Nord che riserva ai propri anziani una cifra doppia rispetto al Centro-Sud e risulta anche che in comuni di piccole o medie dimensioni c'è più attenzione alla terza età che nei grandi centri cittadini.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare i Comuni spendono intorno ai 4 mila euro per ogni assistito ma, come nel caso precedente, la variabilità è elevatissima. Si va dai mille euro di Novara ai 7 mila di Trento. Le stesse problematiche risultano se ci si concentra sulla varietà e sulla disponibilità dei servizi erogati. In tutti i comuni analizzati (19) è diffusa l'assistenza domiciliare ma solo in 13 c'è la teleassistenza e solo in 8 esiste la consegna di pasti a domicilio. In questo panorama sono solo 3 (Milano, Torino e Brescia) le città analizzate che offrono ai propri anziani tutti i servizi presi in considerazione.

La drastica differenza tra nord e sud si nota anche in questo caso con una Trento che assiste 400 anziani ogni 10 mila e una Palermo che ne assiste solo 50. Più in generale il settentrione in media accudisce 221 anziani ogni 10 mila mentre il mezzogiorno solo 97. Infine parlando del sostegno economico in Italia risulta che oltre 120 anziani ogni 10 mila riceve assistenza. Brescia è in testa con sostegno a più di 400 anziani.

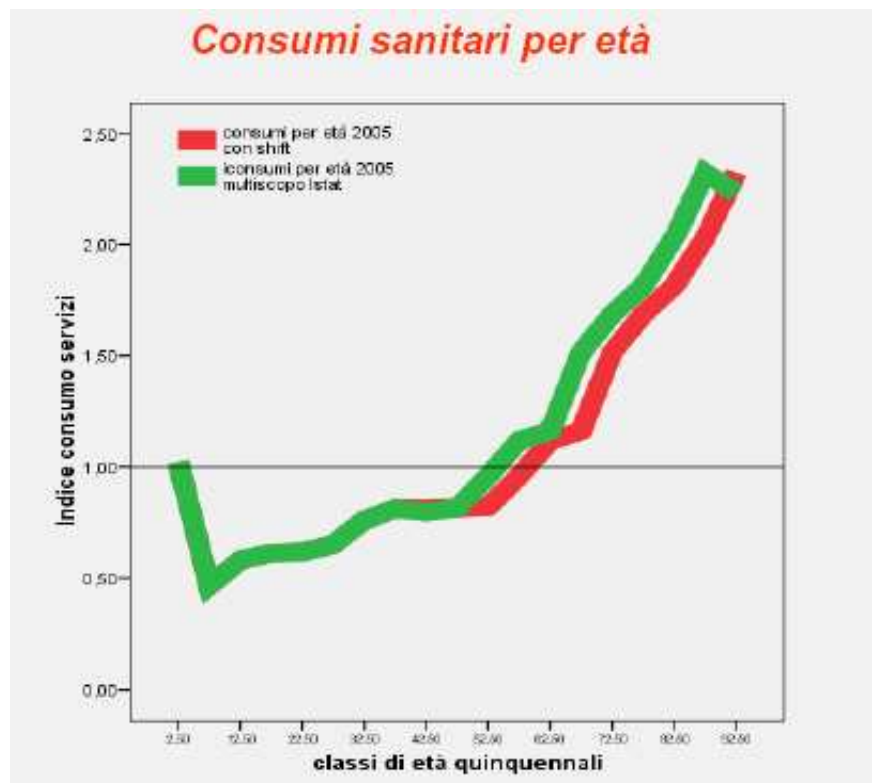
Tenuto conto delle politiche attuali, l'invecchiamento demografico dovrebbe comportare un incremento della spesa pubblica nella maggior parte dei Paesi membri entro il 2050, benché sussista un'ampia diversità tra le diverse politiche economiche. Tuttavia a partire da queste considerazioni dovrebbero essere evidenziati i seguenti aspetti:

- per l'UE15 e l'area dell'euro nel suo complesso, la spesa pubblica dovrebbe aumentare di 4 punti percentuali fra il 2004 ed il 2050;
- per l'UE10, si prevede un incremento della spesa complessiva correlata all'età di appena 1,5 punti percentuali. La relativa esiguità dell'impatto in termini di bilancio dell'invecchiamento è dovuta principalmente alla forte riduzione della spesa pensionistica pubblica in Polonia, a sua volta attribuibile, in parte, al passaggio (comune a diversi altri paesi dell'UE10) da un sistema pensionistico pubblico ad uno privato. Se si esclude la Polonia, la spesa correlata all'età negli altri paesi dell'UE10 dovrebbe crescere di oltre 5 punti percentuali del PIL;
- i previsti aumenti della spesa pubblica interesseranno maggiormente il settore pensionistico, l'assistenza sanitaria e l'assistenza di lunga durata. I potenziali risparmi compensativi in termini di spesa pubblica destinata all'istruzione e ai sussidi di disoccupazione dovrebbero essere contenuti;

- l'impatto in termini di bilancio dell'invecchiamento nella maggior parte dei paesi membri si comincia ad evidenziare a partire dal 2010. Tuttavia, gli aumenti della spesa più marcati dovrebbero verificarsi tra il 2020 ed il 2040.

Effettuare delle proiezioni della spesa sanitaria pubblica nel lungo periodo è un esercizio estremamente complesso. Vi è incertezza in merito alle future tendenze dei principali fattori trainanti della spesa, la disponibilità di dati confrontabili è limitata e la metodologia utilizzata per le proiezioni che prendono in considerazione diversi Paesi è automatico e non riflette il contesto dell'erogazione dei servizi sanitari di ciascuno Stato membro. Una sfida particolare è stata quella di inserire altri fattori non demografici della spesa sia dal lato della domanda che dell'offerta.

*Andamento dei consumi sanitari correlati all'età*



In base allo "scenario di riferimento AWG" (Ad Hoc Working Group) uno scenario prudente che tiene conto degli effetti combinati dell'invecchiamento demografico, dello stato di salute dei cittadini anziani e dell'elasticità della domanda di cure sanitarie rispetto al reddito), la spesa sanitaria pubblica dovrebbe aumentare di 1,5-2 punti percentuali del PIL nella maggior parte degli Stati membri fino al 2050.

Sebbene il fattore determinante della spesa sanitaria non sia l'età (ma piuttosto la condizione di salute di una persona), le proiezioni evidenziano come il semplice effetto dell'invecchiamento demografico potrebbe alimentare un aumento della spesa pubblica.

Dalle proiezioni, tuttavia, risulta che anche i fattori non demografici costituiscono importanti elementi trainanti della spesa. In particolare, le variazioni dello stato di salute dei cittadini anziani avrebbero una forte incidenza sulla spesa sanitaria. Se l'aspettativa di vita sana (dovuta ad una riduzione dei tassi di morbilità) evolvesse in linea con la variazione dell'aspettativa di vita specifica per età, allora il previsto aumento della spesa sanitaria correlato all'invecchiamento demografico risulterebbe quasi dimezzato. E' necessario però essere cauti, dal momento che non vi sono prove conclusive che tali tendenze "positive" siano destinate a verificarsi, né se ne conosce il grado di probabile impatto. Prove aggiuntive emergono da uno scenario che incorpora i costi legati alla mortalità, ossia tiene conto del fatto che un'ampia quota della spesa sanitaria totale che una persona affronta nel corso della propria vita è legata alla fase finale dell'esistenza.

Rispetto agli effetti dello stato di salute dei cittadini anziani, scarsi progressi sono stati fatti quanto all'inclusione, nel modello di proiezione, di altri importanti fattori trainanti della spesa legati all'offerta. Scenari stilizzati indicano che il previsto aumento della spesa sanitaria pubblica è altamente sensibile al presupposto dell'elasticità della domanda di cure sanitarie rispetto al reddito e dell'evoluzione dei costi unitari.

L'invecchiamento della popolazione avrà un forte impatto in termini di aumento della spesa pubblica destinata all'assistenza di lunga durata. Questo perché, con l'avanzare dell'età, aumentano notevolmente le infermità e le disabilità, in particolare tra gli individui molto anziani (ultraottantenni) che rappresentano la fascia di popolazione destinata a crescere più rapidamente nei prossimi decenni. Inoltre le proiezioni sono state arricchite prendendo in considerazione fattori di spesa di natura non demografica.

Spesa procapite per l'assistenza agli anziani non autosufficienti (dati da modelli LA)

	2005	2006
Piemonte	74,25	68,83
V. Aosta	33,35	28,12
Lombardia	93,73	101,51
Bolzano	205,84	212,66
Trento	195,54	212,89
Veneto	110,86	125,36
F.V. Giulia	107,79	121,73
Liguria	62,22	66,61
Em. Romagna	91,71	95,06
Toscana	71,25	75,33
Umbria	79,74	85,13
Marche	51,34	60,56
Lazio	---	---
Abruzzo	52,92	40,11
Molise	29,57	26,20
Campania	14,15	13,81
Puglia	14,51	11,68
Basilicata	20,90	24,21
Calabria	36,37	28,57
Sicilia	30,33	57,45
Sardegna	15,35	14,40
<b>ITALIA</b>	<b>64,24</b>	<b>78,58</b>
<b>Spesa sanitaria procapite complessiva</b>	<b>1.607,50</b>	<b>1.750,66</b>
<b>Quota della spesa per non autosufficienza</b>	<b>4,00%</b>	<b>4,49%</b>

Considerando uno scenario influenzato unicamente dall'invecchiamento demografico e basato sulle politiche attuali, si prevede che la spesa pubblica per l'assistenza di lunga durata aumenti dello 0,5-1% del PIL tra il 2004 e il 2050. I mutamenti previsti vanno dallo 0% all'1,7% del PIL, in base alle differenze di erogazione e finanziamento dell'assistenza formale (assistenza pubblica e privata accreditata). I paesi per i quali le proiezioni prevedono aumenti minimi della spesa pubblica sono quelli che attualmente registrano livelli minimi di assistenza formale.

