

Vademecum

della

salute

Questa pubblicazione è stata realizzata grazie ai seguenti contributi:

*Fondo lotteria intercantonale
Bellinzona*

Organizzazione Cristiano Sociale Ticinese

e con la collaborazione della redazione de "*Il Lavoro*".



Finito di stampare nel mese di novembre 2001

Sommario

Prefazione pag. 3
Romano Rossi

Chiaccherata con i non più giovani pag. 4
Andrea Rossi

L'alimentazione nella terza età pag. 7
William Pertoldi

I disturbi della vista nell'anziano pag. 10
Massimo Vignanelli

Invecchiamento e diminuzione dell'udito pag. 12
Francesco De Righetti

Le cause della menopausa pag. 15
Carmen Anastasi-Ramani

L'incontinenza nella donna anziana pag. 17
Linda Leidi

Osteoporosi una malattia strisciante pag. 19
Franco Tanzi

Salute e bellezza a ogni età pag. 22
Gabriella Hunger-Ricci

Memoria e invecchiamento pag. 25
Pier Luigi Quadri

Una età da abitare pag. 28
Rita Pezzati-Pincioli

L'Associazione P.I.P.A. si presenta pag. 33

Anziani e attività fisica pag. 35
Maurizio Ponti

La salute dell'anima pag. 39
Sandro Vitalini

La casa per anziani, un valido aiuto pag. 42
Fausto Denti

Prefazione

Romano Rossi

Presidente OCST

È indubbio che, negli ultimi anni, sia stata particolarmente avvertita la necessità di una riflessione sulla realtà del mondo degli anziani e su ciò che esso rappresenta.

Questa rinnovata tensione è sollecitata dal notevole invecchiamento della popolazione, a causa del minor numero di nascite e dal sensibile aumento dell'età media di vita.

Sta infatti emergendo una nuova e stimolante equazione sociale: quella che viene definita come la società postindustriale, dell'informazione e del tempo libero. È, quindi, soprattutto la società della longevità.

I diversi studi di ricerca, approfondimento e analisi concordano nell'affermare che la popolazione anziana evolve nelle sue potenzialità, capacità di partecipazione, forme di convivenza e nella stessa concezione di sé; in altre parole, viene confermato il netto miglioramento, rispetto al passato, delle condizioni di vita della popolazione anziana.

È indiscutibile che, in questa progressiva evoluzione, la salute rappresenta da sempre un elemento determinante anche perché la malattia costituisce, per contro, l'evento che cambia la vita di chi ne è colpito come pure quella di chi gli sta accanto.

Alla malattia si accompagna fortunatamente la solidarietà, misurata anche in termini di sentimenti e di affetti, come un messaggio di speranza.

Un impegno preciso assunto dall'Associazione Anziani Pensionati e Invalidi dell'OCST è costituito proprio dalla continua attenzione riservata alla salute, ritenuto un bene da proteggere e conservare.

Per poterlo fare risulta indispensabile una puntuale e corretta informazione e, a tale scopo, questo testo ne rappresenta un'eloquente dimostrazione, grazie all'apporto di voci specialistiche che lo arricchiscono nei suoi contenuti.

Il Comitato dell'Associazione, che come sindacato rappresenta l'auto tutela degli anziani e dei pensionati, ha avuto, grazie a questa pubblicazione, l'occasione per riaffermare e diffondere una cultura della vita, dal valore intrinseco della persona, indipendentemente dall'età.

Il vivere a lungo è allora da intendersi quale dono da accogliere e valorizzare, sia sotto il profilo dell'esistenza quotidiana, sia per quanto riguarda i bisogni spirituali.

Chiaccherata con i non più giovani *a proposito degli stessi*

Andrea Rossi

Medico in pensione

Invitato ad esprimere qualche considerazione circa il mio modo di vedere e anche di vivere la condizione della terza età, mi concedo di fare una chiacchierata in merito ad essa. Trattasi di una chiacchierata di un non più giovane, come preferisco definirmi, evitando termini quali vecchio e vecchiaia che suonano tristemente, accettando al limite quello di vecchiezza che appare vivace o meno lugubre.

Trattasi però sempre di età avanzata, anche se le apparenze possono essere in contralto con la realtà. Prova ne è che: *"al sumea sempre un giovinott"* mi sento spesso dire, ma sento pure esprimere magari sommessamente e discretamente *"al sumea püsee vecc da quel cal'è"*.

Genericamente possiamo dire che nella vita dell'uomo si susseguono diverse fasi e cioè quelle:

- 1) *dell'inconsapevolezza totale (coincidenze negative di sensazioni dolorose)*
- 2) *della spensieratezza, o di Serena assenza di preoccupazioni*
- 3) *delle illusioni e fantasticherie*
- 4) *della speranza seguita da realizzazioni e/o sconfitte*
- 5) *dell'accettazione consapevole e realistica o della non accettazione e quindi del dover subire con*
- 6) *conseguenze sopportabili, positive o negative.*

Linea parabolica dell'esistenza umana

Superata quella definibile come la sindrome di catastrofe, nella quale il pianto disperato, ma liberatorio è l'espressione della condizione che viviamo al momento della nascita, perché gettati nel baratro spaventoso dell'ambiente ignoto da una condizione di sicurezza e benessere come quella del grembo materno, ci si affida aile calde e premurose membra della madre che cerca di ricreare, imitandola, la condizione iniziale perduta.

L'inconscia e totale assenza di volontaria ricerca, interrotta soltanto a momenti da stimolazioni sensoriali sgradevoli, si protrae fino al periodo della spensieratezza e serena assenza di preoccupazioni, appena interrotta periodicamente da quelle immediate delle stimolazioni sensoriali ed emozionali che causano dolenza e/o dispiaceri.

Hanno in seguito inizio, osservazioni, confronti e prese di coscienza di possibilità e quindi desideri di realizzazioni, conquiste e trasferimenti immondi il più delle volte illusori.

Dopo una cernita più o meno sommaria delle possibilità si accende la speranza di raggiungere traguardi ambiziosi: le conseguenze sono le affermazioni, ma pure le sconfitte.

A questo punto la costruzione e risultanza fenotipica dell'individuo, cioè la somma di qualità e deficienze ereditate unicamente a influenze formanti e deformanti del complesso socio culturale del quale siamo immersi, fa sì che le condizioni reali vissute vengano accettate oppure rifiutate.

L'accettazione consapevole e realistica che non sia abbandono totale e trascuratezza, rende vivibile e permette il superamento di difficoltà e disagi. Il rifiuto testardo e altezzoso che va oltre la ragionevole e equilibrata capacità di impegno e volontà positiva, porta a subire ed è causa frequente di frustrazione, delusione ed, infine, depressione.

Così descritta l'esistenza degli esseri umani appare come una linea parabolica che evolve salendo, sembra stabilizzarsi raggiungendo un certo livello ed involve poi, scendendo in modo progressivo fino a raggiungere il livello di partenza.

E' nostro compito occuparci dell'ultima parte della curva descritta, nella quale si verificano processi involutivi, cioè di più o meno lenta, ma inevitabile riduzione e affievolimento di potenzialità fino a perdita totale delle stesse.

Forza fisica, facoltà visive ed uditive, lucidità mentale e relative capacità di cogliere l'intelligibile, anche se certe perdite possono essere compensate da arricchimento di tipo empirico, vanno inesorabilmente decrescendo in quantità e qualità: instabilità posturale, insicurezza, paure e ansie sono le dirette conseguenze.

Si verifica il fenomeno noto in gerontopsichiatria della regressione, cioè dello spostarsi sul ramo discendente della parabola che porta al livello di partenza ritrasformandoci bambini; in questo stato come in quello, particolare affetto, attenzione e protezione sono indispensabili.

Così come l'abbiamo descritta la linea parabolica dell'esistenza umana rappresenta quella di un percorso che possiamo definire fisiologico naturale, cioè normale.

Si prescinde così dalle incidenze che nel percorso si possono verificare come le varie patologie che la deformano, qualche volta in modo rivoluzionario e qualche volta la incidono, in modo tale, da interromperla prima del compimento naturale.

Non è compito della chiacchierata presente, descrivere tutte le alterazioni possibili dello svolgimento di una vita e tanto meno disquisire sui perché e sul senso delle stesse, si sconfinerebbe in ambito filosofico-teologico, certamente oltre modo importante e fondamentale, ma che esula dal nostro impegno attuale.

Cercheremo di accennare a qualcuno degli inconvenienti che in numero e in misura, più o meno grande, e in forme più o meno incisive si verificano nei non più giovani.

Innanzitutto, necessita prendere atto e vivere coscientemente la inevitabile evoluzione progressiva con il suo esito conclusivo dei percorsi vitali, farlo ci pone nella condizione più adatta per poterli affrontare ed accettare.

Questa presa di coscienza, accompagnata anche dalla consapevolezza che almeno in parte, errori e colpe personali sono state cause importanti degli avvenimenti, potrebbe aiutarci a cercare correzioni o ad accettare, senza complessi di colpa o disperazione, la nostra condizione di esseri a cui la vita come è stata donata così viene tolta.

Cose semplici, utili, ma non per questo meno importanti

Abbiamo accennato all'instabilità posturale, conseguente alla perdita di alcune facoltà, che sono causa di cadute con effetti più o meno gravi.

Giova ricordare che la più alta percentuale di patologie verificatesi in età avanzata non è data da neoplasmi o malattie cardiovascolari, ma dalle cadute. Ovvio appare quindi, ma mai sufficientemente ricordata, la necessità di porre la massima attenzione alla prevenzione delle stesse.

"Guarda in terra dove metti i piedi". Mi ripeto mentalmente e dico ad alta voce agli accompagnatori durante gli spostamenti sulle scale o durante le escursioni: le varie mansioni e l'osservazione del paesaggio si compiono dopo essersi arrestati o aver raggiunto posizioni di stabilità.

L'uso di apparecchiature varie, facilitazioni degli accessi alle varie destinazioni, accompagnamenti e sostegno sono importanti misure anche in senso psicologico.

In apparenze diverse, ma intrinsecamente analoghe, le attenzioni e le misure da applicare per proteggerci da malattie di tipo infettivo, acuto e degenerativo croniche.

Evitare il contatto o l'inoltrarsi in ambienti in cui certe malattie sono di casa. Il partecipare a spostamenti e prestazioni richiedenti particolari facoltà sono sempre da tenere presenti e relativizzare alle possibilità psico-fisiche in particolare per i non più giovani, dei quali, come detto, difese naturali e condizioni generali sono in regressione.

Dunque cautele e protezioni e anche rinunce, ma non immobilizzazione attiva o passiva, contemplazione di avvenimenti e messa in disparte senza socializzazione sono queste le strade sicure che portano all'emarginazione e alla depressione.

Il notevole prolungamento dell'età media dell'uomo prodotto da conoscenze incrementate da strabilianti scoperte scientifiche e progresso tecnologico, ha modificato modi e tempi di intervento sulla vita.

Ad esempio per gli interventi chirurgici, oggi, si pone più attenzione all'età biologica anziché a quella anagrafica, per cui operazioni invasive vengono eseguite anche su soggetti in età avanzata.

Altri esempi eclatanti sono:

- *l'intervento coxo femorale eseguito alla regina madre di Inghilterra, nel suo centesimo anno di età e*

- *a quello, personalmente seguito da vicino, in una mia paziente che a pochi mesi da diventare centenaria, perdeva la facoltà di leggere il suo amato quotidiano ticinese a causa dello sviluppo di una cataratta. All'avvenimento facevano seguito sequele di tipo psico-fisico gravissime, in quanto si trattava di una donna dignitosa poco incline alla dipendenza e al protezionismo. L'eliminazione della menomazione, mediante intervento chirurgico permetteva la ripresa delle attività fino alla morte avvenuta al compimento del centotreesimo anno di età.*

All'allungamento notevole dell'età media dell'uomo dovrebbe anche accompagnarsi il mantenimento della qualità di vita e per concludere, mi si permetta una frase:

"aggiungere anni alla vita, ma pure vita agli anni".

L'alimentazione nella terza età

La malnutrizione in agguato

William Pertoldi

Dott. FMH Medicina interna

Introduzione

Nei paesi Occidentali la malnutrizione sembra essere un paradosso, eppure questa entità è presente anche senza una malattia specifica e tocca prevalentemente una particolare fascia della popolazione rendendola a rischio elevato: la popolazione anziana. La prevalenza della malnutrizione negli anziani sani che vivono a domicilio varia da 1-5% secondo gli studi, questa percentuale però si innalza drammaticamente se vengono analizzati gli anziani al loro arrivo in Ospedale. Un recente studio eseguito in un Ospedale Regionale del Cantone, ha infatti evidenziato che, dal 20% al 60% di una popolazione apparentemente senza particolari malattie debilitanti, al momento dell'ospedalizzazione presentano segni di malnutrizione.

La malnutrizione non considerata come uno stato di carenza proteo-energetica, ma anche come un apporto non equilibrato di alimenti che portano a carenze di altro tipo (minerali, vitamine,...). Una malnutrizione è inoltre considerata anche come il risultato di un apporto eccessivo di alimenti.

In pratica ci nuoce sia il "*troppo poco*" che il "*troppo*".

Alimentazione e terza età

Le diete, la forma, l'attività fisica sono argomenti quotidiani tra i giovani e i meno giovani, ma spesso questi aspetti vengono negletti nei confronti dell'anziano.

E vero che lo stato di salute dell'anziano in parte deriva da quello che è stato fatto in passato (dobbiamo "*prepararci*" alla vecchiaia

sin dall'adolescenza), ma è altrettanto vero che il nostro organismo è in continua modificazione anche nella vecchiaia. Quindi per far funzionare correttamente questa "macchina" dobbiamo alimentarla adeguatamente, controllarla regolarmente e mantenerla in attività.

Comprendere questo concetto di continua evoluzione anche in età avanzata e sollecitare il proprio medico ad affrontare insieme questa problematica, sono due elementi fondamentali.

Fattori di rischio

La persona anziana è, come detto, a rischio per sviluppare una malnutrizione, ci sono però diversi fattori che possono contribuire ad aumentare ulteriormente questo rischio. Questi fattori possono essere di diversa gravità se presi singolarmente, ma il più delle volte essi non sono isolati bensì sono associati. La presenza contemporanea quindi diversi fattori di rischio rende il contesto estremamente pericoloso (Tabella 1).

A questi fattori di rischio bisogna inoltre aggiungere la frequente presenza di preconcetti errati.

Spesso infatti, la persona anziana ritiene che, essendo ormai vecchia e facendo meno attività fisica, il suo corpo consuma poco e quindi non richiede una ricca alimentazione. A testimonianza di questa affermazione, egli riferisce di non risentire fame.

Niente di più falso e pericoloso!

È vero che il fabbisogno proteo-energetico di una persona anziana è ridotto rispetto quello di un adulto in piena attività fisica, ma resta relativamente importante.

Inoltre sono frequenti i casi in cui una persona anziana, soprattutto con l'avanzare degli anni, non risente più lo stimolo della fame e della sete. Questo comporta un elevato rischio di disidratazione (soprattutto in estate) e un cronico apporto insufficiente con le rispettive conseguenze.

Fattori di rischio per la malnutrizione - Tabella 1

- Basso livello socio-economico Immigrati, reddito basso,
- Isolamento Vedovi, assenza di rete di sostegno (famiglia, aiuto domiciliare),
- Depressione E altre malattie psichiatriche o cognitive (demenza)
- Disabilità Malattie internistiche, reumatologiche, neurologiche che rendono la persona dipendente,
- Malattie sensoriali In particolare riduzione del gusto o dell'olfatto,
- Malattie dentali o periodontali Stomatiti, glossiti, gengiviti, cattiva dentatura, protesi non adatte, disturbi della deglutizione,
- Malattie croniche Cardiache, polmonari, renali, gastro intestinali, diabete, Neoplasie,
- Farmaci Soprattutto per chi prende più di 3-4 medicinali al giorno,
- Tossici In particolare alcool

Conseguenze della malnutrizione

La malnutrizione è una malattia subdola, si installa lentamente e non da sintomi. Quando essi compaiono spesso sono attribuiti ad altre malattie e non vengono riconosciute come la conseguenza di uno stato di malnutrizione.

L'obesità è correlata ad un aumento della morbilità e mortalità (innanzitutto per quanto riguarda le malattie cardiovascolari) oltre che ad una prevalenza maggiore di diabete di e patologie articolari.

La carenza proteo-energetica e di micronutrienti (vitamine, minerali) comporta anch'essa una mortalità nettamente aumentata e l'insorgere di altre patologie gravi.

Tra queste ricordo principalmente che un anziano malnutrito presenta un rischio aumentato di infezioni (*polmoniti, infezioni urinarie*), lesioni cutanee (*ulcere*), anemia (*affaticamento, scompenso cardiaco*), fratture (*osteoporosi, debolezza muscolare e cadute*), aumenta dipendenza (*riduzione della mobilità, isolamento,...*).

Non solo quindi le persone malnutrite si ammalano di più, più gravemente e muoiono di più, ma sono anche più frequentemente ospedalizzate e la loro permanenza in ospedale e sensibilmente più prolungata (rispetto un anziano non malnutrito) perché i loro tempi di guarigione sono più lunghi e caratterizzati da maggiori complicazioni.

Queste conseguenze comportano inoltre una aumentata fragilità dell'anziano e un rischio maggiore di sviluppare una dipendenza che può arrivare a rischio la permanenza a domicilio.

Cosa fare - aspetti generali

Prendere coscienza che, come persona anziana, si può essere a rischio di cadere lentamente in uno stato di malnutrizione a causa di inadeguate abitudini alimentari è già un considerevole passo avanti.

Quantificare grossolanamente l'apporto proteico-energetico. Oltre i 65 anni bisognerebbe assumere giornalmente 1800-2000 Kcal (da modificare secondo il peso e il grado di attività fisica).

Un apporto costante inferiore a 1600 Kcal/giorno non è sufficiente e porta alla malnutrizione.

Ripartire adeguatamente la carica energetica, ed evitare le alimentazioni "monotematiche":

- Grassi 20-30% (grassi saturi <10)
- Glucidi 55-70% (zuccheri puri 10)
- Proteine 10-15%

Variare la dieta e assicurare un apporto equilibrato dei diversi alimenti assicura una corretta copertura del fabbisogno di vitamine e minerali.

Salvo controindicazioni, è consigliata unicamente una supplementazione di vitamina D (ed eventualmente di calcio), mentre le supplementazioni polivitaminiche sono indicate solamente in caso di malnutrizione accertata o in caso di malattia acuta (ospedalizzazione, intervento chirurgico, stress grave...).

Cosa fare – aspetti pratici

Nella popolazione anziana la nutrizione (per eccesso e soprattutto per carenza) è sempre in agguato perché l'anziano sovente presenta diversi fattori di rischio per tale patologia.

La prevenzione è quindi fondamentale.

Ecco alcuni consigli che tutti possono essere in grado di mettere in pratica:

- Abbiamo già discusso dell'importanza di mantenere un apporto alimentare adeguato ed equilibrato. Cercate quindi di variare gli alimenti e di assumere almeno 3-4x/settimana carne o pesce, tutti i giorni delle verdure e un frutto e di bere almeno 1,5 l di liquido/giorno.
- Se mantenere questo regime è troppo difficoltoso, cercate di frazionare i pasti (5-6 spuntini al giorno) invece di assimilare tutto nei 2-3 pasti abituali.
- Salvo prescrizione medica, abbandonate diete, restrizioni alimentari, cibi proibiti (o discutete con il medico in caso di dubbio). Ricordatevi solamente di preferire i grassi vegetali a quelli animali e di non abbandonare in zuccheri semplici (zucchero, bevande, dolci in genere,...).

- Aumentare il piacere di mangiare cercando di farlo in un ambiente gradevole (ben apparecchiato, con aggiunta di golosità, e in compagnia). Invitate regolarmente un parente, una volta alla settimana fatevi invitare da un familiare oppure andate al ristorante, accordatevi con un/a vicino/a nell'invitarvi reciprocamente e regolarmente. Mangiare, deve tornare a essere un piacere ed un momento di incontro.
- Controllate il peso regolarmente prestando attenzione ai cali anomali e inspiegati.
- Discutete con il vostro medico delle eventuali difficoltà che riscontrate per mangiare (nausea, dolori addominali, bocca secca o che brucia, difficoltà nella masticazione o dolori dentari...).
- Non nascondete difficoltà economiche che vi impediscono di effettuare una spesa adeguata o difficoltà nella mobilitazione.

Per concludere, vorrei sensibilizzarvi ancora una volta ai reali pericoli di una alimentazione insufficiente e non equilibrata anche se questa abitudine non vi ha creato particolari problemi fino adesso.

Valutate i vostri apporti abituali discutendone con il medico o con un'infermiera dell'aiuto domiciliare. Questi, insieme alla Pro Senectute o all'assistente Sociale del comune, potranno dare qualche suggerimento utile.

La somma dei vari piccoli interventi che potranno essere fatti da voi stessi e dai professionisti sopraccitati, porteranno ad una sensibile riduzione del rischio di sviluppare o aggravare una malnutrizione.

I disturbi della vista nell'anziano

Massimo Vignanelli

Dott. FMH Oftalmologia – malattie degli occhi

Le malattie oculari che colpiscono l'anziano sono molteplici e interessano in sostanza tutti i segmenti dell'occhio. Si tratta principalmente di processi degenerativi che risultano dalla progressiva riduzione delle funzioni anatomiche dei tessuti oculari. Le principali affezioni si possono riassumere in quattro categorie. Le patologie che riguardano il sistema lacrimale e palpebrale, quelle che interessano il cristallino, le patologie degenerative della retina ed infine il glaucoma.

Tralascio volontariamente i disturbi legati alla presbiopia (letteralmente vista dell'anziano) poiché questa progressiva diminuzione della vista da vicino, correggibile con gli occhiali, colpisce attorno ai 45-48 anni, età non più come anziana.

1. Affezioni del sistema lacrimale

La sensazione d'occhio irritato e secco è un disturbo che presenta frequentemente nell'anziano e non dovuta necessariamente ad una diminuita produzione di lacrime. Il più delle volte si tratta di una ridotta produzione delle ghiandole lacrimali accessorie che si trovano sulle palpebre. Queste ghiandole producono una specie di grasso che si mischia in maniera mirabile con il liquido prodotto dalla ghiandola lacrimale principale formando una pellicola sulla cornea. La mancata formazione di questa pellicola produce una ridotta copertura dell'epitelio corneale che, una volta esposto all'aria, determina una sensazione fastidiosa con arrossamento e sensazione di corpo estraneo.

Questo disturbo si tratta quindi sostituendo il film lacrimale con le cosiddette lacrime artificiali. Questi prodotti chimici, malgrado la loro ragguardevole complessità, si avvicinano solo minimamente alla reale complessità del film lacrimale, per questo vanno istillate molto

frequentemente.

Un'altra affezione che colpisce l'anziano riguarda la diminuita capacità di "eliminare le lacrime". Questo disturbo produce un'uscita delle lacrime dall'angolo dell'occhio (epifora) con conseguente irritazione della pelle. Il rimedio a questo disturbo consiste nell'aprire con una sonda le vie lacrimali e mantenerle pervie grazie a medicinali. Quando il problema persiste ed è secondario alla diminuzione della muscolatura palpebrale, le soluzioni sono molteplici e vanno dall'astensione terapeutica alla chirurgia delle palpebre stesse.

2. Opacizzazione del cristallino (cataratta)

Si tratta di gran lunga della patologia più frequente agli occhi che colpisce sia l'anziano. È caratterizzata da un progressivo calo della vista associato ad una diminuita trasparenza del cristallino naturale. Non esiste terapia medicamentosa efficace nel ridurre la progressione della cataratta. I maggiori fattori di rischio nello sviluppo della cataratta sono la luce ultravioletta del sole e i fattori genetici dell'individuo.

La sua terapia è l'estrazione chirurgica. L'indicazione all'intervento è posta di comune accordo fra il paziente e il chirurgo. Di solito si pone al momento in cui un'ulteriore correzione con gli occhiali non consente più un miglioramento significativo della vista. L'estrazione del cristallino opaco si effettua mediante emulsificazione con ultrasuoni, aspirazione e sostituzione della lente con un cristallino artificiale, di solito in fibra sintetica, inserito dietro alla pupilla.

Il risultato anatomico dell'intervento è al giorno d'oggi alquanto soddisfacente.

Purtroppo il risultato funzionale è sovente ridotto a causa d'altra patologia che interessa l'anziano come la degenerazione della retina (Macula) legata all'età e il glaucoma.

3. La degenerazione maculare correlata all'età

La degenerazione maculare legata all'età (DME) è una patologia che colpisce l'anziano soprattutto dopo i 65 anni. Si caratterizza da una perdita funzionale dovuta alla perdita del numero di recettori presenti sulla retina centrale. La retina è la parte dell'occhio che percepisce la luce e la trasmette, attraverso il nervo ottico al cervello che la rielabora per consentirci di percepire la realtà esterna. Facendo un paragone con la macchina fotografica, essa corrisponde alla pellicola del film, mentre il cristallino corrisponde all'obiettivo.

Si comprende quindi che se la retina non funziona bene, anche cambiando l'obiettivo (cristallino) ciò che sarà visto non sarà comunque ottimale.

Per tornare alla DME essa interessa la parte centrale della retina nella specie più evolute racchiude dei recettori molto sofisticati. Purtroppo l'invecchiamento del corpo si traduce in un progressiva incapacità dei sintomi fisiologici di mantenimento di ripulire e togliere dalla regione interessata i detriti cellulari. Questo si traduce in un progressivo malfunzionamento della retina e nei casi più gravi in una progressiva cicatrizzazione. Quando questo avviene il calo visivo è brusco, accompagnato dalla percezione d'immagine distorta, causati dall'accumulo di liquido sotto la retina attraverso questi vasi cicatriziali e patologici (DME essudativa).

La terapia in questi casi consiste nel ridurre l'effetto devastante della cicatrizzazione grazie a dei trattamenti con i laser, in alcuni casi con l'aggiunta di sostanze particolari come la Verteporfina che distrugge selettivamente i vasi responsabili della malattia. In casi estremi è indicata la chirurgia, intesa a preservare il cosiddetto residuo visivo.

4. Il Glaucoma

Il glaucoma è una patologia oculare di tipo degenerativo caratterizzato il più delle volte da un'aumentata pressione endoculare e una degenerazione del nervo ottico.

Le cause esatte che conducono al malfunzionamento del nervo ottico sono complesse e non sempre riconducibili a una pressione endoculare elevata.

Si tratta di una patologia che inizia attorno ai 40 anni la cui evoluzione è il più delle volte estremamente lenta. I meccanismi degenerativi sono tali che i danni alla vista non interessano inizialmente la vista fine come da esempio la lettura. I danni riverificano alla periferia del campo visivo per cui il paziente non percepisce di vedere meno bene fino a quando i danni non sono così importanti da interessare anche la visione centrale. A questo punto però la situazione è già compromessa giacché i danni neurologici non sono più recuperabili. Si deve quindi enfatizzare in questo tipo d'affezione il ruolo essenziale della prevenzione e della diagnosi precoce. Un glaucoma diagnosticato precocemente e trattato in maniera adeguata ed efficace non risulterà in danni neurologici tali da compromettere la vista di questo paziente. Per questo si consiglia un esame presso un medico oculista attorno ai 40 anni per depistare quest'affezione. In caso di presenza di glaucoma nella famiglia questo consiglio è ancor più importante poiché i casi di glaucoma si trasmettono per via genetica.