- Le proiezioni indicano che con l'invecchiamento demografico si potrebbe aprire un divario crescente tra il numero di cittadini anziani con disabilità che richiedono assistenza (che aumenterà più del doppio entro il 2050) e l'effettiva erogazione di servizi di assistenza formale. Oltre che a causa dell'invecchiamento demografico, questo divario potrebbe aumentare ulteriormente a causa della minore disponibilità di assistenza informale nelle famiglie, dovuta alle dimensioni sempre più ridotte di queste ultime e al previsto aumento della partecipazione delle donne al mercato del lavoro. In poche parole, per quei paesi che oggi presentano sistemi di assistenza formale meno avanzati, il previsto aumento della spesa pubblica destinata all'assistenza di lunga durata potrebbe non riuscire a contenere totalmente la pressione sulle finanze pubbliche, dal momento che ci sarà bisogno, in futuro, di cambiamenti nelle politiche a favore di una maggiore erogazione di assistenza formale.

- La spesa pubblica è molto sensibile all'evoluzione dell'incidenza dei casi di disabilità nei cittadini anziani. Rispetto allo scenario che prende in considerazione unicamente il fattore dell'invecchiamento demografico, il previsto aumento della spesa potrebbe essere inferiore del 40-60% nel caso in cui le situazioni di disabilità migliorino sensibilmente in linea con il previsto allungamento dell'aspettativa di vita. Le misure che possano migliorare la disabilità, contenere la necessità di assistenza formale e migliorare l'assistenza a domicilio potrebbero avere un notevole impatto di contenimento della spesa pubblica. (*Ageing society – Osservatorio terza età- “La spesa sanitaria nazionale in rapporto all'invecchiamento della popolazione: analisi ed ipotesi di contenimento”*)

## 5.2 Invecchiamento e attività lavorativa

Una diversa chiave di lettura per valutare l'entità del fenomeno “invecchiamento” è data dalla valutazione dell'*indice di dipendenza*. La tabella mostra, per le diverse regioni del globo l'andamento dell'indice di dipendenza degli anziani; indice che è ottenuto rapportando la popolazione anziana, cioè quella con almeno 65 anni di età, alla popolazione potenzialmente attiva, cioè quella con almeno 15 anni d'età, alla popolazione attiva, cioè quella con un'età compresa tra i 15 ed i 64 anni. Com'è agevole rilevare, a partire dal 2010, in Europa e in minor misura nel Nord America l'incidenza degli anziani sulle forze di lavoro potenziali andrà sempre più aumentando, dato che le coorti generazionali attualmente più numerose della popolazione ( i cosiddetti baby boomers) cominceranno a raggiungere la soglia dei 65 anni d'età.

In Italia questa tendenza appare decisamente più accentuata, soprattutto per via della maggiore longevità dei nostri connazionali. Nel 2050, in particolare, si stima che in Europa vi saranno quasi 50 anziani (circa 70 in Italia) per ogni 100 persone in età lavorativa, contro un'incidenza di poco superiore al 25% a livello mondiale.

### *Indice di dipendenza degli anziani*

Anni	Mondo	Europa	America del Nord	America del Sud	Asia	Africa
2000	11	21,8	18,7	8,9	9,2	6
2010	11,8	23,7	19,2	10,3	10,3	6,3
2020	14,4	28,9	24,7	13,1	13,2	6,8
2030	18,1	36,6	31,4	17,6	17,5	7,5
2040	22,2	42,9	33,3	22,9	23,1	8,3
2050	25,4	48	34,2	28,9	27,2	10,3

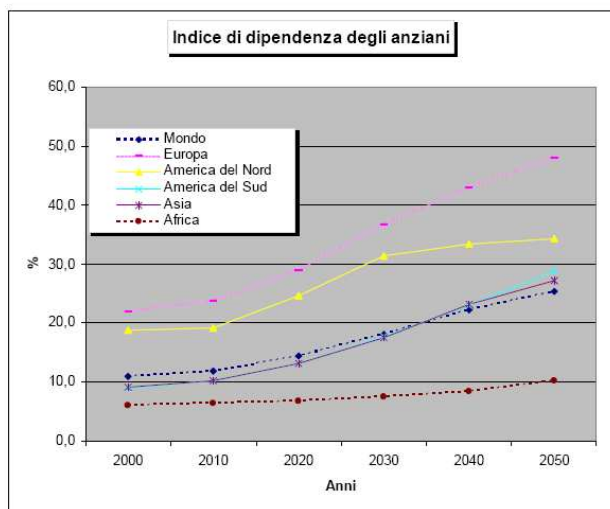
Fonte: Elaborazione Ageing Society su dati United Nations (2004)

L'invecchiamento demografico determinerà negli anni a venire profonde trasformazioni economiche. Numerosi studi sia dell'OCSE che dell'FMI (FONDO MONETARIO INTERNAZIONALE) hanno evidenziato a tale proposito che:

- l'invecchiamento demografico provoca un aumento del numero dei consumatori rispetto al numero dei lavoratori e perciò una rapida diminuzione del consumo pro-capite, cioè del tenore di vita, a meno che non si registri una crescita della produttività del lavoro elevata e crescente;
- le entrate del bilancio pubblico vengono influenzate negativamente dal passaggio della generazione *baby boom* dalla fase della vita lavorativa ad alto reddito a quella del pensionamento. Nei paesi le cui entrate fiscali sono maggiormente legate alle imposte indirette sui consumi o sul valore aggiunto, la perdita delle entrate sarà inferiore rispetto ai Paesi in cui le entrate dipendono maggiormente dal reddito prodotto;
- l'invecchiamento demografico solleverà importanti problemi di carattere distributivo. I governi dovranno infatti decidere come ripartire in modo equo ed efficiente l'onere delle maggiori spese connesse con la crescita della popolazione anziana.

A tale proposito, bisogna rilevare che nella generalità dei paesi comunitari, nonostante i correttivi apportati nel periodo più recente, i sistemi di sicurezza sociale non appaiono ancora finanziariamente sostenibili in una prospettiva di lungo termine, cioè quando si manifesteranno pienamente gli effetti prodotti dall'invecchiamento della popolazione.

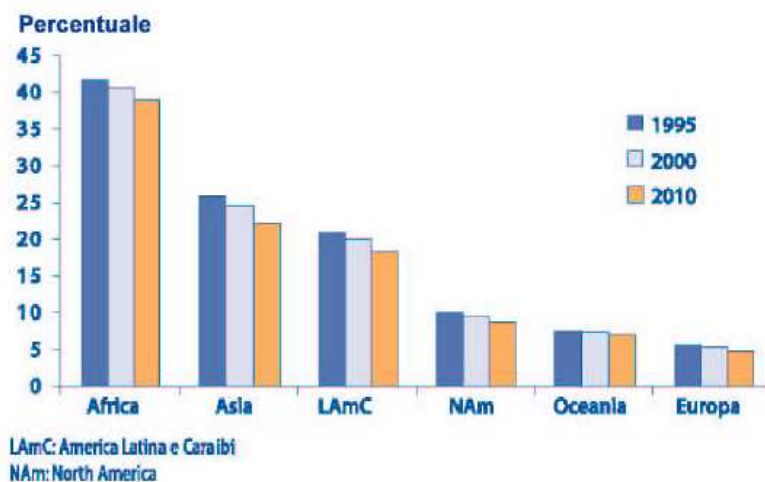
### Indice di dipendenza degli anziani nel mondo e per aree geografiche



Fonte: Elaborazione Ageing Society su dati United Nations (2004)

Come già citato le organizzazioni internazionali seguono con notevole interesse l'evolversi dei fenomeni che l'invecchiamento della popolazione mondiale produce nei vari Paesi. Uno dei temi trattati nel Novembre del 2003 è stato quello degli anziani ed il lavoro. In particolare, si è messo in rilievo il diverso livello di occupazione degli over 65 nei vari paesi del mondo e come tale situazione, condiziona pesantemente l'entità delle risorse necessarie per attivare servizi di sussistenza o servizi pensionistici privati o pubblici che siano.