Una volta individuato e diagnosticato, il glaucoma va trattato inizialmente e per lungo tempo con dei medicinali o dei trattamenti laser (Trabeculoplastica). Solo quando la progressione della malattia, che si osserva attraverso l'esame del campo visivo e d'altri sofisticati apparecchi, è certa, si deve procedere ad un trattamento chirurgico. Il trattamento vige a produrre o direttamente una fistola nell'occhio (Trabeculoplastica) o ad incrementare massicciamente il deflusso del liquido intraoculare (Sclerotomia profonda). Il risultato di questa chirurgia è buono anche se va ricordato che un certo numero di casi vedrà ostruirsi la fistola nel corso dei mesi o anni dopo l'intervento.

Invecchiamento e diminuzione dell'udito:

quali inconvenienti sociali?

Francesco De Righetti

Dott. specialista FMH otorino laringoiatra

La mia sventura mi è doppiamente penosa, poiché mi si fraintende. Per me non vi è diletto ad essere in compagnia degli altri, non vi è conversazione intelligente, nessuno scambio d'informazioni con la gente, solo i bisogni più urgenti mi costringono a avventurarmi nella società. Sono tenuto a vivere come un proscritto.

Ludwig van Beethoven

La presbiacusia

L'acuità uditiva diminuisce generalmente con l'età, fenomeno ai confini tra normalità e patologia, noto come presbiacusia. Il meccanismo è legato ad una degenerazione più o meno accentuata dell'organo dell'udito, più precisamente in un'alterazione delle cellule sensoriali specializzate o delle cellule di sostegno. Ne consegue un deficit di percezione dell'orecchio interno (organo dell'udito) che può variare d'importanza e peggiorare un udito già eventualmente danneggiato da pregressi traumi acustici o da lesioni congenite. Il deficit è tipicamente bilaterale, simmetrico, ed interessa in particolare, ma non solo, i suoni di frequenza elevata (acuti). Questa perdita, che può talvolta prodursi in più giovane età, contribuisce non di rado a generare un inconveniente sociale non irrilevante.

Ripercussioni sociali

La perdita dell'acuità uditiva produce un notevole impatto sul benessere quotidiano e sulla condizione psico-sociale.

La persona adulta affetta da deficit percettivo dell'udito, perdita attribuibile ad un cattivo funzionamento o dell'orecchio interno o delle

Vie uditive centrali, spesso afferma di udire sì una conversazione, ma aggiunge anche quanto sia difficile capirne il contenuto, specie in ambienti rumorosi.

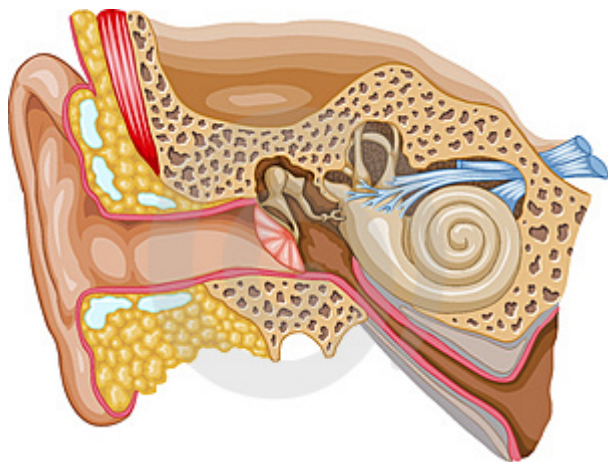
L'impatto complessivo di una sordità oltrepassa tuttavia molto il semplice fatto di non capire una parola o una frase. Negli anziani la perdita dell'udito è spesso associata a confusione, disattenzione, come pure ad uno stato depressivo, all'origine di una tensione accresciuta e di una visione negativa della realtà. Una sordità può accelerare il peggioramento di condizioni di salute già ridotte, diminuire la mobilità (riduzione delle attività all'esterno del proprio domicilio) e la comunicazione tra le persone, aumentare il rischio di isolarsi da chi ci sta attorno. Ne scaturisce un comportamento sfuggente, che induce ad evitare di partecipare a conversazioni o attività in comune. Tale attitudine fa correre il rischio di essere fraintesi e verrà, a torto, interpretato come la risultante di facoltà mentali diminuite o, nel migliore dei casi, come un atteggiamento altezzoso e sprezzante. In caso di grave sordità, un debole d'udito può giungere sino a progressivamente cessare di parlare e perdere pertanto l'automatismo di esprimersi verbalmente ad un livello sonoro adeguato.

Incidenza

Una sordità di lieve (20-40 decibel) a media (40-70 dB) entità è presente nel 3% della popolazione dei paesi occidentali, mentre 3 persone su mille presentano una sordità severa (70-90 dB) o profonda (più di 90 dB).

| Perdita d'udito | Grado di sordità |
|-----------------|---------------------------|
| 0-20 Db | Udito normale |
| 20-40 dB | Sordità lieve |
| 40-70 dB | Sordità media |
| 70-90 dB | Sordità severa |
| Oltre 90 dB | Sordità profonda (cofosi) |

Da inizio 1900 la proporzione delle persone anziane (>65 anni) è più che raddoppiata nel nostro paese e rappresenta oggi ca. 15% della popolazione residente, che è di ca. 7 milioni d'abitanti.



Circa 2/3 delle persone affette da sordità sono adulti d'età oltre i 65 anni, il rimanente non supera i 18.

Con l'invecchiamento della popolazione che caratterizza i paesi industrializzati, si ritiene che entro i prossimi 30 anni più di 20% della popolazione avrà 65 anni o più. È pertanto logico aspettarsi ad un incremento dei casi di sordità nel corso dei prossimi anni.

Appare pertanto di fondamentale importanza l'ausilio rappresentato da una riabilitazione uditiva tramite l'uso d'apparecchi acustici.

Il ruolo dell'apparecchio acustico

Un apparecchio acustico d'amplificazione ha come scopo, come sta ad indicarne il nome, di captare un segnale acustico che si presenta e di riprodurlo aumentandone l'intensità (volume). Le proprietà fondamentali di un apparecchio acustico equivalgono a quelle di un semplice amplificatore.

Un apparecchio acustico è spesso anche chiamato apparecchio elettroacustico, perché capta un segnale acustico come la voce e la converte in un segnale elettrico prima di amplificarlo. Un apparecchio acustico tuttavia non è selettivo, ciò che lo porta ad amplificare indiscriminatamente tutti i suoni. Il microfono riceve il segnale d'entrata, facendo vibrare un diaframma, vibrazione che modifica le proprietà di resistenza del microfono, ciò che genera un segnale elettrico. Quest'ultimo è ora indirizzato all'amplificatore. Nella fase finale d'elaborazione, il segnale amplificato è inviato ad un piccolo altoparlante, che ritrasforma il segnale elettrico in segnale acustico per essere quindi presentato all'orecchio, il quale procederà, unitamente ai centri uditivi cerebrali, all'elaborazione definitiva del suono.

I vari tipi di apparecchi acustici

Sin dalla notte dei tempi l'uomo ha intuito che, ponendo la mano incurvata dietro l'orecchio, poteva ottenere una miglior comprensione dei suoni, anche se con un guadagno avverato di soli 5 dB. Nell'Antichità e sino al Medio Evo la fantasia aiutò l'uomo ad inventare svariati tipi di cornetti acustici, con un guadagno tuttavia mai superiore a 5-10 dB. Nel 1876 apparve il primo apparecchio acustico dotato di microfono (guadagno di 15-25 dB). Nel 1900 lo scienziato Graham Bell fu il primo a trasmettere il suono, trasformandolo in energia elettrica. Nel 1950 videro la luce i primi apparecchi a transistor (guadagno di 80 dB). Nel 1965 apparvero i primi apparecchi acustici retroauricolari, mentre si dovette aspettare fino al 1975 per poter disporre dei primi apparecchi intracanalari, il cui successo è tuttora grande, non da ultimo per motivi estetici, ma anche perché, collocati nel condotto uditivo, consentono di sfruttare le qualità acustiche del padiglione auricolare. Negli ultimi 20 anni lo sviluppo tecnologico ha consentito enormi progressi, con la miniaturizzazione e l'aumento delle potenzialità degli apparecchi. Ora disponiamo d'apparecchi acustici non solo analogici, ma anche digitali (numerici) multicanale programmabili, con o senza telecomando, nonché di tutta una serie d'apparecchi impiantabili, come protesi piezo-elettriche, vibratorii

ossei, impianti cocleari e dispositivi d'attenuazione degli acufeni.

Questi progressi hanno fatto diminuire drasticamente il numero di pazienti portatori d'occhiali acustici, per anni rimasti in yoga, ma che presentano lo svantaggio di essere un attrezzo non dissociabile (occhiali + apparecchio acustico), con sgradevoli conseguenze, per esempio in caso di guasto.

La maggior parte degli apparecchi acustici attualmente disponibili sul mercato usa la tecnologia digitale e sono di tipo "ibrido" o programmabile. Questi apparecchi sfruttano la tecnologia dei microcircuiti stampati per controllare il segnale analogico d'entrata e modificare le caratteristiche elettroacustiche dell'apparecchio.

Grazie anche all'uso di speciali microfoni, che selezionano i segnali acustici in funzione della loro provenienza, il fatto di includere la tecnologia digitale nel sistema di amplificazione degli apparecchi acustici permette di offrire al paziente un suono di qualità superiore e una maggior intelligibilità della parola, specie in quelle sgradevoli situazioni, dove i rumori di fondo vengono a perturbare la chiarezza di una conversazione, rendendola confusa e solo parzialmente comprensibile.

Conclusione

Una sordità trascurata, perché non correttamente presa a carico, può indurre nell'anziano tutta una serie di atteggiamenti di ripiego su sé stesso, che lo porterà a comunicare sempre meno verbalmente, a rinunciare alle sue frequentazioni in pubblico e lo esporranno ad un rischio non trascurabile di marginalizzazione ed isolamento dalla società.

Ulteriori informazioni sono ottenibili presso l'AtiDU (*Associazione Ticinese Deboli d'Udito*).

Le cause della menopausa

Carmen Anastasi-Ramani

Dott.sa FMH Ginecologa-Ostetricia

Come ben si sa, dai dati demografici emerge che la nostra popolazione è sempre più longeva: il 20% ha oltrepassato la soglia dei 60 anni e la speranza di vita si situa intorno ai 75-80 anni.

La persona anziana è quindi sempre maggiormente confrontata alle malattie legate all'invecchiamento. Numerosi studi epidemiologici evidenziano l'importanza della prevenzione delle patologie dell'anziano. Recentemente, un fenomeno naturale come la menopausa ha acquistato un significato sul piano medico per gli effetti e le conseguenze a breve e lungo termine che si sono potuti riscontrare nel crescente numero di donne che, contrariamente al passato, vive sufficientemente a lungo per esserne confrontate. Dai dati statistici si osserva, infatti, che il 25% delle donne ha un'età compresa fra i 50 ed i 65 anni ed il 15% ha più di 65 anni.

Nei paesi economicamente sviluppati, pur osservando una tendenza nel corso dell'ultimo secolo al manifestarsi della menopausa più tarda (*per la maggior parte delle donne fra i 50 ed i 55 anni d'età ed in media a 51 anni*), la popolazione femminile si trova a trascorrere più di 1/3 della sua avita dopo quest'evento.

È quindi indiscutibile che i disturbi e le conseguenze della menopausa nella terza età restano un problema di grand'utilità.

Per menopausa fisiologica s'intende la data delle ultime mestruazioni, ossia la cessazione spontanea dei flussi mestruali.

La data della sua apparizione è stata ormai accertato che sia geneticamente prefissata. Tale episodio è la manifestazione del passaggio

dall'età riproduttiva al periodo successivo chiamato postmenopausa, caratterizzato dalla cessazione completa della funzione follicolo-ovulatoria delle ovaie con conseguente riduzione del tasso dei principali ormoni del ciclo femminile: estrogeni e progesterone. Le interazioni tra questi ormoni influiscono in maniera fondamentale sulla fertilità della donna ed in seguito sui cambiamenti che subentrano prima e dopo l'inizio della menopausa.

Gli ormoni femminili determinano, dall'inizio della pubertà, la crescita della mucosa uterina, espulsa ad ogni ciclo mestruale fintanto che non c'è una gravidanza. Con l'avanzare dell'età le ovaie ne producono una quantità sempre minore; dapprima diminuisce il progesterone con apparizioni di cicli mestruali irregolari ed a volte emorragici, in seguito gli estrogeni, i quali hanno come effetto la mancata rigenerazione della mucosa uterina che si atrofizza progressivamente. Si assiste quindi alla scomparsa delle mestruazioni o menopausa. Tale mutamento si manifesta con una serie di disturbi tipici, chiamati sindrome climaterica, la cui intensità e percezione da parte della donna sono soggetti a variazioni individuali. Quasi un quarto delle donne non presenta alcun sintomo oltre la scomparsa del mestruo, mentre circa un quinto è afflitto da disturbi che ne condizionano la vita quotidiana.

I principali sintomi dovuti alla carenza di estrogeni si possono riassumere in sintomi neuro-vegetativi (*vampate di calore, sudorazioni profuse e palpitazioni*) e problemi psichici (*irritabilità e nervosismo, difficoltà di concentrazione, stato ansioso, depressione e insonnia*).

Notevoli conseguenze sulla salute possono essere inoltre causate a più o meno lungo termine da mutazioni fisiche importanti legate al deficit ormonale:

- *atrofia cutanea ed uro-genitale*
- *osteoporosi*
- *malattie cardio-vascolari*
- *regressione delle funzioni cognitive*

A causa della diminuzione degli estrogeni si riduce l'irrorazione sanguigna dei tessuti e della pelle. I tessuti connettivi (*collagene e fibre elastiche*) si distruggono lentamente con assottigliamento (*atrofia*) della pelle che diventa secca e rugosa. Si osserva pure una riduzione della crescita dei capelli, dei peli pubici ed ascellari.

L'atrofia delle mucose della vescica e dell'uretra provocano un aumento dello stimolo menzionale ed incontinenza. Il rilassamento dei tessuti e della muscolatura del bacino determinano spesso, in donne che hanno partorito, un prolasso degli organi genitali. I tessuti vulvari e vaginali perdono elasticità e diventano secchi causando prurito, bruciori e dolori ai rapporti sessuali. La donna anziana va più facilmente soggetta alle infezioni urinarie.

Circa un terzo delle donne sviluppa un'osteoporosi nella terza età.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Salute si tratta di una malattia dello scheletro caratterizzata da una ridotta massa ossea e da una distruzione progressiva della sua microarchitettura. Ne conseguono una diminuzione della resistenza, un aumento della fragilità e del rischio di rottura.

Le complicazioni più frequenti dell'osteoporosi sono infatti le fratture ossee. Il riassorbimento incomincia in perimenopausa e continua rapidamente nella post-menopausa, anche se in modo variabile per ogni donna, in funzione di alcuni fattori a rischio in parte influenzabili (*menopausa precoce, osteoporosi familiare: genitori, fratelli e sorelle, peso corporeo ridotto e struttura corporea esile*) ed in parte influenzabili (*alimentazione povera di calcio, sedentarietà, consumo eccessivo di alcol, caffè e tabacco*).

Con l'evento della menopausa ed il declino della funzione ovarica vi sono delle modificazioni dello stato lipidico sierico che determinano l'inversione del rapporto tra fattori di protezione e fattori di rischio di arteriosclerosi. Con la carenza degli estrogeni, che agiscono direttamente sulla parete vascolare inducendo un aumento del flusso ema-

tico, viene a mancare l'effetto protettivo sui vasi sanguigni e sul cuore. Appaiono quindi malattie quali l'ictus cerebrale e l'infarto miocardio degli uomini.

Gli studi epidemiologici più recenti indicano che una terapia ormonale di sostituzione nella post-menopausa può ridurre del 60% la possibilità di apparizione della malattia di Alzheimer (*demenza senile*).

In conclusione, tenendo conto dell'impatto della menopausa sulla qualità di vita della donna anziana, si conferma l'importanza di adeguate misure terapeutiche preventive (*terapia ormonale e di sostituzione, supplementi di calcio e vitamina D*) associate ad una alimentazione equilibrata, onde prevenire patologie gravi che potrebbero privarla della sua autonomia, non permettendole di continuare a sentirsi un membro attivo del nucleo familiare e della società.

L'incontinenza nella donna anziana

Linda Leidi

Dott.sa FMH Ginecologa-Ostetricia

La continenza è la capacità di svuotare la vescica in circostanze accettabili dal punto di vista igienico e sociale. È un comportamento complesso che dipende dall'integrità anatomica e funzionale di diversi sistemi fisiologici, ognuno dei quali può avere nell'anziano una disfunzione. Trattandosi di una funzione complessa è frequentemente disturbata nell'anziano.

Non verificarsi nell'anziano sano, in questo caso verrà affrontata esattamente nello stesso modo come lo si farebbe in un giovane. Può trattarsi invece di un anziano debilitato da altri problemi di salute, multipli, simultanei e interattivi (*comorbidità*) che possono anche causare dei disturbi della comprensione, della mobilità, dell'abilità manuale. Questi problemi possono rendere difficile all'anziano l'affronto dei requisiti minimi per ottenere la continenza (*per esempio un anziano con importanti difficoltà motorie potrà difficilmente far fronte ad un tragitto fino alla toilette e agli spostamenti necessari per svuotare la vescica in modo socialmente adeguato*). Si può in questo caso per esempio ricorrere a un arredamento apposito in casa che faciliti i tragitti.

La complessità del controllo del meccanismo della continenza permette in generale alla persona di adattarsi e di compensare parzialmente certi handicap.

Per dare un'idea della complessità del meccanismo di controllo della continenza si può pensare allo sviluppo del controllo della continenza nel bambino che avviene solo verso i tre anni. Il bambino imparerà prima a camminare, a parlare, a mangiare da solo e solo da ultimo

sarà in grado di gestire questo difficile meccanismo. Si deve anche pensare che la vescica fa parte degli organi in-terni che sono normalmente nel loro funzionamento indipendenti dal controllo della nostra volontà. Il cuore batte senza possibilità di controllo. La respirazione avviene in modo autonomo e così via. È piuttosto l'eccezione per il corpo umano la possibilità di controllare il funzionamento della vescica.

Indagini e approcci terapeutici sono necessari se l'incontinenza diventa una problematica quotidiana, se è necessario l'uso costante di pannolini, se condiziona lo svolgimento della giornata o il sonno notturno. I primi chiarimenti di incontinenza sono di tipo semplice, un esame ginecologico con l'esame dell'urina e la misura del residuo di urina presente in vescica dopo lo svuotamento. Un'anamnesi accurata e un test da stress in cui si chiede alla paziente di tossire ripetutamente in posizione eretta a vescica piena e si constata un'eventuale fuga di urina. Nell'anziano, in particolare, è molto importante escludere delle cause di incontinenza transitoria, eventualmente provocate da fattori esterni come un'alterazione transitoria dello stato mentale, un'infezione urinaria, determinati farmaci o anche un semplice episodio di costipazione.

Escluse queste cause transitorie si tratterà di una vera disfunzione delle vie urinarie inferiori.

Si distinguono tre forme principali di incontinenza:

1. *L'incontinenza da stress*, collegata ad un problema anatomico (*il rubinetto è rotto*). Si manifesta quando la paziente tossisce, starnutisce o anche soltanto camminando e sollevando un peso e può essere corretta con degli interventi chirurgici anche minimi.
2. *L'incontinenza d'urgenza (devo sempre correre)*. Dovuta generalmente ad una disfunzione della muscolatura vescicale che si contrae sfuggendo al controllo volontario. Si tratta di una degenerazione dei collegamenti fra le cellule muscolari che favorisce una propagazione sbagliata degli impulsi elettrici.

3. *L'incontinenza riflessa* dovuta ad un problema neurologico, per esempio in seguito ad un ictus o a una malattia di Parkinson.... Il paziente avverte un desiderio improvviso di urinare seguito immediatamente da una perdita di urina in grande quantità non controllabile e socialmente molto imbarazzante.

Sulla base di un'anamnesi accurata e dei semplici test descritti più sopra è in generale possibile classificare l'incontinenza in una di queste tre forme principali. Nel caso in cui vi fossero dubbi o mancasse una risposta terapeutica è possibile approfondire le indagini di incontinenza mediante i cosiddetti esami urodinamici. Si tratta di uno studio in condizioni di laboratorio e dunque artificiali della funzione di contenitore e della funzione di svuotamento della vescica. Si ottengono informazioni importanti per impostare ulteriori parsi terapeutici.

La terapia dell'incontinenza deve in primo luogo rispettare lo stato generale di salute della persona che si sottopone al trattamento. Non bisogna dimenticare che l'incontinenza è un disturbo, non è una malattia, ci si può convivere perché sono a disposizione mezzi ausiliari performanti sul mercato.

Entrano in considerazione come terapia un intervento chirurgico, nel caso in cui si tratta di un'incontinenza da stress pura, piuttosto una terapia comportamentale e farmacologica nel caso in cui si tratti di un'incontinenza d'urgenza. Nel caso di un problema neurologico ci si rivolgerà alla problematica principale. In casi gravi che non sembrano migliorabili con terapie semplici esiste anche la possibilità di terapie complicate come le plastiche di aumento del volume vescicale, le derivazioni, la neuromodulazione...

Chi avesse problemi di incontinenza ne parli in primo luogo con il medico di famiglia. Si occupano di questo problema anche il ginecologo, l'urologo, il neurologo. La possibilità di esami urodinamici complessi è presente nei quattro Ospedali Regionali del Canton Ticino.

Osteoporosi una malattia strisciante

Franco Tanzi

Dott. FMH Medicina interna e geriatria

L'osteoporosi è la malattia generalizzata dello scheletro che comporta diminuzione della massa ossea e perdita della struttura con conseguente aumento della fragilità e quindi rischio di frattura. La perdita di massa ossea è dovuta ad uno squilibrio tra i processi di costruzione e di demolizione: questi ultimi si svolgono più rapidamente dei primi e le ossa diventano tanto fragili da incorrere in una frattura anche a seguito di un trauma banale o di un movimento violento. Ad esempio un colpo di tosse può bastare per causare una frattura costale!

L'osteoporosi è una malattia frequente: una donna su tre sopra i 50 anni subisce una frattura ossea di origine osteoporotica. Ma anche gli uomini ne sono colpiti poiché uno su sette dopo i 50 anni va incontro ad una forma di osteoporosi.

Le fratture più frequenti sono quelle del polso, che insorgono dopo i 50 anni, subito seguite da quelle dei corpi vertebrali, dopo i 60 anni. La classica frattura osteoporotica dell'anca insorge d'abitudine dopo i 75 anni (*Figura 1*).

Le fratture vertebrali sono molto dolorose e conducono progressivamente ad una deformazione del dorso, con rischio di dolori cronici e perdita della qualità di vita. Se le fratture della colonna si ripetono possono determinare una diminuzione della statura (*fino a cm 10*) e con l'andare del tempo la formazione di un caratteristico gibbo (*Figura 2*).

Osteoporosi

Malattia sistematica dello scheletro, caratterizzata da una ridotta massa ossea e da un'alterazione della micro-architettura con aumento della fragilità e conseguente rischio accresciuto di frattura.

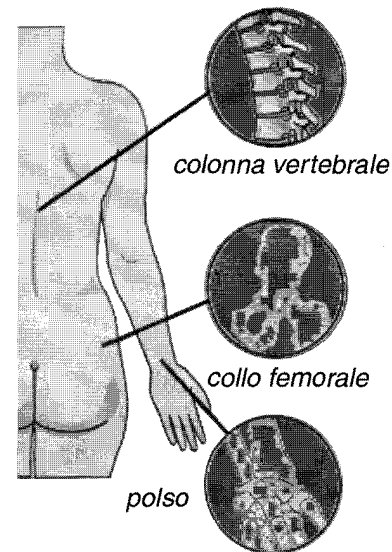
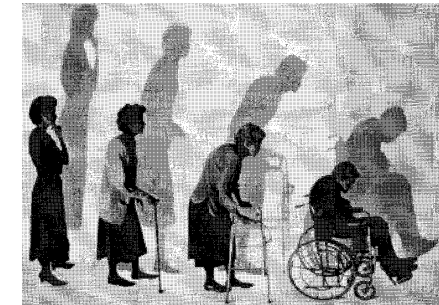


Figura 1



Le fratture dell'anca sono eventi veramente drammatici che richiedono quasi senza eccezioni un'ospedalizzazione e quindi un intervento ortopedico. Nei 6 mesi successivi alla frattura dell'anca il rischio di mortalità è di circa il 20% mentre la possibilità di dover ricorrere al collocamento in un casa anziani a causa della perdita dell'autosufficienza è di oltre il 30%.

Le cause dell'osteoporosi

Il tessuto osseo viene continuamente trasformato: le cellule che costruiscono l'osso e quelle che provocano il suo riassorbimento si alternano in permanenza. Nell'età della crescita la massa ossea continua ad aumentare e raggiunge un massimo alla fine della pubertà, restando poi invariata fino a circa 30 anni. In seguito, anche nella persona sana, essa diminuisce lentamente ma costantemente.

Nelle donne dopo la menopausa, a seguito della diminuita produzione di ormoni, il riassorbimento del tessuto osseo si accelera, mentre negli uomini esso avviene più lentamente. E' per questa ragione che l'osteoporosi colpisce maggiormente e più precocemente la donna, nella proporzione di 3 fino a 4 volte di più.

Vi sono alcuni fattori di rischio che predispongono all'osteoporosi: nella donna la già citata carenza di ormoni femminili che determina in età giovanile la perdita delle mestruazioni e, più avanti negli anni la menopausa anticipata. Altre condizioni di rischio sono la presenza di osteoporosi in famiglia, una corporatura esile con basso peso ed inoltre un'alimentazione con scarso contenuto di calcio e di vitamina D, un consumo eccessivo di caffè, di alcolici o di tabacco ed infine una scarsa attività fisica.

Vi sono però anche dei farmaci che possono produrre una demineralizzazione ossea: in special modo l'assunzione cronica di derivati del cortisone, inoltre i medicamenti contro l'epilessia o i medicamenti anticoagulanti.

Diagnosi

La diagnosi tempestiva di osteoporosi viene posta mediante la misura della massa ossea con uno strumento detto osteodensitometro. Si tratta di un dispositivo a raggi X che misura la quantità di tessuto minerale presente nell'osso: i siti scheletrici abitualmente misurati sono la colonna lombare, l'anca e il polso.

La diagnosi di osteoporosi è pure possibile mediante il riscontro alla radiografia di una frattura insorta a seguito di un trauma banale.

Prevenzione e terapia

L'osteoporosi viene prevenuta con una sufficiente assunzione alimentare di calcio e di vitamina D: l'apporto giornaliero di calcio deve essere abbondante, soprattutto in età avanzata, ma è indispensabile anche la presenza della vitamina D che ne favorisce il riassorbimento intestinale. Il calcio si trova soprattutto nei latticini (*Figura 3*) che in genere coprono circa il 65% del fabbisogno mentre la pelle, sotto l'influenza dei raggi solari, produce la maggior parte delle necessità in vitamina D. Nel caso di apporto insufficiente di calcio con l'alimentazione o di insufficiente esposizione al sole, come comunemente osservato nei malati ospiti di istituti di cura, è opportuno integrarli con i nuovi preparati farmacologici combinati di calcio associato alla vitamina D. Dal punto di vista preventivo non meno importante, però, è una vita sana all'aperto, con molto moto che rafforza la muscolatura, esercita l'equilibrio e consolida le ossa.