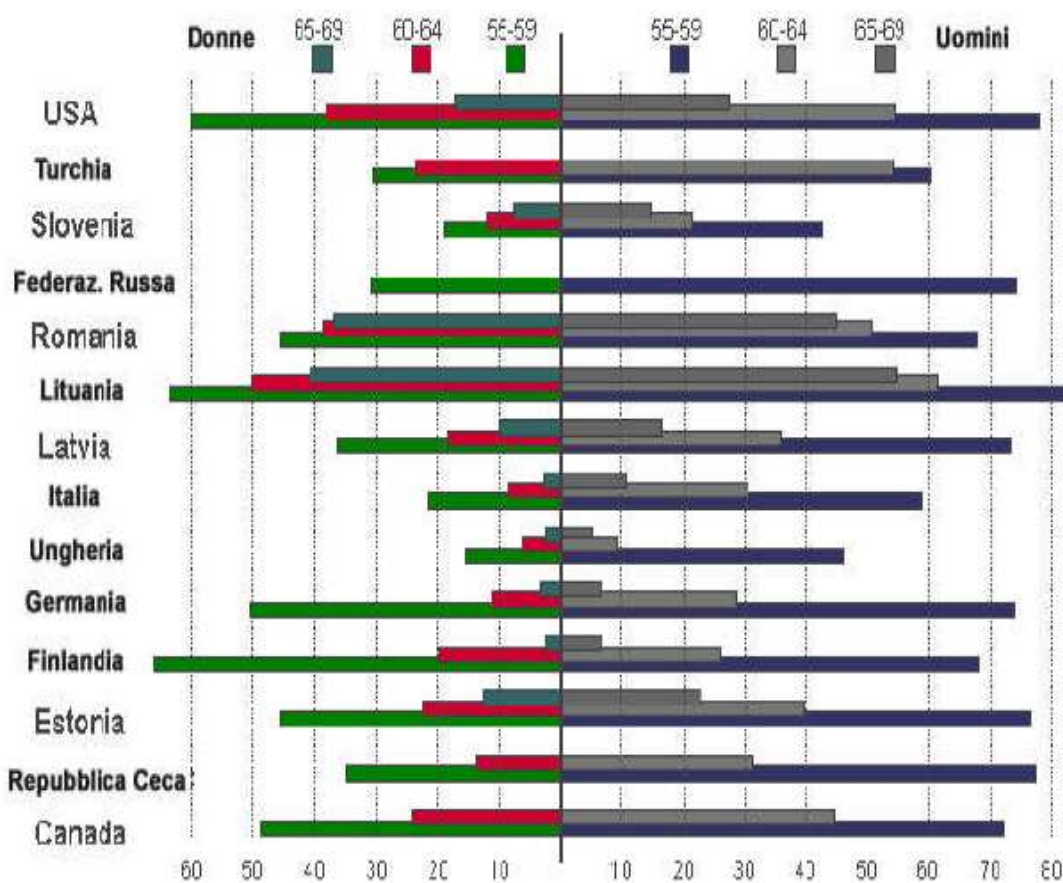
### Percentuale di partecipazione alla forza lavoro delle persone over 65anni nei vari continenti



Fonte: Elaborazione Ageing Society su dati Organizzazione Internazionale Lavoro (ONU) 2000

Il dato riportato sopra fa emergere come, in particolare in Europa, sia particolarmente basso il numero degli occupati con più di 60 anni rispetto a quanto si registra invece, sia in Africa che in Asia. Inoltre è importante sottolineare come soprattutto nei paesi più industrializzati, ad una maggiore longevità anagrafica si accompagna un maggiore e significativo prolungamento dell'efficienza psicofisica che risulta fondamentale per mantenere un livello di welfare accettabile a garanzia, soprattutto, dei più deboli e dei più fragili. Colpisce, in modo particolare, il dato dell'Italia e dell'Ungheria, in cui i livelli occupazionali per gli anziani sono veramente bassissimi.

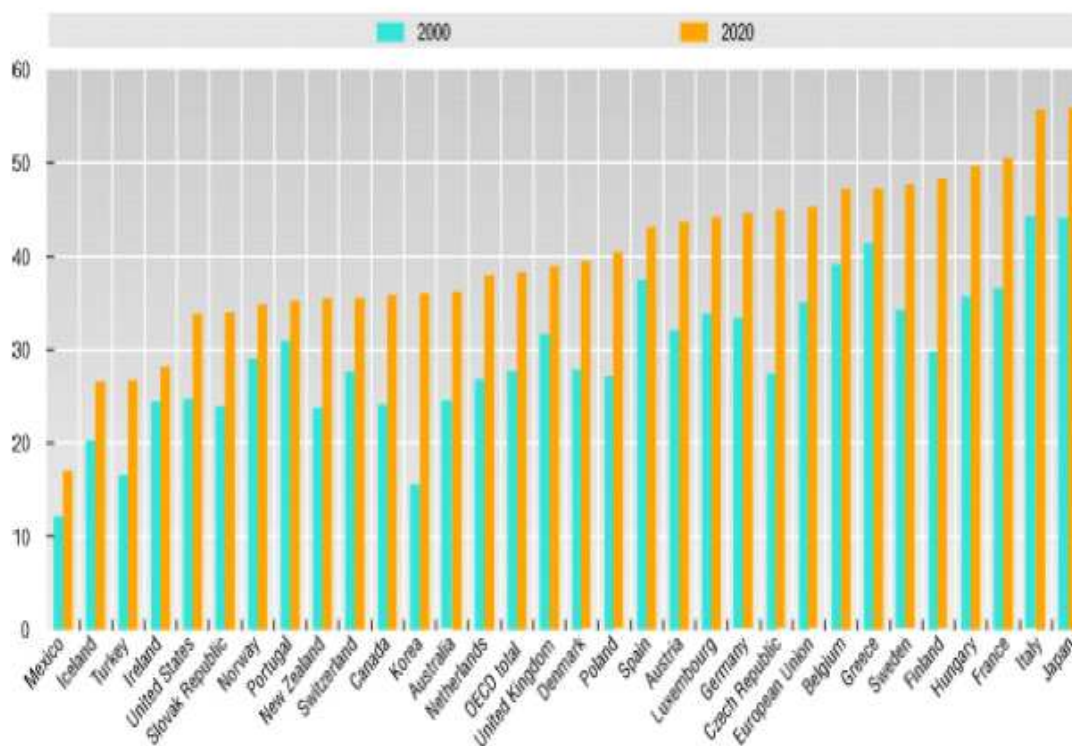
*Quota percentuale di partecipazione alla forza lavoro delle persone anziane (selezione dei paesi ecc)*



Fonte: Elaborazione Ageing Society su dati ILO Year Book, Popolazione economicamente attiva.

Oltre il 50% dei soggetti over 65 sono quindi potenzialmente abili al lavoro per condizioni psico-fisiche come visibile in tabella.(OCSE "Health data 2009)

*Percentuale di popolazione over 65 anni potenzialmente abile al lavoro*



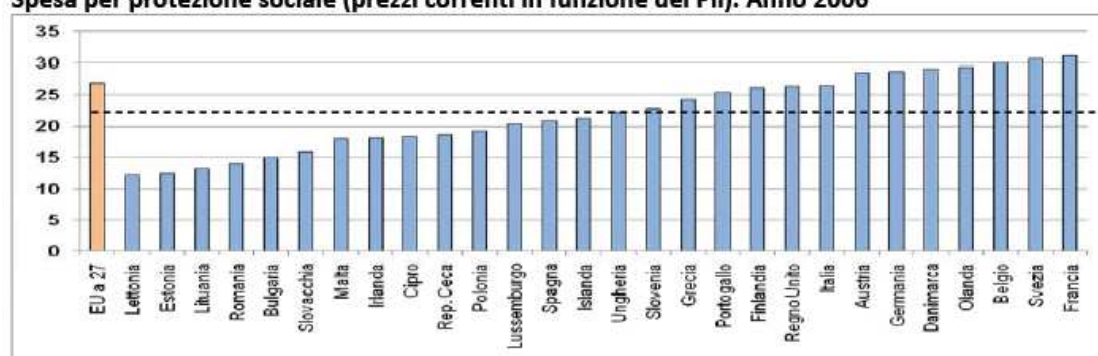
Fonte: Elaborazione Ageing Society su dati OECD 2005

N.B. La forza lavoro è definita, in accordo con le linee guida dell' ILO, come numero complessivo delle persone potenzialmente abili al lavoro o che sono già occupate.

### 5.3 La sostenibilità della spesa per la protezione sociale e la questione delle disuguaglianze sociali

Nella definizione di protezione sociale adottata da ESSPROS (Sistema Europeo delle Statistiche Integrate della Protezione Sociale), sono compresi tutti gli interventi erogati da organismi pubblici o privati rivolti ad individui e famiglie a tutela dei rischi o bisogni. Nel 2006 la spesa sociale complessiva in Italia è stata pari al 26,6% del PIL, di poco sotto la media dell'Unione Europea, pari al 26,9%. I Paesi ad aver investito maggiori risorse rispetto all'Italia sono quelli dell'area continentale e scandinava, dove i sistemi di welfare sono stati caratterizzati storicamente dalla predominanza dell'intervento pubblico.

Spesa per protezione sociale (prezzi correnti in funzione del Pil). Anno 2006



Fonte: Elaborazioni INRCA da Eurostat/ESSPROS, ottobre 2008

Se si osserva in chiave comparata la composizione della spesa sociale secondo le distinte funzioni, il caso italiano emerge per la sua specificità. Il nostro Paese investe (unico in Europa) più del 60% della spesa nell'area "vecchiaia e superstiti" (vs una media europea del 45,9). La ragione di tale sbilanciamento è dovuta al fatto che in tale ambito sono contabilizzate le prestazioni pensionistiche, che costituiscono il tradizionale pilastro del *welfare* italiano.

La spesa per tutte le altre funzioni, in termini relativi rispetto al PIL, è minore: particolarmente contenute risultano essere le spese per la disabilità (1,5% vs media EU di 2,1%), la disoccupazione (0,5% vs 1,6%) e la famiglia (1,1% vs 2,1%).

L'analisi svolta nel rapporto suggerisce una considerazione importante circa il nostro sistema di protezione sociale. Il sistema italiano del *welfare* resta tuttora eccessivamente orientato verso il risarcimento dei danni (anche la non autosufficienza è, in un certo senso, considerata come tale) che seguono gli eventi avversi piuttosto che la prevenzione e co-gestione degli stessi. Diversamente le riforme avviate in Europa mirano sempre più a realizzare politiche di attivazione e di mantenimento del potenziale di salute individuale, attraverso la prevenzione dei rischi e l'assunzione dei rischi più alti insostenibili da parte del singolo.