Figura 3

La terapia dell'osteoporosi mira, invece, a prevenire in larga misura l'evoluzione nefasta della malattia, evitando l'ulteriore fragilizzazione dello scheletro e quindi l'insorgenza di fratture. Fra le possibilità di cura farmacologica vi sono gli ormoni sessuali, i bisfosfonati e la calcitonina. I bisfosfonati sono i farmaci attualmente meglio investigati per la terapia dell'osteoporosi e permettono la riduzione del rischio di

frattura di circa il 50%. Anche questi farmaci devono essere assunti con un sufficiente quantitativo di calcio e di vitamina D ed è per questa ragione che spesso si fa ricorso a sopraccitati complementi, sotto forma di compresse da masticare o bustine. L'apporto di calcio con l'alimentazione può farsi inoltre attraverso il consumo di un'acqua minerale ricca di calcio. Quest'ultima possibilità rappresenta una modalità sana che consente in pari tempo l'assunzione abbondante di acqua, frequentemente carente in età avanzata.

Salute e bellezza a ogni età

Gabriella Hunger-Ricci

Dott.sa esperta in estetica e in cosmetologia

Un titolo che dice tutto. In primo luogo la bellezza non è una realtà che vive da sola, ma in strettissima connessione con la salute. Si dovrebbe poter dire: dove c'è salute c'è bellezza e dove c'è bellezza c'è salute. Ovviamente da questo connubio nascono impegni concreti per ognuno.

In secondo luogo non c'è età che possa ritenere di avere il monopolio della bellezza; infanzia, fanciullezza, giovinezza, maturità, anzianità: ognuno di questi periodi ha la sua bellezza specifica. Così come ogni condizione della vita ha una sua bellezza: quanto è attraente, per esempio, la bellezza di una mamma in attesa!

Scaturiscono da questi presupposti le indicazioni che nella terza e nella quarta età restano valide. Ne riassumiamo alcune.

I sintomi di ogni età

"La mia età è quella che mi dicono gli altri" rispondeva Ninon de Lenclos a coloro che le chiedevano i suoi anni. Ed in verità in questa frase, detta da una donna che si mantenne straordinariamente bella sino a ottant'anni, con una pelle senza rughe ed una carnagione incredibile da trentenne, c'è la risposta alle cure esterne e interne che sono state effettuate, durante il corso della vita per conservare il corpo in buona salute e la pelle bella.

Oggi una persona sana di 70 anni o più non può e non deve essere considerata come un tempo vecchia e senescente.

La medicina, la scienza dell'alimentazione, la dermatologia e l'estetica hanno subito e stanno subendo una notevole evoluzione, e sono in grado di offrire attualmente mezzi preventivi e curativi nella lotta contro il tempo e contro l'invecchiamento.

Con l'età la pelle va incontro ad una progressiva disidratazione, un rallentamento nel suo metabolismo e una minore capacità di eliminare le tossine.

La pelle diviene meno lubrificata e nutrita. Possono comparire rughe, fessurazioni, cedimenti cutanei e macchie pigmentate. Spesso nei piedi o in altre parti del corpo possono instaurarsi delle micosi.

Sul piano generale l'invecchiamento porta ad una diminuzione di scioltezza e di energia muscolare, ad una depigmentazione dei capelli, ad una diminuzione di memoria e ad una accentuazione del senso di fatica che si ha per ogni sforzo fisico, per ogni stress materiale, psichico o intellettuale.

Contrastare l'invecchiamento si può

Tralasciando i medicinali di competenza medica ricordiamo che prima di tutto occorre curare il corpo dall'interno con un'alimentazione appropriata molto ricca di frutta, verdura, cereali e pesce, carente invece di dolci, carne rossa e grassi animali e con un apporto di liquidi e di acqua non inferiore ai due litri al giorno, *(per migliorare le funzioni digestive e l'idratazione del corpo)* da ingerire in 10-12 ore anche se non si avverte lo stimolo della sete.

Sul piano fisico un'ottima prevenzione anti-invecchiamento è il moto. Occorre fare muovere il corpo con una ginnastica appropriata non solo generale ma anche particolare. Per esempio la ginnastica delle sole mani, dei piedi oppure solo delle gambe. Possono essere effettuati sport leggeri o camminare a piedi, a passo spedito, per almeno un'ora al giorno. La ginnastica e il moto migliorano la circolazione sanguigna e linfatica, il tono muscolare, la funzionalità delle ossa, dei muscoli, dei nervi e di tutto il sistema nervoso; contrastano inoltre l'osteoporosi.

A *livello intellettuale* una cura naturale anti-età è quella di avere molti interessi, per esempio per la lettura, la musica, il disegno, la cucina, il gioco delle carte, la dama, gli scacchi, le parole crociate, ecc. Infatti l'impegno mentale non stressante può fare migliorare la memoria e contrastare il suo decadimento.

Quel che appare va curato: la cura della pelle

Passiamo ora in rassegna le cure più facili e naturali di estetica e di salute che possono e che dovrebbero essere effettuate per conservare la pelle del viso e del corpo sana e giovane il più a lungo possibile.

Iniziamo delle cure del piede.

Il piede è una delle strutture più complesse e delicate del nostro organismo. Devono infatti fare da sostegno al peso del corpo e del camminare e devono mantenere l'equilibrio nella posizione eretta. Per sentirsi bene non dovrebbero esserci problemi ai piedi. Nei piedi possono esserci calli, duri, ipercheratosi che disturbano l'andatura e alle volte sono dolorosi. Per evitare che si riformino queste patologie è necessario indossare scarpe morbide, abbastanza larghe e applicare creme lubrificanti e ammorbidenti. Un'altra patologia del piede che può colpire sia la pelle (*parte molle del piede*) sia l'unghia (*parte cheratosica indurita*) soprattutto delle persone anziane, sono le affezioni da funghi o micosi. Poiché tendono ad approfondirsi e ad espandersi è importante curarle fin dall'inizio con prodotti specifici antimicotici e con una accuratissima igiene quotidiana. La pelle dei piedi di-venta con l'età particolarmente secca e può andare soggetta a fessurazioni. Per avviare a ciò è necessario nutrirla e massaggiarla regolarmente con prodotti specifici.

Dai piedi passiamo alle gambe.

Per evitare che vadano soggette a gonfiori, ristagni, edemi, e per migliorarne la circolazione sanguigna e linfatica è importante tenerle in movimento, non solo camminando, ma anche con esercizi di ginnastica specifica. Per esempio ripetendo i movimenti della bicicletta

stando in posizione sdraiata. Se necessario vanno applicati sulla pelle prodotti ad azione vaso protettiva. La pelle delle gambe secca e disidratata, va massaggiata delicatamente con creme idratanti e nutrienti effettuando movimenti diretti verso l'alto senza ritorno verso il basso per seguire la direzione della circolazione venosa e linfatica.

Dalle gambe passiamo alle mani.

Le mani curate sono un segno di raffinatezza. Dovrebbero essere sempre protette e curate più di ogni altra parte del corpo in quanto sono facilmente esposte a fattori esterni lesivi, responsabili di un loro precoce invecchiamento e aspetto anti-estetico. Sulle mani possono formarsi macchie pigmentate, rughe e venosità. Per contrastare questo processo occorre applicare una o più volte al giorno, secondo la necessità, creme idratanti, rivitalizzanti e nutrienti cutanee. Ogni tanto anche qualche applicazione di maschera di bellezza naturale di fresca preparazione: per esempio si può effettuare una maschera ammorbidente ed emolliente mescolando amido in polvere con cetriolo omogeneizzato e un cucchiaino di un olio vegetale commestibile, da tenere in posa sulle mani 15-20 minuti. Per livellare, schiarire e rigenerare la pelle delle mani possono essere utilizzate anche maschere esfolianti cosiddette "*scrub*" dall'inglese sfregare. Queste maschere si applicano su pelle bagnata con acqua, si massaggiano per qualche minuto, quindi si detergono con acqua. Subito dopo occorre stendere una crema protettiva idratante. La pelle in tal modo diventa più elastica, più morbida e levigata.

Dalle mani passiamo alle cure del viso.

Gli autotrattamenti così detti anti-età più importanti per conservare la pelle fresca, giovanile, rallentare il suo invecchiamento e migliorare il suo aspetto possono essere riassunti in queste operazioni di bellezza: deterzione profonda, tonificazione rassodante, protezione idratante, nutrizione e rigenerazione cutanea. La pelle meno giovane, come abbiamo visto, elimina le scorie più lentamente. Una regolare deterzione effettuata con latti detergenti fisiologici e ogni tanto l'ap-

plicazione di maschere esfolianti favorisce il metabolismo della pelle e attiva la sua rigenerazione cellulare. La pelle meno giovane va tonificata con prodotti rassodanti per contrastare e prevenire il suo cedimento.

Molto importante è la protezione della pelle del viso e del collo. Ogni giorno, soprattutto al mattino, dovrebbero essere applicate creme idratanti in grado di rinforzare la sua idratazione naturale e di impedirne la disidratazione sia superficiale che profonda.

Per ridare alla pelle elasticità e nutrimento, soprattutto se è secca, è necessario anche fare penetrare, con delicato automassaggio, una crema nutriente e rigenerante.

Il massaggio aiuta a stendere le rughe e a tonificare le strutture cutanee, migliora la circolazione sanguigna e linfatica e il metabolismo della pelle. Se una persona anziana è curata nella pelle, nei capelli, nelle unghie e nei denti come igiene e aspetto estetico, avvicinarla è un piacere anche perché, di solito, le persone anziane irradiano quella serenità che deriva dalla loro lunga esperienza di vita.

Memoria e invecchiamento

Pier Luigi Quadri

Dott. FMH Geriatria

Le inquietudini, legate ai disturbi della memoria ed associate all'età sono molto frequenti ed all'origine di un numero elevato di consultazioni mediche o neurologiche. L'aumento di tale lamentela può ipoteticamente essere messo in relazione con l'allungamento della durata di vita, con le campagne di informazione sulle malattie neurodegenerative di tipo Alzheimer, ma anche in relazione con l'attuale valorizzazione di modelli di performance e rendimento nel nostro tipo di società. Questa lamentela, spesso, raccolta dal medico generalista o internista, non è sempre di facile valutazione ai fini di una diagnosi eziologica. Gli studi mettono infatti in risalto l'eterogeneità delle patologie che possono generare disturbi della memoria: questi sintomi possono corrispondere a situazioni diagnostiche molto diverse, che vanno da uno stato di normalità a vere e proprie patologie psichiatriche o neurologiche.

Lo stesso invecchiamento si accompagna, anche nelle persone anziane in buona salute, ad una flessione delle facoltà intellettive con, tra l'altro, una difficoltà dell'elaborazione delle informazioni che si ripercuote sulle capacità di apprendimento e di memorizzazione, e ad un rallentamento delle capacità di ragionamento.

Malgrado l'esperienza e le adeguate strategie di compensazione che permettono all'anziano di garantire performance intellettuali non dissimili dall'adulto, questi processi sono all'origine di lamentele e della preoccupazione di essere colpiti da un'iniziale demenza. In genere il soggetto lamenta dimenticanze di carattere, per quanto frequenti, minore, che non hanno nessuna ripercussione sulla vita quotidiana. Il fastidio e la preoccupazione sono risentite in modo più importante di ciò che in realtà viene confermato dai risultati dei test psicometrici

ed a livello intellettuale il soggetto garantisce delle prestazioni normali, senza segni sospetti di un decadimento demenziale.

In realtà le demenze rappresentano solo una delle cause dei disturbi della memoria, anche se la loro prevalenza è comunque molto elevata e si situa nella popolazione occidentale, nelle persone comprese tra i 65 e 70 anni di età, attorno al 5%. Questa percentuale sale sopra il 20% al di là degli 80 anni. Esse sono caratterizzate da una perdita delle funzioni intellettive (*pensare, ricordare, ragionare*) di severità tale da interferire con gli atti quotidiani della vita di un individuo. Si tratta dunque di un insieme di sintomi che possono accompagnare alcune malattie, dette appunto demenze, o condizioni fisiche particolari. La loro causa ed il grado di progressione possono variare.

La malattia di Alzheimer ne rappresenta la causa più frequente negli anziani ed è all'origine del 50-60% di tutti i casi di demenza. Si tratta di una malattia degenerativa progressiva che colpisce il cervello e provoca deterioramento della memoria, del pensiero e del comportamento. I suoi sintomi sono una graduale perdita di memoria, un declino delle capacità di eseguire compiti della vita quotidiana, disorientamento spazio-temporale, deterioramento delle capacità di giudizio, alterazione della personalità, difficoltà nell'apprendimento e perdita della capacità di parola e di comunicazione. Essa resta una malattia sostanzialmente inguaribile anche se alcuni farmaci recentemente messi sul mercato possono condizionarne favorevolmente il decorso. Un'altra causa di demenza è legata alle forme vascolari, in relazione ad un deterioramento delle capacità mentali causato da ictus multipli (*infarti*) al cervello (*demenza multi-infartuale o demenza vascolare*).

L'inizio della demenza vascolare può essere relativamente improvviso poiché possono verificarsi molti infarti prima che appaiano dei sintomi. Questi infarti possono danneggiare aree del cervello responsabili di una funzione specifica oppure produrre sintomi generalizzati di demenza. A volte sono presenti altri segni neurologici di sofferenza

cerebrale. Il danno legato alla demenza multi-infartuale è irreversibile, ma il riconoscimento di una condizione causale (come per esempio l'ipertensione) può dare adito ad un trattamento specifico in grado di modificare favorevolmente la progressione della malattia.