Un sistema di *welfare* capace di diminuire l'esposizione ai fattori di rischio dei soggetti che oggi invecchiano, prevenendo sin dove è possibile l'insorgere di malattie e disabilità, è fondamentale affinché gli anziani di domani possano costituire una vera risorsa per il Paese.

Ciò che compensa le carenze del nostro sistema di *welfare* nell'assistenza, e in particolare nell'assistenza agli anziani, è data dalle famiglie. Il sistema infatti si è sempre basato sulla disponibilità della famiglia a dare supporto concreto e affettivo ai soggetti più vulnerabili.

Una famiglia italiana su dieci ha almeno un componente disabile al suo interno ed oltre un terzo di queste famiglie è composto da persone disabili sole. Tuttavia l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici ed è pertanto la famiglia stessa che si prende cura della persona disabile.

E' preoccupante il fatto che circa il 15% delle famiglie italiane con un anziano abbia dichiarato di non aver avuto denaro sufficiente per le spese mediche e che una famiglia su tre non riesca a sostenere le spese impreviste. I trasferimenti monetari rappresentano i principali strumenti di sostegno in Italia per anziani non autosufficienti e le loro famiglie. Rientrano in questa categoria le pensioni di invalidità e l'indennità di accompagnamento distribuite dall'INPS come ammontare fisso, indipendentemente dal reddito e dalla composizione del nucleo familiare.

Quando si assiste un anziano, ogni membro della famiglia si ritrova a condividere un'esperienza nuova e con ripercussioni importanti sia a livello organizzativo che emotivo. E' noto che il carico assistenziale ricade maggiormente sulle donne, mogli e figlie in età compresa tra i 50 e 69 anni; ad esse mediamente spetta un carico di lavoro domestico di oltre 30 ore settimanali di assistenza, che tende a crescere con l'aggravarsi delle condizioni di non autosufficienza dell'anziano.

In Italia un numero sempre crescente di famiglie ricorre, per il supporto assistenziale, a personale straniero remunerato privatamente. Dati recenti confermano che nel 2005, su un totale di 730000 assistenti domiciliari presenti in Italia, l'82% è di nazionalità straniera (soprattutto Est Europa, ma anche Ecuador, Perù e Filippine). Le "badanti" straniere sono una presenza quasi invisibile in innumerevoli famiglie, contribuendo ad incrementare quel "*welfare nascosto*" caratterizzato dall'assenza di regole e dalla debolezza delle tutele sia dei prestatori d'opera che degli assistiti. (*Ageing society – Osservatorio terza età - "La spesa sanitaria nazionale in rapporto all'invecchiamento della popolazione: analisi ed ipotesi di contenimento"*)

#### 5.4 Invecchiamento della popolazione e sistema pensionistico

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione ha impatto non meno preoccupante sul sistema previdenziale. Il calo dei tassi di fecondità, l'aumento dell'aspettativa di vita (che ha portato allo sbilanciamento della popolazione attiva rispetto a quella in pensione) e l'abuso dell'età pensionabile ha provocato uno squilibrio talmente forte che presto il sistema previdenziale risulterà insostenibile. E' stato stimato da numerosi e recenti studi OCSE che attualmente sono 4 i contribuenti per ogni pensionato, nei prossimi 10 anni la differenza si accentuerà ulteriormente e saranno solo 2 i contribuenti per ogni pensionato. Quindi se persistessero le recenti tendenze verso un pensionamento precoce, in assenza di misure volte a ridurre la disoccupazione strutturale ed a flessibilizzare il mercato del lavoro, questo rapporto tra pensionati e lavoratori crescerà più velocemente.

Infatti nell'ultimo ventennio l'impatto economico più consistente sul bilancio dello Stato ha riguardato la spesa per pensioni.

In Italia, l'Istat ha stimato che la crescita del rapporto tra spesa per pensioni e il prodotto interno lordo nel 2038, anno in cui secondo le previsioni tale rapporto raggiungerà il suo apice, sarà pari al 15,2% a fronte del 13,6% di oggi; in questo contesto l'accrescimento dell'età media della popolazione, secondo lo scenario pensionistico attuale, è senza dubbio un elemento di forte impatto sull'assetto economico e finanziario del paese.

E' stato visto inoltre come i rischi più elevati sono a carico degli stati europei che presentano forti squilibri di bilancio e prevedono sensibili aumenti delle spese legate all'età. Le entrate del bilancio pubblico vengono influenzate negativamente dal passaggio della generazione del *baby boom* dalla fase del ciclo vitale ad alto reddito a quello della pensione. Nei Paesi in cui le entrate fiscali sono maggiormente legate alle imposte sui consumi o sul valore aggiunte, la perdita di gettito sarà inferiore rispetto ai Paesi in cui le entrate dipendono maggiormente dal reddito o dalle retribuzioni. Sebbene negli anni più recenti i saldi di bilancio nella maggior parte dei Paesi siano migliorati, le proiezioni di lungo termine indicano, a politiche di bilancio invariate, il raggiungimento di livelli di disavanzo non sostenibili. Questo comporterebbe una forte riduzione del risparmio nazionale, proprio nel momento in cui esso risulterà cruciale per incoraggiare la crescita della produttività del lavoro, finanziando l'accumulazione del capitale da cui dipende il progresso tecnico.

L'invecchiamento della popolazione solleverà importanti problemi di caratteri distributivi. I governi dovranno confrontarsi, infatti, con il problema di come distribuire in modo equo ed efficiente l'onere della crescente quota di popolazione esterna alla forza lavoro. La riforma dei sistemi pensionistici pubblici richiede un tempo sufficientemente lungo perché i lavori possano aggiustare le loro decisioni e risparmio. Anche se l'emergenza sui conti pubblici non si verificherà in tempi avvicinati, le riforme dovrebbero essere introdotte velocemente.

Gli effetti negativi stimati dell'invecchiamento sul tasso annuale di crescita del prodotto pro-capite variano da 0,25 a 0,6 punti percentuali.

Quindi, date le ipotesi, entro il 2030 il livello di *output* pro-capite sarebbe più basso in misura compresa tra l'8% e il 20% come risultato dell'invecchiamento, a meno che non venga bilanciato dalla crescita della produttività, a parità di altre condizioni. L'impatto è stato valutato solamente nei prossimi tre decenni. Durante la prima parte di questo periodo, la variabile demografica (attraverso l'effetto produttività legata all'età) continuerà ad avere effetti positivi sulla crescita. Tuttavia, con l'arrivo della generazione del *baby boom* all'età di pensionamento, l'effetto netto dell'invecchiamento diventa negativo.

Una possibile soluzione al futuro deficit nel sistema pensionistico potrà essere sicuramente la riduzione del debito pubblico, aumentare il tasso di occupazione e migliorare la produttività, portando avanti nel contempo la riforma dei sistemi pensionistici, dell'assistenza sanitaria e delle cure di lunga durata. (*Unione Europea, "L'impatto dell'invecchiamento sulla spesa pubblica: proiezioni per gli stati membri dell' UE-25 sulle pensioni, assistenza sanitaria, assistenza a lungo termine, istruzione e disoccupazione, 2004-2050*)

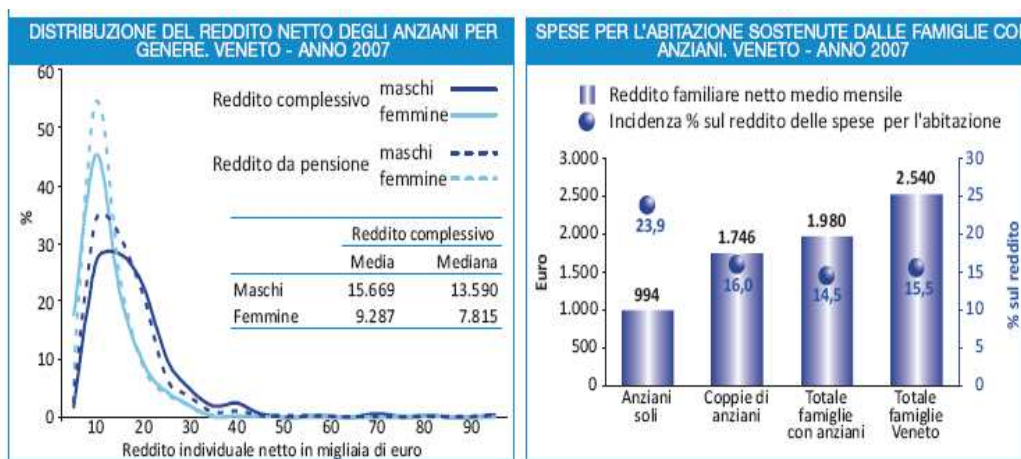
### **5.5 Redditi e consumi della terza età'**

I senior sono una tipica "categoria" a reddito fisso, costituita in buona parte da percettori di pensione, che però ha, in alcuni casi, una discreta e diffusa disponibilità patrimoniale. Infatti, questa si considera appartenente alla categoria dei "forti" e/o dei "medi" risparmiatori.

I "nuovi anziani" considerano la terza età come un periodo sereno per dedicarsi alle attività preferite e per valorizzare il proprio sapere. Il 37% degli ultra 55enni si dichiara patito della spesa fatta per puro piacere e anche le abitudini alimentari sono cambiate con una maggiore attenzione alla salute. Gli anziani quindi si scoprono consumatori evoluti e sono sempre più consapevoli di rappresentare una categoria "numerosa e forte". L'anziano di oggi e di domani, nella sua veste di consumatore, si mostra un soggetto attento, ma non trova facilmente i prodotti e i servizi di cui ha effettivamente bisogno. Il marketing ha scoperto gli ultra-sessantenni come target interessante da seguire, conoscere e raggiungere.

Tuttavia dal punto di vista economico molti anziani rappresentano un segmento debole della popolazione: in media, per esempio, in Veneto dispongono di 12000 euro all'anno, ma la metà vive con poco più di 10300 euro annui. In Italia il 21% degli anziani è a rischio povertà, più della popolazione complessiva (19%); più esposte le donne anziane, che incontrano maggiori difficoltà economiche date le pensioni mediamente più basse e di modesta entità: circa 1 su 4 è a rischio di povertà. Emerge soprattutto la vulnerabilità degli anziani che vivono da soli, specie donne vista la loro maggiore longevità. Il 32% delle famiglie venete con almeno un anziano arriva con difficoltà a fine mese, il 41% se si considerano gli anziani soli: questi a volte hanno serie difficoltà a comprare il cibo necessario (7,8%) o a pagare le spese mediche (11,7%).

Per l'anziano solo le spese per l'abitazione risultano più impegnative e possedere la casa può diventare fonte di preoccupazione economica, piuttosto che uno status di ricchezza. (Regione Veneto "Statistiche flash, numeri e grafici per capire il Veneto")



## 5.6 Costi e malattia di Alzheimer

Dal Rapporto Mondiale Alzheimer 2010 le cifre rilevate sono causa di grande preoccupazione e si spera che questo possa servire per richiamare l'attenzione da parte dei governi di tutto il mondo.

Il costo della demenza continuerà a crescere ad un tasso allarmante e bisognerà migliorare i servizi di assistenza, supporto e cura. Le nazioni a basso reddito pro capite si trovano di fronte ad una grave mancanza di conoscenza della demenza, imponendo così un pesante fardello sulle famiglie e su coloro che forniscono assistenza e che spesso non hanno alcuna comprensione su quello che sta accadendo ai loro cari. Le nazioni ad alto reddito pro-capite si stanno sforzando di far fronte alla domanda di servizi, lasciando però molte persone con demenza e coloro che ne hanno cura con poco o nessun supporto.

La demenza è una sindrome che può essere causata da varie malattie progressive che colpiscono la memoria, il pensiero, il comportamento e la capacità di svolgere le normali attività quotidiane della vita. La malattia di Alzheimer è la più comune causa di demenza. Tra le altre cause ci sono la demenza vascolare, la demenza a corpi di Lewy e la demenza frontotemporale.

Sebbene la demenza colpisca prevalentemente le persone anziane, vi è una crescente consapevolezza di casi che iniziano prima dei 65 anni. Dopo i 65 anni, la probabilità di essere colpiti da demenza raddoppia circa ogni 5 anni. Nel Rapporto Mondiale Alzheimer dello scorso anno, Alzheimer's Disease International ha calcolato che ci sono attualmente 35,6 milioni di persone affette da demenza nel mondo, che aumenteranno a 65,7 milioni nel 2030 ed a 115,4 milioni entro il 2050. Circa due terzi vivono in nazioni a basso e medio reddito pro capite, dove è previsto il maggior aumento numerico.

Le persone affette da Demenza, i loro familiari e amici sono colpiti a livello personale, emozionale, finanziario e sociale. La mancanza di consapevolezza è un problema globale. Una giusta comprensione dei costi della società causati dalla demenza e di come impattino sulle famiglie, sui servizi sanitari e sociali e sui governi potrebbe aiutare ad affrontare questo problema.

Il costo sopportato dalla società per la demenza è ormai enorme. La demenza sta già incidendo in maniera significativa su ogni sistema socio-sanitario mondiale. L'impatto economico sulle famiglie è insufficientemente riconosciuto.

Il costo stimato mondiale per il 2010 della demenza ammonta a US\$604 Miliardi. Circa il 70% dei costi si verificano nell'Europa Occidentale ed in Nord America. I costi sono attribuiti all'assistenza "informale" (assistenza non rimborsata sostenuta da famiglie ed altri), costi diretti di assistenza sociale (fornita da operatori della comunità, e in strutture residenziali) e costi diretti dell'assistenza sanitaria (costi per il trattamento della demenza e patologie simili in strutture sanitarie primarie o secondarie). I costi dell'assistenza "informale" ed i costi diretti dell'assistenza sociale in genere contribuiscono in proporzioni simili al totale dei costi, mentre i costi sanitari diretti sono di gran lunga inferiori.

Peraltro, nelle nazioni a basso reddito pro capite, l'assistenza "informale" incide per la maggior parte del totale dei costi sostenuti e quelli dell'assistenza sociale diretta sono di entità trascurabile.

Questi costi rappresentano circa 1% del PIL -Prodotto Interno Lordo- mondiale, e variano dallo 0,24% delle nazioni a basso reddito pro capite, allo 0,35% di quelle a medio - basso reddito, allo 0,50% di quelle a reddito medio - alto, e a 1,24% delle nazioni ad alto reddito pro capite.

Se i costi globali della demenza fossero una nazione, rappresenterebbe la 18° economia mondiale, collocandosi fra la Turchia e l'Indonesia. Se fosse una società, sarebbe la più grande al mondo per fatturato annuale sorpassando la Wal-Mart (US\$414 Miliardi) e la Exxon Mobil (US\$311 Miliardi).

Per quanto riguarda i costi dell'assistenza informale (assistenza non rimborsata sostenuta dalle famiglie ed altri soggetti) ed i costi diretti dell'assistenza sociale (fornita dall'assistenza sociale e professionale delle comunità ed in strutture residenziali) contribuiscono in proporzioni simili (42%) al totale mondiale dei costi, mentre i costi sanitari diretti restano a livello molto più basso (16%).

Le nazioni a basso reddito pro capite rappresentano poco meno del 1% del totale mondiale dei costi (ma il 14% della diffusione), quelle a medio reddito il 10% dei costi (ma il 40% della diffusione) e quelle ad alto reddito 89% dei costi (ma il 46% della diffusione). Circa il 70% dei costi globali sono concentrati in 2 regioni: Europa Occidentale e Nord America.

Queste discrepanze sono spiegate dai costi pro capite di gran lunga più bassi nelle nazioni a basso reddito pro capite – US\$868 nelle nazioni a basso reddito, US\$3,109 in quelle a reddito medio basso, US\$6,827 in quelle a reddito medio alto e US\$32,865 in quelle ad alto reddito. Nelle nazioni a basso reddito, i costi di assistenza informale sono prevalenti, ammontando al 58% di tutti i costi delle nazioni a basso reddito pro capite ed al 65% di quelli delle nazioni a reddito medio basso, che si confrontano con il 40% dei costi sostenuti nelle nazioni ad alto reddito. Per contro, nelle nazioni ad alto reddito pro capite, i costi diretti di assistenza sociale (assistenza professionale nella comunità, ed assistenza domiciliare e presso case di cura) rappresentano la porzione più grande dei costi – quasi la metà del totale, rispetto a solo un decimo nelle nazioni a basso reddito.

La dimensione del costo globale della demenza è spiegabile se si considera che la popolazione mondiale con demenza rappresenta lo 0,5% della popolazione mondiale. La maggioranza di questa popolazione necessita di qualche forma di assistenza, da quelle più lievi come le attività domestiche giornaliere, a quelle più gravi in caso di completa perdita di autonomia.

Nei paesi ad alto reddito, tra un terzo e metà delle persone affette da demenza vivono in una struttura assistenziale ad alto costo con l'innalzamento dei costi sanitari dovuto a questi servizi specialistici di assistenza. Nei paesi in via di sviluppo i costi risultano inferiori perché si fa più affidamento sull'assistenza informale che viene fornita dai familiari e amici e che non viene rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale, solo il 6% delle persone affette da demenza vivono in strutture di ricovero.

Tuttavia anche in questo caso la domanda assistenziale è destinata a salire a causa dei cambiamenti sociali e demografici che riducono la disponibilità della famiglia all'assistenza.

La richiesta di assistenza medica è relativamente inusuale nelle nazioni a basso e medio reddito pro capite, dove la demenza è spesso vista come un fattore normale dell'invecchiamento. La domanda di assistenza medica verosimilmente si accrescerà nel futuro a causa di una migliore presa di coscienza, migliore copertura di interventi basati sull'evidenza e, forse, con trattamenti più efficaci.

A livello mondiale, i costi della demenza sono destinati ad aumentare vertiginosamente. E' stato stimato un incremento dell'85% dei costi da qui al 2030 basato solo sul numero delle persone affette da demenza.