La malattia a corpi di Lewy è una forma di demenza non rara, caratterizzata da fluttuazioni dello stato di coscienza e del déficit cognitivo, dalla frequente sopravvenuta di fenomeni allucinatori e di cadute, con il rilevamento all'esame clinico di segni parkinsoniani. Le demenze fronto-temporali (per esempio la malattia di Pick) sono patologie legate ad un danno cerebrale locale che interessa il lobo frontale. Si manifestano con disturbi della personalità, del comportamento e dell'orientamento, che possono precedere ed essere inizialmente più severi della perdita della memoria. Non sempre queste forme di demenza sono di facile diagnosi.

Numerose altre condizioni possono causare o imitare una demenza: depressione, tumori cerebrali, deficienze nutrizionali, traumi cranici, idrocefalo, infezioni (AIDS, meningite, sifilide), reazione ai farmaci ed a problemi tiroidei. È quindi indispensabile che le persone che lamentano un déficit mnemonico siano sottoposte ad un accurato accertamento diagnostico. Se infatti, come abbiamo detto, alcune forme risultano inguaribili, altre sono curabili nella misura in cui si attua una terapia volta al trattamento del disturbo primario. Anche le depressioni, che possono manifestare sintomi simili a quelli della demenza, possono essere curate in modo efficace.

Comunque una diagnosi accurata del disturbo mnemonico permette la presa a carico ottimale del paziente, assicurandolo circa la natura banale del disturbo o, in caso di malattia, mettendolo in grado di beneficiare dei trattamenti disponibili ed offrendo ai familiari le informazioni necessarie per accedere alle risorse disponibili e pianificare il proprio futuro.

È in genere convinzione comune che fare una diagnosi dei disturbi della memoria comprenda una serie di indagini costose e ad alta tec-

nologia. Questo non è vero poiché, anche se condotti da medici esperti nella diagnosi delle demenze, le indagini restano centrate soprattutto sul rilevamento dell'anamnesi e della storia dello sviluppo dei sintomi.

Il ricorso a test neuropsicologici permette la caratterizzazione del déficit intellettuale e la sua quantificazione. Gli esami biologici e neuro-radiologici (TAC o risonanza magnetica cerebrale, SPECT) permettono, con un buon grado di accuratezza, di determinare la malattia all'origine del disturbo o di assicurare il paziente circa la sua benignità.

Un accertamento precoce dei sintomi è opportuno: esso mette fine alle incertezze di tutte le persone coinvolte, permette l'opportuna presa a carico di malattie reversibili che possono essere trattate con la guarigione del paziente e la completa regressione dei sintomi e, anche in presenza di una malattia demenziale incurabile, permette di offrire prospettive terapeutiche ed un adeguato accompagnamento, offrendo alla persona malata la possibilità di prendere le sue decisioni e disporre per il futuro quando è ancora in possesso delle necessarie facoltà (dare procura, fare testamento, stilare le ultime volontà, ecc...). L'Associazione Alzheimer Svizzera ha redatto una lista dei dieci sintomi più frequenti, la cui presenza deve sollecitare la presa di contatto con un medico onde permettere un esame approfondito.

Si tratta di:

- perdita della memoria recente che porta pregiudizio alla capacità lavorativa;
- difficoltà nell'adempiere attività quotidiane;
- difficoltà di linguaggio;
- disturbi dell'orientamento temporale-spaziale;
- cattive o ridotte capacità di discernimento;
- difficoltà del pensiero astratto;
- smarrimento di cose;
- umore variabile e cambiamento del comportamento;
- alterazioni della personalità;

- perdita di interesse.

I medici curanti sono i primi interlocutori per i pazienti ed i loro familiari per il chiarimento dei disturbi della memoria e, in caso di sospetto di malattia ed in particolare di demenza, possono indirizzare il paziente agli specialisti affinché venga formulata una diagnosi. Geriatri, psichiatri, neurologi o strutture specializzate come le Cliniche della memoria, offrono la possibilità di uno sforzo diagnostico approfondito. Il medico curante resta la principale figura di assistenza, al quale spetta la successiva presa a carico del paziente.

Una età da abitare

Rita Pezzati-Pincioli

Dott.sa Psicoterapeuta

La senescenza, cioè il processo di normale invecchiamento, rappresenta sicuramente la perdita di numerose cose che si avevano, ma nello stesso tempo, rivela l'essere di colui che invecchia. Non vogliamo proporre una visione illusoria della senescenza, sappiamo che esistono cambiamenti organici e psichici, ma questi cambiamenti non devono forzatamente essere negativi.

"Un'età da abitare" il titolo delle brevi riflessioni che vi propongo vuole portarci a guardare al processo di invecchiamento in un'ottica di benessere e benevolenza nei confronti dello scorrere degli anni, di possibilità vitali nuove che si aprono per ogni persona.

Quello che vorrei sottolineare, proprio attraverso la metafora *"dell'abitare una casa"*, è l'importanza che la continuità del per-corso individuale di sviluppo della propria identità (cioè tutto quanto risponde alla domanda *"chi sono?"*, e quindi cosa penso, come penso, cosa valgo, cosa mi appartiene e cosa no...) è centrale nel mantenimento del proprio equilibrio, nonostante i cambiamenti.

Proviamo a pensare di trasferirci da qualche parte per uno o due mesi e prendere in affitto un monolocale arredato: per un tempo limitato possiamo trovarci bene ed adattarci a ciò che già compone quella casa. Ma se invece decidiamo di cambiare casa anche solo per qualche anno le nostre esigenze di adattare la casa ai nostri bisogni diventa impellente: scegliamo i mobili, i soprammobili, i punti luce, insomma, la rendiamo gradevole ed adatta al nostro benessere. I nostri gusti, le nostre preferenze ci permettono di operare delle scelte. Scegliere è modulare la risposta tra desiderio e possibilità, perché non possiamo avere tutto e, come esseri umani, non possiamo essere diversi da quelli che siamo. La vecchiaia è tradizionalmente vista

come un luogo di arrivo, dove ognuno incontra inevitabilmente se stesso, cioè che è diventato, ma è anche un lunghissimo luogo di transito dove sono possibili azioni e trasformazioni. Riprendendo la metafora dell'abitare, l'invecchiare offre quindi la possibilità di scegliere come meglio arredare la propria vita, liberi da molte delle costrizioni che hanno caratterizzato la vita lavorativa (come per esempio l'uso del tempo), affinché sia fonte di equilibrio e salute. E' quindi possibile esplorare aree di interessi nuovi, scegliere se conservare ed approfondire quelli del passato. Partecipare a gruppi ed associazioni, per esempio, e sempre che faccia parte del benessere individuale, si rivela essere una fonte di stimoli sociali, culturali e psicologici molto importante, permettendo uno scambio continuo con altre persone e la condivisione di scoperte e fatiche.

Quanti saremo e quanto dura?

La crescita del numero degli anziani sempre maggiore risulta particolarmente significativa per le fasce di età più avanzata. In Svizzera dal 1930 al 1995 il numero dei sessantenni si è moltiplicato per 3,3, quello dei settantenni per 4,9 quello degli ottantenni per 10 ed il gruppo dai 95 anni in poi per 35. Si stima che nel 2050 la speranza di vita degli uomini crescerà ad 81 anni e quella delle donne ad 86,6.

Un altro aspetto quantitativo della vecchiaia, forse un po' meno esplorato, riguarda la durata della vecchiaia stessa: assodando cioè che saremo anziani in tanti, per quanto tempo lo saremo?

Il calcolo non è semplice, e probabilmente non troverebbe d'accordo tutti gli esperti. Attualmente si tende ad immaginare la vecchiaia come divisa in più fasi, si parla di III e IV età, di "giovani vecchi" e "vecchi vecchi", ma se ci poniamo in un procedere legato più ad un'idea di sentire culturalmente comune, immaginiamo la vecchiaia come qualcosa di più unitario, di maggiormente legato al sentire emotivo, al *"quando sarò anziano"*. Proviamo quindi ad immaginare il tempo di durata, ad immaginare di misurarla. Proviamo a collocarne l'inizio a 60 anni e la fine a 90. Trenta anni. Proviamo a ridurne i

confini 60 e 80, sono 20 anni. 20 anni misurati in termini di tempo oggettivo cioè quello calcolato con orologio e calendario.

Quante cose può fare una persona in 20 anni della sua vita ?

Ripercorriamo ad esempio quello che ci è successo tra i 5 e i 25 anni, o tra i 30 e 50. Tra i 5 e i 25 ci sono gli anni delle elementari, con i giochi ed i compagni, l'imparare a leggere e scrivere, il Natale con l'albero ed i regali, le vacanze al mare e l'estate che sembrava lunghissima, le cose che vengono alla mente sono moltissime, ma non basta: ci sono le scuole medie con tutti i tormenti della preadolescenza e il film continua alle superiori, ma ancora per arrivare alla durata di venti anni devo attraversare anche tutta l'università e laurearmi, oppure affrontare i primi anni di impiego. La quantità di emozioni, esperienze, ricordi, incontri, rapporti, risultati ottenuti è enorme.

Altrettanto se pensiamo dai trenta ai cinquanta. Se paragoniamo la durata della terza età con altre fasi evolutive della vita possiamo calcolare che, sempre in termini di tempo dell'orologio, dura, nel nostro paradigma culturale, circa il triplo dell'adolescenza ed il doppio dell'infanzia.

Curiosamente questo tempo importante viene poco investito *"nell'arredare"* la propria vita all'interno di aspettative di compiti evolutivi specifici di questa età, cioè sembra spesso essere una corsa per scoprire cosa ci fa sentire *"ancora giovani"* o *"non ancora anziani"*, come se fosse difficile conoscere ed apprezzare le specificità dell'età di chi ha visto e conosciuto molto.

Ricerca di significato

Talmud - afferma il Rabbino Sholomo Bekhor - *la vecchiaia è sinonimo di saggezza, per cui davanti ad un anziano ci si deve alzare in piedi: quell'uomo ha sicuramente molti menti, perché ha ottenuto da Dio il dono di avere una lunga vita. Curiosamente, prima di Abramo gli uomini non invecchiavano, rimanevano identici fino alla morte: fu*

Il Patriarca a pregare Dio di distinguerlo nell'aspetto (barba e capelli canuti, rughe sul volto) dal proprio figlio Isacco" (in: Riza psicosomatica 12.98).

Potrebbe sembrare provocatorio nella nostra società attuale, dove le cure per il mantenimento del corpo sono in grande yoga, richiamare l'attenzione su una richiesta di segni specifici che identifichino chi ha potuto e saputo invecchiare. Non è invece assolutamente in questo senso che mi sono permessa di attingere ad un'antica sapienza. La domanda che si impone immediatamente è invece quella del significato della vecchiaia. Non solamente un significato sociologico, legato ai ruoli che un individuo ha rivestito per tutta la vita e attraverso i quali si è definito e ha incontrato il mondo e gli altri; non solamente il significato culturale della vecchiaia che pur è fondamentale perché la vita si dipana in un tempo e in un luogo fatto di valori, modi di pensiero dominanti, richieste implicite o esplicite legate alle diverse età (da un bambino di prima elementare ci si aspetta un certo comportamento, apprendimento, autonomia diversa da quella richiesta ad un adulto), appartenenze sociali ed eventi storici che determinano il quotidiano delle persone. Ad ogni società appartiene un'immagine di invecchiamento, che inevitabilmente verrà, almeno parzialmente, assunta dai suoi partecipanti. Nel Talmud c'è la ricerca di specificità. Attualmente invece noi cerchiamo disperatamente di cancellare o ritardare proprio quei segni che indicano che il processo di invecchiamento sta inequivocabilmente avanzando. Per cui un complimento potrà essere che una tale signora ha *"un aspetto giovanile per la sua età"*, facendo così emergere il paradosso secondo cui l'anziano che va bene è quello che meno si connota nel suo essere anziano.

Il processo di invecchiamento, o meglio ancora l'anzianità o la vecchiaia, viene spesso vista secondo due ottiche contrapposte, per cui invecchiare è *"fantastico"*, oppure è *"terribile"*. Il primo atteggiamento suona come un tentativo di consolazione, che cerca di dipingere di rosa anche gli aspetti che potrebbero intimorire, e che comunque la nostra società ci rimanda come sgradevoli e possibilmente evitabili. Il secondo atteggiamento vede invece come centrale la rassegnazione di fronte all'impossibilità che ancora qualcosa di importante possa

avvenire nella propria esistenza, e soprattutto che non si deve neppure sperare di porsi nei confronti della vita con un'aspettativa di piacere.

Risposte possibili

Come ho già accennato, l'ottica che è qui presa in considerazione è quella che mira a rivitalizzare l'affettività ed aprire orizzonti alla presenza e alla partecipazione dell'anziano alla sua più immediata e vicina realtà ambientale e al suo utilizzo. Il senso è quello di investire l'anziano nel suo ambiente, nel suo contesto naturale e in primo luogo quello familiare. Un approccio, quindi, mirato alla persona e al suo immediato spazio vitale, ma anche al suo spazio familiare, quale che sia, fatto di una realtà attuale e di un retroterra con tutte le sue implicazioni. Vi sono numerose possibilità che consentono all'anziano di mantenere un ruolo ed un significato, e quindi una funzione. Fra queste può esserci l'esperienza di scoprire, o riscoprire, la propria creatività in vari ambiti, da quelli artistici a quelli sociali, valorizzando anche gli interessi che sono stati congeniali tutta la vita ad una persona. Oppure l'appartenere a un gruppo di qualsiasi tipo, purché offra uno stare insieme costruttivo per l'individuo, che sia culturale, legato al benessere corporeo, al piacere di condividere un interesse o un momento specifico.

Creatività e emozioni

La creatività ancora viva ed efficace nell'anziano lo rende autore possibile di trame di significati cui le generazioni successive possono attingere per strutturare i propri equilibri.