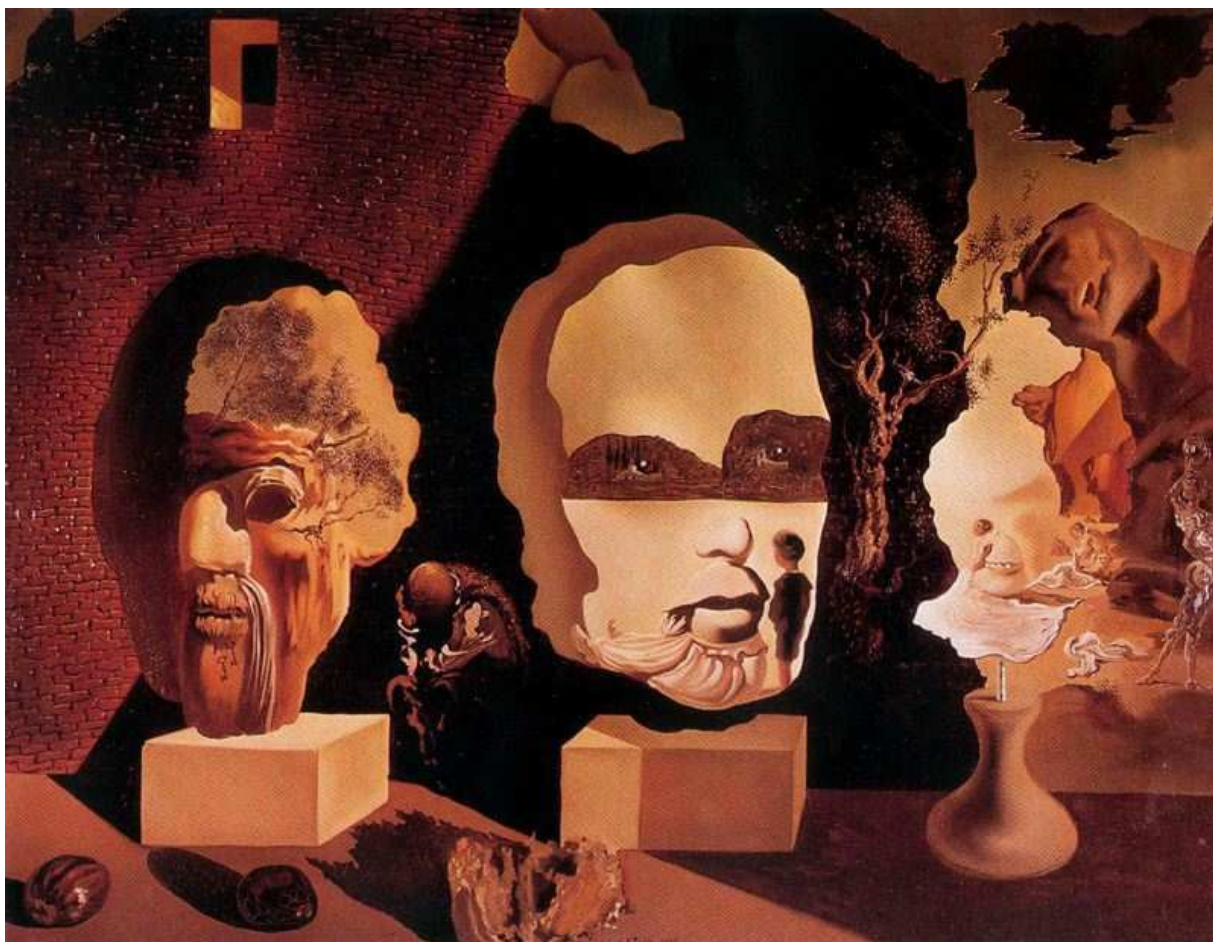
I costi nelle nazioni a basso e medio reddito pro capite sono verosimilmente destinati a salire più velocemente di quelli delle nazioni ad alto reddito pro capite, in quanto, con lo sviluppo economico, i costi pro capite tenderanno ad salire verso i livelli delle nazioni ad alto reddito, ed anche perché gli aumenti del numero dei pazienti affetti da demenza saranno più marcati in queste regioni del mondo.

Vi è urgente necessità di sviluppare servizi integrati di assistenza sanitaria e sociale, economicamente efficienti, che vadano incontro ai bisogni delle persone affette da demenza e di coloro che se ne prendono cura durante il decorso della malattia, e di strategie di prevenzione basate sull'evidenza. Soltanto investendo ora nella ricerca ed affrontando in maniera economicamente efficiente il problema dell'assistenza, sarà possibile anticipare e gestire i futuri costi della società.

I Governi ed i sistemi di assistenza socio-sanitaria hanno necessità di prepararsi adeguatamente per il futuro, e devono ricercare ora i modi per migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da demenza e di coloro che se ne prendono cura.

*(Alzheimer's disease International "World Alzheimer report 2010")*

“Le tre età: la vecchiaia, l'adolescenza, l'infanzia”, Salvador Dalì, 1940



“Il tormento di chi invecchia è questo: dover piangere molto spesso  
la morte delle persone care.”

Francesco Petrarca

## CAPITOLO 6

### CARA VECCHIA ITALIA,

è giusto parlare di *assistere l'anziano* o è più opportuno parlare di *collaborazione con l'anziano*?

Il concetto di *assistenza* nasce da un preconcetto: quello del “vecchio idiota” che deve essere protetto o ancor peggio accettato, in quanto uno fuori dal tempo.

L'anziano però non è assolutamente un idiota, ma semplicemente un individuo che si scoraggia, perché il mondo corre davanti ai suoi occhi e tutti gli strumenti che lo circondano stanno ormai diventando per lui inaccessibili. Ciò genera in lui due atteggiamenti: la sensazione di inadeguatezza ed inutilità, la nostalgia di un tempo dorato, in cui le cose andavano meglio. Ma è proprio vero che andavano meglio?



La storia dell'assistenza sociale inizia nel 1600 quando ancora era solo la Chiesa ad occuparsi dell'attività di beneficenza in collaborazione con le Opere Pie, disciplinate per la prima volta nel 1862 con l'approvazione della legge Rattazzi. Nel 1890 con l'approvazione della Legge Crispi diventano *Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza*. Nel 1948 l'assistenza sociale viene riconosciuta come diritto dei cittadini e viene disciplinata dagli art. 38 e 17 della Costituzione. Negli anni cinquanta, sostanzialmente, le metodologie adottate si rifanno a quelle anglo-americane con scarsi risultati, in quanto la realtà sociale italiana dell'immediato dopoguerra non corrisponde certamente a quella del modello ispiratore. Negli anni sessanta, dopo il rinnovamento degli interventi, il servizio sociale vive un momento di crisi dato che era considerato dai contestatori una pezza posta dallo Stato per tamponare le falle create dalla struttura del sistema stesso. Tra gli anni settanta-ottanta ci furono le tante attese riforme: tra cui la legge Bassaglia sulla chiusura dei manicomi e la legge 833/78 che dà il calcio d'inizio alla riforma sanitaria. I cambiamenti continuarono anche negli anni ottanta e anni novanta, prima con il riconoscimento legale del diploma universitario triennale in servizio sociale, poi con le due riforme dei comuni e l'istituzione nel 1992 delle Aziende Sanitarie Locali riformate con decreti legislativi del 1992 e 1999. Il 23 marzo del 1993 con legge n.84 viene, inoltre, istituito l'Ordine degli Assistenti Sociali, che successivamente approva il relativo Codice Deontologico. Nel 2000 arriva la legge che prevedeva l'assistenza sociale come obbligatoria per assicurare un livello minimo dignitoso della vita indistintamente. (“*Storia dell'assistenza sociale*”, wikipedia)

Quindi è vero che il mondo corre, ma è anche vero che nel corso degli anni lo Stato, e più specificatamente le singole regioni, anche se con diverse velocità, cercano di accompagnare l'anziano in questa corsa verso il mondo.

## 6.1 Interventi regionali economici-socio-sanitari per l'anziano

Noi abbiamo analizzato in modo particolare i progetti di alcune regioni rappresentative di sud, centro e nord.

- **Regione Sicilia:**

finanziato nell'ambito del *Bando di Progettazione sociale per il Sud*, promosso dai tre *Centri di Servizio per il Volontariato della Sicilia* (Cesv, Cesvop e Csv Etneo) e dal *Comitato di gestione della Regione Sicilia*, si avvia il *Progetto regionale* dal titolo "Anziani e solidarietà: una rete di sostegno per la valorizzazione della persona". Il progetto, che coinvolge soprattutto gli *anziani over 65 dei territori di Messina, Palermo e Ragusa*, ha come capofila *AUSER*, un'associazione di volontariato e di promozione sociale impegnata a far crescere il ruolo degli *anziani* nella società, nata nel 1989 per iniziativa della *Cgil* e del *sindacato dei pensionati Spi-Cgil*. Con una durata complessiva di *24 mesi*, il progetto nasce dall'esperienza delle associazioni *AUSER* e *ADA* che, avendo un osservatorio privilegiato sui servizi rivolti in modo particolare ai *soggetti ultrasessantenni*, si propone di contrastare ogni forma di esclusione sociale, migliorando la qualità della vita attraverso una serie di attività che trovano il loro fondamento nella cultura del volontariato e nella pratica della solidarietà.

Le attività riguardano: il servizio di compagnia telefonica "*Filo d'argento*", momenti culturali, attività ludiche, turismo sociale, laboratori artistici e ricreativi gestiti dai soci volontari (teatro, musica, movimento, pittura, bricolage), biblioteca ed emeroteca, *Internet point*, servizio di segretariato sociale. Le attività saranno gestite con la partecipazione dei *volontari*, che costituiranno un *elemento di sintesi* tra i bisogni del territorio e le proposte e azioni previste dal progetto.

Le esigenze a cui si intende rispondere nascono da considerazioni generali sulle *condizioni dell'anziano nella società odierna*, con un sistema sociale che tende a considerare valido solo ciò che appare utile, produttivo, economicamente vantaggioso. Nessuno spazio viene riservato alle relazioni, alle forme di accudimento che esulano da quelle necessarie. Da qui l'esigenza di qualificare il tempo dell'*anziano*, laddove, specie nelle aree metropolitane, si rileva una quasi totale assenza di strutture di tipo socio-ricreativo e culturale dedicate agli *anziani*. Di conseguenza, lo scopo del progetto è quello di promuovere un miglioramento della qualità della vita dell'*anziano*, nell'ambito del proprio contesto, sviluppando la sua autonomia e favorendo i livelli di partecipazione attiva alla vita della società. ( *area politiche sociali, www.regionesicilia.it* )

- **Regione Puglia:**

Nella provincia di Bari è partito da circa un anno un progetto di “*Network*”, a cui fa capo una neurologa del policlinico di Bari ed altri suoi colleghi. Il tutto parte dall’esigenza di garantire una continua assistenza a pazienti dimessi con patologie neurodegenerative (Alzheimer), e in generale a pazienti anziani non autosufficienti. Il progetto prevede un **distretto centrale**, dove giungono tutte le richieste del paziente e/o familiare attraverso l’intermediazione del medico di medicina generale, che ha precedentemente analizzato il caso insieme allo specialista.

Il fine è quello di giungere alla scelta migliore per il paziente, per permettergli non una sopravvivenza, ma una **vita fatta di qualità**.

In provincia di Lecce è stato invece aperto uno “*Sportello informanziani*” che aiuta l’anziano ad usufruire dei servizi offerti dalla provincia:

- **Teleassistenza:** Telecontrollo e Telesoccorso sono attivi 24 su 24 e vengono attuati mediante apparecchi elettronici (telecomando, o campanello, o telefono particolare) che sono collegati ad una centrale di assistenza. Il telesoccorso avviene secondo le seguenti modalità tecnico-operative: una volta partito il segnale di allarme dallo strumento (telefono, campanello, ecc.) che si trova a casa della persona, operatori competenti si mobilitano tempestivamente per analizzare le cause dell’allarme al fine di attivare i soccorsi. In casi di particolare gravità vengono contattati per primi i soccorsi e poi i parenti. Per le altre situazioni, l’operatore del telesoccorso che risponde alla chiamata, avverte prima i parenti e le altre persone indicate dall’utente (in possesso delle chiavi dell’abitazione) al momento dell’attivazione del servizio;
- **La Banca del Tempo:** associazione che riunisce persone che si scambiano volontariamente servizi e prestazioni di vario genere al di fuori dalle logiche del mercato tradizionale. La moneta di scambio, infatti, non è il denaro ma il tempo. Ciascun iscritto/a dichiara i servizi che mette a disposizione degli altri e, d’altro canto, ciò di cui ha bisogno. La lista dei servizi offerti è a disposizione di tutti i soci: in questo modo si crea una vera e propria rete di offerte e richieste. Lo scambio avviene quando un associato che avverte un bisogno usufruisce di un servizio offerto. Il valore di questo servizio è contabilizzato in ore, e un’ora di un determinato servizio vale quanto un’ora di un qualsiasi altro servizio, a prescindere dai parametri di costo utilizzati nel “mercato tradizionale”. Il meccanismo non è quello dello scambio a due ma quello della Banca: la domanda/offerta delle prestazioni è gestita dagli operatori che ridistribuiscono le ore/servizi fra gli iscritti.  
([www.vit@nziani.it](http://www.vit@nziani.it))

- **Regione Abruzzo:**

*(Il segretario di presidenza, risponde alle nostre domande su iniziative regionali per l'anziano):*

*“ La problematica dell'assistenza domiciliare, in particolar modo ai malati di Alzheimer, pone l'accento non solo sulle effettive necessità del paziente, ma propone anche una riflessione profonda sulle esigenze della famiglia dell'assistito. Naturalmente, data la complessità della domanda di salute espressa dalla persona disabile, la Regione Abruzzo ha inteso provvedere, come primo intervento, all'integrazione operativa di tutti i servizi interessati, nel tentativo di rendere operativa una rete integrata territoriale con dimensionamento di ADI, Centri Diurni, RSA, Istituti di Riabilitazione e le risorse previste per le cinque linee prioritarie della Regione Abruzzo vincolate agli obiettivi del Piano, hanno consentito alle Aziende Sanitarie Locali di favorire l'accesso ai servizi ad un numero sempre maggiore di utenza, attuando una ripartizione del complessivo finanziamento, come già in precedenza, per quota capitaria secondo il criterio della popolazione residente.*

*L'obiettivo generale è stato sempre quello di individuare il più precocemente possibile tutte le fragilità del paziente anziano nonché di coloro che si trovano in una situazione di disabilità permanente o temporanea. Queste sono condizioni di svantaggio accomunate dal fatto di essere aree di criticità in fase di crescita progressiva che necessitano di una forte interazione dei servizi sanitari con quelli sociali, così come di interventi erogati in modalità tanto residenziale quanto territoriale. Per quanto riguarda l'offerta dei servizi al paziente, sono stati delineati, nell'ambito delle Aree Distrettuali - D.S.B., piani assistenziali articolati. I medici di base, i pazienti ed i loro familiari sono stati informati degli interventi di assistenza domiciliare, che a volte sono caratterizzati da complessità e necessitano di interventi di medicina generale connessi a prestazioni infermieristiche fisioterapiche e specialistiche. In relazione alla domanda di assistenza proveniente dal territorio, sono stati previsti i Punti Unici di Accesso (PP.UU.AA.), individuati sia dal Piano Sociale Nazionale che dal Piano Sociale Regionale 2007-2009 e divenuti in breve tempo “una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per individuare i percorsi più efficaci per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e socio-sanitario, in modo unitario ed integrato”.*

*Per quanto attiene i finanziamenti più recenti ed in particolare quello riferito all'annualità 2009, la Regione ha ritenuto di destinare (in attuazione delle direttive risultanti dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25.3.2009, Rep. Atti n. 57/CSR, alla Linea progettuale individuata come “Non autosufficienza”) risorse significative assicurando l'integrazione socio-sanitaria mediante il potenziamento dell'adozione di percorsi assistenziali specifici nei confronti delle persone non autosufficienti affette da disabilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, nonché per il trattamento dei nuovi bisogni emergenti nella popolazione colpita dal terremoto e promuovendo anche l'Amministratore di Sostegno.*

*L'Assistenza Domiciliare Integrata nasce dall'esigenza di indirizzare i servizi sanitari verso l'assistenza domiciliare a causa dell'enorme prevalenza delle malattie croniche*

*legata alla consistente presenza di popolazione anziana, disabile e/o cronica. La programmazione regionale si è quindi indirizzata verso una rete integrata di servizi socio-sanitari dedicati ai pazienti anziani, disabili e/o cronici che colleghi tutti i “nodi” della rete stessa (Medici di AP, PLS, poliambulatori, distretti Socio Sanitari, Ospedali, Dipartimenti) al fine di consentire una totale presa in carico dei pazienti disabili e/o cronici. Il Punto Unico di Accesso (PUA), l’Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) ed i Programma Assistenziale socio-sanitario Individuale (PAI) hanno rappresentato il cardine del progetto. Si è stabilito di attivare “Il Punto Unico di Accesso” (PUA) presso ogni Area Distrettuale al fine di favorire l’accesso all’intera rete dei servizi sociali e sanitari e la totale presa in carico del paziente.*

*L’obiettivo generale perseguito quindi con i finanziamenti citati è stato quello di organizzare servizi che garantissero l’accoglienza e l’informazione sulle opportunità e le tipologie di assistenza, naturalmente nel rispetto dell’autonomia organizzativa di ciascuna Azienda Sanitaria Locale, destinataria dei finanziamenti ricordati.*

*Per quanto attiene infine alla programmazione del finanziamento per l’annualità 2010, attualmente al vaglio del Ministero della Salute la Non Autosufficienza ha comportato l’individuazione di risorse con una quota specifica vincolata a:*

- Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti
- Assistenza ai pazienti affetti da Demenza

*Si è ritenuto, in aderenza alla programmazione nazionale, di destinare i fondi ai medesimi progetti in corso, secondo le necessità evidenziate da ciascuna Azienda rispetto al territorio di riferimento.*

- **Regione Piemonte:**

La Regione promuove tutte le iniziative per sostenere le esperienze di partecipazione degli anziani alla vita sociale: attività occupazionali, culturali e ricreative che favoriscono la possibilità di sviluppo e crescita delle persone e contribuiscono a prevenire le forme di decadimento psico-fisico, nonché permettono di recuperare le esperienze e le capacità del passato del soggetto anziano.

In secondo luogo, la risposta per gli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti che richiedono prestazioni assistenziali e/o sanitarie, deve essere il più possibile orientata al mantenimento della persona nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale. In tal senso è opportuna l’erogazione di servizi alternativi al ricovero, evitando ricoveri impropri in strutture ospedaliere e residenziali e migliorando, nel contempo, i livelli qualitativi delle prestazioni socio-assistenziali erogate all’interno delle strutture stesse.

Come nucleo familiare non si intende limitarsi strettamente alla famiglia, ma ci si rivolge anche alla rete parentale e sociale. In questo senso il compito di programmazione dei servizi diventa anche un compito in qualche modo “educativo”.

Si coinvolge il più possibile al contesto sociale che sta intorno alla persona anziana, si “educano” le fasce di età più giovani al rispetto e alla considerazione dell’anziano, tenendo conto del fatto che un giorno anche loro invecchieranno. Inoltre, potenziando gli interventi preventivi, si ottengono risultati molto importanti collegati fra loro: si evitano ricoveri impropri di soggetti anziani presso strutture residenziali od ospedaliere e, di conseguenza, si contiene la spesa per la retta di degenza. In ultimo, si permette di fornire prestazioni qualitativamente superiori a quelle attuali a chi, per motivi diversi, non ha altra alternativa che il ricovero in istituto. I servizi dedicati alle persone anziane sono realizzati dai Comuni in gran parte attraverso gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali. La Regione finanzia il funzionamento degli Enti Gestori, nonché attività specifiche individuate dalla Giunta. (*area politiche sociali, www.regionepiemonte.it*)

- **Regione Lombardia:**

La Regione ha rilevato in questi anni l’esigenza di valorizzare modalità di intervento alternative al ricovero a favore di persone anziane attraverso la sperimentazione e lo sviluppo di servizi ed interventi innovativi a sostegno della domiciliarità, in particolare attraverso servizi di vigilanza in aree ad alto rischio socio-ambientale rivolti ad anziani fragili. Nel 2008 è partito un servizio di vigilanza attiva sul territorio volto ad anziani fragili attraverso la realizzazione di postazioni di portierato sociale in condomini, isolati e territori che vedano coinvolti in prima persona i giovani del servizio civile.