A intristire la vecchiaia non sono le emozioni bensì l'indifferenza, l'apatia, la morte del desiderio. Vivere, o rivivere, le emozioni è in sé creativo anche perché il proprio vissuto, la dinamica affettiva che egli sperimenta può diventare per l'anziano materia di espressione della sua identità che ne viene così arricchita. Le arti figurative, la musica, la poesia possono aiutare la persona anziana a disporsi in

un'ottica di ascolto di sé e del mondo, per poter godere di questi piaceri. Un anziano che smette di sentire e desiderare è morto a se stesso e al mondo, e può scivolare in un'accettazione rassegnata di sé e nella depressione.

Condivisione

La condivisione nel gruppo può essere di grande aiuto nella riscoperta del piacere di ascoltare, sentire, raccontare (narrare) e raccontarsi (narrarsi) scoprendo nuovi collegamenti emozionali e cognitivi, nell'ambito della musica, del canto, della fotografia, della lettura e della scrittura, e altro ancora. Non appartenere più a gruppi professionali o istituzionali potrebbe portare a vivere la non appartenenza come il rischio di sentirsi rifiutati, inutili e ripiegandosi su se stessi. La partecipazione a varie forme comunitarie, nella condivisione di attività di gruppo, rappresenta sicuramente una spinta importante nella riattivazione emozionale e vegetativa, un impulso e un sostegno nell'utilizzo delle proprie capacità.

L'attività dunque non è fine a se stessa, non è un combattere contro lo scorrere della vita, ma è imparare a utilizzare le nuove opportunità e risorse che la vita offre, privilegi questi che l'invecchiare offre parallelamente a trasformazioni e perdite che implicano la rinuncia di modalità conosciute.

Spazi nuovi

Il rimando del riconoscimento della propria immagine, della continuità di sé nonostante il mutare dell'ambiente e delle circostanze da parte degli altri, determina fortemente la possibilità di continuare a provare stima e fiducia nei propri confronti o sentirsi disconfermato e quindi vulnerabile. Il rischio è quindi l'irrigidimento su posizioni non più attuali, fonte di disagio e sofferenza.

Prendiamo l'esempio classico del riequilibrio forzato che una coppia deve stabilire dopo il pensionamento del marito: tempo e spazi che sembrano rispettivamente dilatarsi e restringersi e che comunque

non rispondono più ad una organizzazione precisa. La relazione fra i due coniugi è confrontata a una nuova possibilità di crescita dove una maggiore quantità di ore disponibili e uno spazio più condivisibile pub per-mettere la riscoperta del piacere di condividere. I cambiamenti esterni favoriscono in questo senso un incontro e un rimando positivo di ambedue i partecipanti alla relazione con una conferma reciproca dell'immagine di sé all'interno dell'adattamento ai nuovi dati di realtà.

Al contrario questo spazio/tempo maggiore da utilizzare in due pub diventare un terreno di rivendicazioni e disconoscimento del valore dell'altro proprio perché il cambiamento di equilibri, togliendo punti di riferimento e possibilità di anticipazione della realtà, non garantisce il mantenimento di sicurezze emotive nello scambio con l'altro.

La continuità della narrazione di sé, che permette l'accesso al senso di identità, attraverso il mutare delle situazioni, del proprio corpo e delle aspettative è quindi strettamente connesso al rimando dell'accettabilità, dell'amabilità di sé dato dalle persone significative. Il loro sguardo contribuisce sia alla costruzione della lettura della realtà attraverso il dare significato e senso agli eventi e alle cose, che nel percepire la possibilità di continuare a condividere e crescere nel riconoscimento affettivo di chi si è stati e si va divenendo.

Per concludere

Abbiamo sentito dire innumerevoli volte che quello che saremo da vecchi non è che il risultato dello stile di vita precedente, e che per invecchiare bene bisogna prepararsi. Tutto ciò è sicuramente vero, anche se è forse utile dare un significato a questi *"modi di dire"*. Possiamo provare ad esplicitare il contenuto di quanto riportato nella citazione seguente: *"alla capacità che avremo, nell'arco della nostra vita, di integrare ed ordinare in maniera coerente e soddisfacente emozioni, eventi e trasformazioni esistenziali sarà legato il senso di benessere e soddisfazione personale"*. Con ciò si intende che, all'interno del contesto collettivo, è l'espressione della capacità individuale di identificazione di sé e del proprio modo di narrarsi a se stessi a

se stessi e agli altri che guida alla libertà di permettersi di cercare la propria felicità e il proprio benessere. Non esiste un modo giusto di farlo, ma tanti modo diversi, in linea di principio tutti accettabili, quanti sono gli anziani che ci provano. L'identità è vista come il punto di organizzazione ed equilibrio della salute e del benessere personale: punto di integrazione individuale dei processi cognitivi ed emotivi che portano ad una narrazione soggettiva, cioè ad un raccontarsi, dell'esperienza di invecchiamento, cioè di come la persona vive, si pensa e si sente vecchio in equilibrio tra la propria evoluzione biologica e la propria appartenenza culturale.

Come dice V. Guidano, uno dei personaggi più significativi nell'innovazione del pensiero psicoterapeutico di questo periodo, l'identità *"in pratica consiste essenzialmente in un insieme di convinzioni, ricordi e pensieri su di sé che producono una coerente immagine di sé e un senso di personale singolarità e continuità nel tempo"* (1986).

Proprio in questo senso le trasformazioni fisiche, cognitive ed emotive proposte dal processo di invecchiamento, che spingono ad una ridefinizione di sé urgente e stringente, devono poter avere uno spazio di riconoscimento nella propria storia (vista da sé e rimandata dagli altri, in particolare gli altri significativi).

La continuità della propria identità, del proprio schema narrativo, il sapersi riconoscere come *"persona valida e amabile, che fa una vita soddisfacente ed è contento di sé"* al di là dei cambiamenti che avvengono ribaltano decisamente lo schema applicato abitualmente alla lettura dell'invecchiamento, dove l'invecchiare si riduce a un non funzionare specifico rispetto ad altre età, invece che ad un funzionare specifico rispetto a scopi evolutivi di identità.

In questo modo possiamo guardare alla vecchiaia, e anche alla nostra, non solamente come ad un luogo di ricapitolazione, ma ad un luogo creativo di costruzione e produzione di narrazione, di vita, ancorata nel passato ma strutturata nel presente e nella sua prospettiva di rimanere nel futuro.

La funzione della cultura per ripensare dei parametri narrativi efficaci per permettere al vecchio di rendere condivisibile la propria storia rimane fondamentale per poter far diventare la vecchiaia un luogo abitabile, fonte di gioie e sofferenze, di creatività e di benessere nel quotidiano. Le narrazioni che ne emergono diventano la base di parametro per mantenere e trasformare la dimensione culturale successiva, per i nostri nipoti e pronipoti. La creatività ancora viva ed efficace nell'anziano lo rende autore possibile di trame di significati cui le generazioni successive possono attingere per strutturare i propri equilibri.

L'associazione P.I.P.A. si presenta

Un punto di riferimento per la persona anziana

Nei paesi occidentali, l'incidenza delle fratture del collo del femore (FCF) consecutive per lo più ad una caduta, è stimata a 2%, nella popolazione di più di 80 anni; un letto su quattro in ortopedia è occupato da una persona di più di 65 anni che ha subito una FCF; Di queste, una persona su quattro non potrà più tornare al proprio domicilio dopo l'evento. La mortalità relativa tocca circa 1/5 dei pazienti nei 6 mesi seguenti la frattura.

Gli stessi dati valgono anche per il Ticino.

È quindi apparsa necessaria la creazione di un progetto di prevenzione mirata sia a ridurre i rischi di caduta delle persone anziane sia a limitare la gravità delle sue conseguenze. Gli incidenti domestici, a torto considerati da molti inevitabili e "fatali", hanno spesso cause modificabili: le capacità individuali possono migliorare e i rischi ambientali possono essere fortemente ridotti.

L'idea di creare un progetto per la "Prevenzione Incidenti Persone Anziane" (P.I.P.A.) è stata lanciata all'inizio del 1996 dall'Ufficio di Promozione e di Valutazione Sanitaria del Dipartimento delle Opere Sociali, i cui operatori erano preoccupati dai dati statistici riguardanti la frattura del collo del femore negli anziani, causata da una caduta e dal peso delle conseguenze.

Ipotesi di lavoro

L'ipotesi alla base del progetto PIPA è la seguente: l'informazione sulle possibilità della prevenzione elaborata con le persone anziane, destinata ad esse e diffusa con la loro collaborazione, quella dei familiari e del personale sociosanitario, permette di aumentare l'adesione ai cambiamenti per prevenire l'incidente.

In data 8 dicembre 1997 nasce l'Associazione P.I.P.A., la sede si trova in:

Viale Olgiati 38b
6512 Giubiasco
tel 079 357 31 24
fax 091 850 44 44
e-mail: pipa@ticino.com
sito web: <http://www.pipa.ticino.com>

Obiettivi

- Ridurre l'incidenza delle fratture del collo del femore senza diminuire la qualità di vita dell'anziano (aumentandola se possibile).
- Favorire l'adozione di misure preventive generali attraverso il cambiamento delle abitudini e degli atteggiamenti.

Settori di attività del progetto PIPA

- *Atelier équilibre*
- *Opuscoli informativi sugli incidenti domestici abbinati ad un test per valutare la sicurezza nell'abitazione.*
- *Il telesoccorso.*
- *Protocollo delle cadute in casa anziani.*
- *Il salottino dell'alimentazione.*

Progetti in fase di elaborazione

Muoversi per sentirsi meglio

È quasi pronto un dépliant informativo che i fisioterapisti hanno approntato appositamente per gli anziani. In esso vengono proposti dei movimenti da realizzare per mantenersi in forma, recuperare un buon stato generale di salute, migliorare la propria qualità della vita, in chiave preventiva.

L'obiettivo principale della proposta è quello di poter fornire agli anziani una guida con gli esercizi da eseguire che sia:

- *Semplice per consentire la pratica individualmente al proprio domicilio*
- *Adatta nelle sequenze e con indicazioni chiare per modalità e ripetizioni*
- *Armonica nel contemplare tutte le parti del corpo*
- *Suggerisca esercizi di mantenimento/miglioramento del tono muscolare e della mobilità articolare*

Assunzione controllata di medicinali

È in elaborazione un progetto indirizzato al personale sanitario (medici, farmacisti, aiuto domiciliari), all'anziano e ai familiari per sensibilizzarli ad una maggiore attenzione riguardo l'assunzione di medicinali.

Ergoterapisti - artigiani

Dalla collaborazione fra questi due settori si vuole sensibilizzare, formare, i falegnami, gli elettricisti e chi opera in ambito degli impianti sanitari sulla condizione degli anziani e sulle possibilità di intervenire nelle loro abitazioni.

Lo scopo del progetto è quello di mettere in luce le reali difficoltà a cui sovente l'anziano deve far fronte nella sua casa e nel vivere quotidiano. Talvolta infatti ci si accorge un po' tardi di alcuni impedimenti esistenti che possono essere causa o favorire gli incidenti domestici.

Agli anziani si potrebbe in fine fornire un elenco aggiornato degli artigiani che hanno partecipato agli incontri con gli ergoterapisti e che quindi sono avviati alla conoscenza delle particolari necessità che potrebbero rendere l'abitazione più sicura per un anziano.

Valutazione

Si è avviato da poco il progetto valutativo che considera fattività triennale dell'Associazione P.I.P.A.

In collaborazione con l'Università di Ginevra vengono esaminati gli interventi dell'Associazione in relazione agli obiettivi dichiarati.

Si potrà in questo modo controllare l'efficacia o meno dell'operato e ciò consentirà di apportare, se necessario, dei correttivi futuri.

Anziani e attività fisica

Maurizio Ponti

Dott. medicina dello sport SSMS

Cosa dice la scienza

È generalmente risaputa e accettata la nozione che un'attività fisica svolta regolarmente e sostenuta da abitudini salutari aumenti la durata della vita stessa. Uno dei più interessanti studi che supporta quest'idea fu condotto su un campione di 16'936 soggetti di età fra i 35 e i 74 anni a metà degli anni 60 fino al 1978. Ebbene, le persone fisicamente attive ebbero un tasso di mortalità del 25%30% minore rispetto ai sedentari. Risultò pure evidente che solo coloro che rimasero attivi durante tutto il periodo godettero del vantaggio di un'aspettativa di vita maggiore e di una migliore qualità di vita. I ricercatori conclusero quindi che i benefici dell'attività fisica non possono essere messi in riserva in gioventù, ma persistono unicamente fintanto che si rimane attivi; inoltre non è mai troppo tardi per iniziare un'attività fisica.

Uno dei risultati più sorprendenti degli studi recenti indica che molti dei cambiamenti normalmente attribuiti all'invecchiamento sono in realtà dovuti all'inattività fisica. Decalcificazione delle ossa (osteoporosi), malattie del cuore, aumento della pressione sanguigna, aumento dei grassi nel sangue (colesterolo, trigliceridi), diabete, depressione e fatica cronica sono strettamente associate alla sedentarietà. Gli anziani che svolgono un'attività fisica regolare traggono diversi benefici, tra cui una migliore resistenza allo sforzo, una diminuzione delle malattie del cuore, una diminuzione della pressione del sangue, un aumento della resistenza delle ossa, un aumento della massa muscolare e una diminuzione della massa grassa.

Qui di seguito vedremo più in dettaglio i benefici apportati dall'attività fisica ai diversi apparati del corpo, e descriveremo come

allestire un programma di allenamento per una persona anziana.

Cuore e vasi sanguigni

Con l'aumento dell'età la frequenza cardiaca massima raggiungibile e l'efficienza del cuore diminuiscono.

Inoltre l'elasticità dei vasi sanguigni si riduce, da cui risulta un aumento della pressione sanguigna arteriosa.

La resistenza allo sforzo diminuisce a partire dai 35 anni di circa 0.5-1.0% all'anno. Il livello di attività fisica di una persona, tuttavia, influisce sulla diminuzione di questo valore: nei soggetti sedentari questa riduzione è più rapida che non in coloro che sono fisicamente più attivi.