Tutte le postazioni previste dai progetti svolgeranno un’attenta e sistematica azione di identificazione e monitoraggio dei bisogni, della criticità e di sorveglianza delle situazioni a rischio degli anziani coinvolti. I progetti prevedono un’azione comune tra ente titolare e almeno un altro attore del territorio quali Asl, Aziende ospedaliere, servizi sociali del comune in cui si realizza l’attività (se diverso dall’ente gestore del progetto), parrocchie, associazioni di volontariato o altri soggetti del terzo settore e consistono in:

- **Buono sociale:** è un contributo economico per mezzo del quale si riconosce e sostiene l’impegno diretto dei familiari, anche attraverso il ricorso ad assistenti familiari, o appartenenti alle reti di solidarietà nell’accudire in maniera continuativa un proprio congiunto in condizione di fragilità.
- **Voucher sociale:** consiste nell’erogazione di un titolo di acquisto per prestazioni professionali di natura sociale presso agenzie pubbliche o private accreditate. E’ destinato a sostenere interventi che possono favorire il mantenimento a domicilio di persone fragili, ad esempio: aiuto per la preparazione di pasti, per la pulizia della casa o per l’igiene personale o, ancora, un servizio di trasporto. Trattandosi di una richiesta di prestazioni professionali, la persona in condizione di bisogno o i suoi familiari devono rivolgersi al servizio sociale del comune di residenza, che raccoglierà la domanda e formulerà un programma personalizzato di assistenza. Nel momento in cui la domanda verrà accolta, il servizio sociale fornirà le indicazioni per le procedure di attivazione del **Voucher sociale**. (*area politiche sociali, www.regionelombardia.it*)

“Alba domenicale”, Angelo Morbelli, 1890, Collezioni Private



“Il vecchio perde uno dei maggiori diritti dell'uomo: non viene più giudicato dai suoi simili”

Goethe

## CONCLUSIONI

Dalle nostre indagini e dai risultati ottenuti siamo giunte alla conclusione che: attraverso una corretta educazione, sia a livello sociale, sia individuale, a scopo preventivo, sia possibile eliminare almeno una buona parte di quell'alone di mistero che aleggia intorno alla vecchiaia e che incute un forte timore.

A livello sociale, sarebbe auspicabile eliminare i pregiudizi, frutto dell'ignoranza e i preconcetti che gravano su tale fase di vita, oltre che consentire agli anziani di avere un loro spazio ed un ruolo socialmente attivo, a seconda delle loro possibilità e dei loro interessi.

A livello individuale, potrebbe essere utile una campagna informativa a scopo preventivo, al fine di fugare dubbi e incertezze, invitare alla cura sia del proprio fisico, sia della propria mente, ma soprattutto per veicolare l'idea che la vecchiaia è una fase di vita, non sempre, né necessariamente, legata alla patologia e che rappresenta la logica prosecuzione di ciò che si era prima.

### Passi futuri...

- **Migliorare la qualità di vita delle persone affette da demenza e quella delle loro famiglie** affrontando insieme complessità di ordine pratico ed economico;
- **condividere esperienze, buone prassi e strumenti promuovendo ricerche, progetti e azioni** coordinate sia a livello regionale che locale; essere interlocutore importante verso le Pubbliche Amministrazioni in generale e la Regione in particolare. Il presupposto di fondo è quello di unire competenze ed esperienze nell'affrontare una malattia che mostra tutta la complessità di una patologia sociale perchè pone i familiari dei malati di fronte a questioni morali, etiche e religiose da un lato e a problemi economici, materiali e concreti dall'altro, mentre la sua presa in carico richiede il coinvolgimento di numerose figure professionali quali psicologi, geriatri, legali, assistenti sociali. Non basta però l'impegno degli addetti ai lavori e la sollecitudine delle famiglie: bisognerebbe andare incontro al bisogno di informazione, di supporto, di orientamento che emerge dalla società organizzando incontri informativi rivolti alla cittadinanza, eventi di sensibilizzazione, percorsi di formazione per i volontari delle associazioni stesse. E tra gli obiettivi, c'è anche la creazione di un osservatorio regionale che possa monitorare costantemente i progetti in divenire e definire da qui prospettive e risultati da raggiungere
- **promuovere con sempre maggior efficacia le risorse umane** di cui sono portatori gli anziani all'interno della comunità;
- **attivare reti di solidarietà** sul territorio che abbiano come riferimento gli anziani in quanto "soggetti attivi protagonisti" e non "oggetto" di interventi di tipo assistenziale e riparatorio;

- far **sperimentare agli anziani** processi esistenziali di significatività comunitaria in modo da contrastare la mancanza di ruolo e di relazione che possono determinare una “non autosufficienza sociale”.
- **potenziare i servizi domiciliari**: l’80% degli anziani affetti da patologie neurodegenerative vive a domicilio.
- **attivare i medici di medicina generale** per garantire un supporto domiciliare-sanitario alle famiglie dei malati. Infatti, i familiari dovrebbero essere tutelati perché c’è un enorme dispendio in termini economici (badanti molto spesso extra-comunitarie che non vengono pagate a nero proprio per non avere altre spese), in termini di tempo (l’assistenza o la gestione di essa li porta a gestire il loro tempo in maniera del tutto diversa mettendo in discussione anche l’attività professionale), in termini psichici sia per il caregiver (accudire un malato è uno stress enorme) che per il malato stesso (ripagano in salute l’essere assistiti).
- **social housing**: appartamenti caratterizzati da una stessa tipologia di persone, da spazi comuni e servizi comuni a prezzo ridotto, esempio, badante. Questo servizio funziona già in America, Svizzera, mentre in Italia è stata fatta qualche sperimentazione che ha portato buoni risultati.

Solo così, passo dopo passo, si può creare la rete comunitaria locale delle relazioni tra tutti i soggetti: singoli, gruppi, famiglie, associazioni di categoria, volontariato, istituzioni, ecc., e costruire quella comunità solidale e un po’ più umana che dovrà essere il nostro futuro.

## BIBLIOGRAFIA

© cnesps - istituto superiore di sanità - 2001-2010

Ageing society-osservatorio terza età “La spesa sanitaria nazionale in rapporto all’ invecchiamento della popolazione: analisi ed ipotesi di contenimento”

Alzheimer’s disease international, “World alzheimer report 2010”

Atlante dell’ invecchiamento della popolazione, “Vent’anni di evoluzione nelle province e nei comuni italiani”

Bibbia , gios.24,31

“Brief history of the psychology of aging”, 1961

“Come invecchiare bene e più tardi possibile”, ed.neb padova, 1998

Commissione europea alzheimer europe, manuale “Per prendersi cura del malato di alzheimer”, versione italiana realizzata dalla federazione alzheimer italia, milano, 1999

Convegno nazionale: “Verso una senescenza di migliore qualità”, auditorium pio albergo Trivulzio, Milano

Cristini, Cesa- Bianchi, 2003

“De generatione animalium”

“Invecchiare bene, anzi molto bene”, [www.benessere.com/psicologia](http://www.benessere.com/psicologia)

Journal of gerontology, 1946

“L ’invecchiamento, estensione e miglioramento della vita”, [www.anagen.net](http://www.anagen.net)

Lehr, 1979

Minois.g. , “Storia della vecchiaia” , editori Laterza , Roma, 1988

OCSE , “Health data”, 2009

“Prendersi cura e dintorni”, articolo tratto da dm 167 - dicembre 2008, dell'unione italiana lotta alla distrofia muscolare.

“Psicologia e invecchiamento”, [www.prosalute.it](http://www.prosalute.it)

Regione veneto, “Statistiche flash-numeri e grafici per capire il veneto”

Scortegagna, 2005

“Senescence, the last half of life”

“Storia dell’assistenza sociale”, [www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it)

“Storia della Vecchiaia” , Editori Laterza , Roma, 1988

“Sull’invecchiamento della popolazione, appunti e riflessioni”, bari, 2004, Umberto Salinas e Nunzio Mastrococco

“Sur l’homme et le développement de ses facultés”

Testimonianza dal centro Maderna di Stresa

Testimonianza dott.ssa Simone del reparto di neurologia del policlinico di Bari

Testimonianza dottor Giuseppe Rubicini, per la segreteria di presidenza regione Abruzzo Unione Europea, “L’impatto dell’invecchiamento sulla spesa pubblica: proiezioni per gli stati membri dell’ue-25 sulle pensioni, l’assistenza sanitaria, l’assistenza a lungo termine, l’istruzione e la disoccupazione 2004-2050”

“Vivere con un malato di alzheimer”, edizione italiana tratta da Alzheimer's disease - help for caregivers-

[Www.fitwoman.it/articoli/desenectude.it](http://Www.fitwoman.it/articoli/desenectude.it)

[Www.istat.it/dati/catalogo](http://Www.istat.it/dati/catalogo)

[Www.piazzasalute.it](http://Www.piazzasalute.it)

[Www.regione.veneto.it/statistiche](http://Www.regione.veneto.it/statistiche)

[Www.regionelombardia.it](http://Www.regionelombardia.it)

[Www.regionepiemonte.it](http://Www.regionepiemonte.it)

[Www.regionesicilia.it](http://Www.regionesicilia.it)

[Www.vit@nziani.it](http://Www.vit@nziani.it), sportello informa anziani del Salento