L'esercizio fisico è molto importante per prevenire l'invecchiamento del cuore e dei vasi sanguigni. Anche chi è stato colpito da malattie al cuore o ai vasi dovrebbe sottoporsi ad un'attività fisica regolare (naturalmente dopo avere consultato il medico), perché le ricerche indicano chiaramente che in questo modo è possibile ridurre la mortalità e la probabilità di ammalarsi di nuovo.

Sistema respiratorio

Con l'età l'elasticità dei polmoni e della parete toracica diminuiscono, e quindi la respirazione risulta meno efficiente.

Tuttavia la riduzione della funzione respiratoria è notevolmente più marcata negli individui sedentari, mentre un'attività fisica regolare rallenta il peggioramento rinforzando soprattutto i muscoli dell'apparato respiratorio.

Sistema nervoso

Durante l'invecchiamento i nervi risultano meno efficaci nel condurre gli impulsi elettrici. Ciò determina un rallentamento delle reazioni del

corpo, dei processi di ragionamento e della memoria. Un'attività fisica regolare permette di rallentare questo deterioramento del tempo di reazione. Gli sportivi anziani in effetti hanno tempi di reazione migliori di quelli di giovani individui sedentari.

Alcune ricerche hanno inoltre dimostrato che l'esercizio fisico rallenta la perdita di cellule del cervello e del sistema nervoso dovuta l'invecchiamento.

Infine viene pure riscontrato uno stato di benessere psichico migliore in coloro che rimangono fisicamente attivi, con una chiara riduzione degli stati di ansia e delle sindromi depressive.

Sistema muscolare e scheletrico

Con l'invecchiamento il numero di fibre muscolari e il loro volume diminuisce, e di conseguenza la forza muscolare si riduce. Questo declino non è unicamente dovuto all'età, ma è in gran parte provocato dall'inattività fisica.

Inoltre è ben noto che con l'età le ossa a poco a poco perdono calcio e si indeboliscono (osteoporosi). Questa riduzione è prevalente nelle donne, ma avviene anche negli uomini. Si calcola che le donne perdano circa l'uno per cento di massa ossea all'anno dopo i 35 anni, mentre per gli uomini la diminuzione inizia intorno ai 50 anni. La velocità con cui un anziano perde massa ossea dipende da vari fattori, tra cui l'assunzione di calcio e l'inattività fisica. La perdita di densità ossea conduce a una minor resistenza dell'osso e ciò predispone a fratture, in special modo a livello dell'anca, delle vertebre e dell'avambraccio.

Un'attività fisica regolare che comprenda anche degli esercizi per la forza ha dimostrato che anche negli anziani possiamo assistere ad un significativo aumento del volume dei muscoli e della densità ossea.

A livello dei tendini e dei legamenti sopraggiungono con l'età delle alterazioni che ne riducono la resistenza e l'elasticità; è stato

osservato che queste alterazioni possono in parte regredire se si pratica una regolare attività fisica.

È stato inoltre dimostrato che anche le cartilagini contenute nelle articolazioni vanno incontro ad una degenerazione e ad un'usura accelerate che le rendono più deboli se non vengono sottoposte a movimenti regolari, e che in realtà la causa principale di questa degenerazione è proprio da ricondursi all'inattività fisica e non all'invecchiamento.

Negli anziani si assiste inoltre ad una significativa riduzione dell'elasticità. La causa principale è da ricercarsi nella mancanza di movimento. Piani di allenamento che comprendono anche esercizi di allungamento (stretching) hanno dimostrato un significativo aumento della flessibilità e della mobilità delle articolazioni.

Metabolismo

Il metabolismo basale (cioè la quantità di energia che il corpo utilizza a riposo) diminuisce con l'età, come d'altronde abbiamo visto succede per la capacità di resistenza allo sforzo. Gran parte di questa riduzione è dovuta alla diminuzione della massa muscolare e ad una maggiore difficoltà dei muscoli a produrre energia.

Gli zuccheri nel sangue (glicemia) tendono ad aumentare e ciò può condurre allo sviluppo del diabete.

È noto che un'attività fisica regolare ha la capacità di aumentare il metabolismo basale e la resistenza allo sforzo, e di prevenire l'insorgenza del diabete nelle persone anziane.

Regolazione della temperatura

Spesso gli anziani sperimentano una ridotta sopportazione del clima caldo. Gli studi effettuati suggeriscono che il processo di invecchiamento è in parte responsabile di questa ridotta tolleranza al calore.

È inoltre stato osservato che nei soggetti anziani la sudorazione, che

è il mezzo più efficace per disperdere il calore e "rinfrescare" il corpo, risulta diminuita.

L'esercizio fisico regolare permette di ottenere una migliore efficienza delle ghiandole che producono il sudore ed una migliore capacità di dispersione del calore, per cui la tolleranza al caldo sarà sensibilmente migliore nell'anziano fisicamente attivo.

Aspetti psicosociali

L'età del pensionamento spesso coincide con la fine della produttività da parte di un individuo, per cui la società tende a relegare gli anziani ad un ruolo passivo e quindi sedentario. Un'attività fisica regolare è invece un mezzo efficace per mantenere un individuo funzionale e per accrescere il suo benessere fisico e psichico. Come già accennato, gli anziani fisicamente attivi soffrono meno di ansia, depressioni e mancanza di gioia di vivere. Inoltre l'esercizio fisico, se condotto in gruppo, consente di socializzare e conoscere altre persone contribuendo a combattere la solitudine.

Come programmare l'attività fisica

Idoneità

Una persona anziana che desidera intraprendere un'attività fisica dovrebbe sottoporsi ad un esame medico dettagliato comprendente una valutazione approfondita del sistema cardiaco e respiratorio, delle articolazioni, dello stato muscolare e della flessibilità. Ciò è importante per allestire un programma adatto e per evidenziare per ciascuno quali attività sono indicate e quali invece si dovrebbero evitare. Sarebbe inoltre importante eseguire un elettrocardiogramma sotto sforzo. Si consiglia una visita medica annuale.

Anche per chi presenta delle malattie croniche è consigliato intraprendere, con i relativi accorgimenti e sotto le direttive di un medico, un'attività fisica regolare.

Direttive guida per l'esercizio fisico

È importante muoversi tutti i giorni effettuando ad esempio delle passeggiate, saure e scendere la scale a piedi, effettuare la-von i in casa ed in giardino. Tuttavia, per chi è in grado di farlo, l'attività fisica dovrebbe essere un po' più intensa di una semplice passeggiata, e questo per almeno 30 minuti 3-4 volte alla settimana al fine di stimolare adeguatamente la respirazione, il cuore, la circolazione e i muscoli. È bene praticare sia attività che migliorano la resistenza (marcia o jogging, escursioni in montagna, bicicletta o cyclette, nuoto, sci di fondo...), che attività che allenano la coordinazione, l'equilibrio e l'agilità (ginnastica, ballo, bocce, volano, tennis...). Sarebbe opportuno inoltre dedicare 10-15 minuti al giorno per eseguire alcuni esercizi per la forza e per l'elasticità (stretching) che possono facilmente essere effettuati in casa. Gli esercizi per l'equilibrio e per la forza sono molto importanti negli anziani in quanto possono ridurre sensibilmente il rischio di cadute.

L'esercizio fisico può essere svolto in var modi: sotto supervisione, indipendentemente o ancora all'interno di un gruppo. Oggi vi è pure un'importante disponibilità di centri fitness specializzati dove è possibile trovare istruttori con una formazione adeguata per seguire adeguatamente, in collaborazione con il medico, anche persone anziane o che presentino problemi di salute. A tal proposito è positivo osservare come questi centri vengano sempre più frequentati proprio da persone anziane che ne traggono notevoli benefici sia fisici che psichici.

Vista la grande diversità delle capacità fisiche che si possono riscontrare tra gli anziani, è bene che ciascuno si rivolga al medico che potrà consigliare personalmente i tipi di attività più adatti e definire quali sono i limiti di sicurezza che bisognerebbe rispettare, oppure richiedere la consulenza di un medico sportivo. In alcuni casi, in particolare per chi ha sofferto di malattie al cuore, il medico potrebbe consigliare l'utilizzo di un cardiofrequenzimetro, e cioè di un semplice apparecchio simile ad un orologio che permette di controllare l'intensità dello sforzo attraverso la misura della frequenza cardiaca.

L'organismo di ogni individuo reagisce e si adatta in modo diverso all'introduzione di un'attività fisica regolare, ma solitamente il tempo necessario si situa tra le 4 e le 6 settimane durante il quale l'intensità e il tempo di allenamento devono essere aumentati molto gradualmente.

Si ricorda che per una persona anziana è molto importante effettuare un adeguato riscaldamento (in cui l'intensità dello sforzo dovrebbe essere aumentata molto progressivamente) prima di intraprendere un'attività fisica, e che è altrettanto importante rispettare i tempi di recupero evitando di sovraccaricare il corpo e le sue strutture.

In caso di disturbi durante lo sforzo (dolori al torace, difficoltà di respiro, palpitazioni, capogiri, nausea) è bene rivolgersi prontamente al medico.

Conclusioni

Gli effetti negativi dell'inattività fisica sui processi di invecchiamento sono stati per lungo tempo sottostimati. La figura dell'anziano associata al divano e alla sedia a dondolo, con la tombola del sabato sera quale più strenua attività a cui sottoporsi, non è più attuale. Alla luce di quanto esposto risulta invece chiaro che un'attività fisica sicura ed efficace può essere sviluppata e caldamente consigliata.

L'attività fisica è attualmente quanto di più efficace abbiamo a nostra disposizione per contrastare il processo di invecchiamento; la scienza non ci può offrire al momento nessun altro mezzo o medicamento che ne avvicini gli effetti benefici. È la vera fonte della giovinezza, facilmente disponibile per chiunque lo desideri.

La salute dell'anima

Don Sandro Vitalini

Assistente spirituale dell'OCST

Premessa

L'uomo non è un miscuglio di spirito e di corpo e tanto meno è solo angelo o solo bestia. Nell'uomo si realizza un'unità profondissima tra anima e corpo, tra il pensiero e i muscoli, tra la volontà e i polmoni, tra l'intelletto e il sangue. Non dovremmo mai parlare di unione tra anime e corpo, ma di unità, nel senso che la cosiddetta anima "*in-forma*", plasma, struttura, unifica il corpo: siamo una corporeità animata, un'anima corporizzata, un tutto estremamente complesso, ma profondamente unitario. Questa unità può e deve essere capita, vissuta, approfondita, ma può non essere intesa e venire almeno in parte ferita.

La malattia come ferita

C'è una relazione tra malattia e unità anima-corpo; la malattia è una disarmonia, uno squilibrio, che in parte può dipendere da noi, in parte da fattori esterni. Se ad esempio assumo troppo alcolici, mi avveleno non solo il fegato, ma la vita stessa: il mio intelletto viene appannato, la mia volontà ridotta. Spesso certo la malattia ci viene inferta dall'esterno, come ad esempio un'infezione o una mutilazione che ci deriva da un incidente. Oggi si parla molto di psicosomatica, e cioè di quella parte della scienza medica che studia le cause di una malattia nella loro globalità e spesso la combatte con successo risalendo a monte del male: così un'ulcera può essere provocata da forti tensioni in famiglia o sul luogo di lavoro. Mi è capitato molto tempo fa un fatto curioso: mi è stata presentata una persona alla quale capitavano ciclicamente dei fenomeni fisici stranissimi.

Avendo avuto la possibilità di dialogare a lungo con lei, mi accorsi che soffriva molto interiormente per l'ambiente di lavoro che le era (*uso un eufemismo*) ostile. Le consigliai di cambiare il posto di lavoro, cosa che poté fortunatamente fare. Da allora i fenomeni "*saturnici*" non si sono mai più ripetuti.

Coltivare l'armonia

Più l'uomo riesce a vivere in armonia con se stesso e più ha delle concrete possibilità di vivere sano e a lungo. Non credo che esistano delle statistiche, ma sono certo che la vita media dei monaci e delle monache è nettamente superiore a quella degli uomini e delle donne in genere. Ciò non significa che tutti si debba entrare in convento, ma questo è un indicatore significativo che ci fa capire come una vita regolare, temperante, che non conosce eccessi di sorta, favorisca la salute. Evidentemente possiamo in ogni momento essere colpiti da un cancro anche conducendo una vita morigerata, ma nella regola chi vive un'esistenza armoniosa, anche se dura e sacrificata, vive meglio e più a lungo. Addirittura bisogna riconoscere questa verità paradossale: che ha paura della morte e vede in essa l'abisso della fine totale muore prima e peggio di chi vive fiducioso certo di essere atteso oltre il velo della morte dall'abbraccio del Padre. La fede, così come la preghiera, sono elementi "medicinali" per la nostra stessa salute fisica.

Il senso dei comandamenti

Non è certo quello di farci tribolare, ma di aiutarci a capire la nostra vocazione. Il Decalogo è espresso nella mentalità giudaica di tremila anni fa, ma nel suo fondamento ci richiama alla vocazione interiore che non è propria dei cristiani o degli ebrei, ma è comune ad ogni uomo. La parola creatrice illumina ogni uomo, e quanto più un uomo, a qualsiasi popolo o religione appartenga, cerca di seguire la voce della propria retta coscienza, tanto più si realizza. Purtroppo la cultura contemporanea è intaccata dal morbo dell'aver e celebra coloro che "*hanno*" molto. La pubblicità stimola già il bambino ad "*avere*" quelli che sarebbero gli oggetti che realizzano la loro felicità. In

realtà l'armonia nell'uomo cresce nella misura in cui si dona, si sacrifica, si impegna per gli altri. L'individuo che resta nel guscio del suo egoismo è già in potenza un malato molto grave.

La bontà come pienezza della vita

Più una persona si lascia invadere dall'amore, inteso come dono di sé, come bontà irradiante, e più si sente realizzata, al punto che la stessa situazione di malattia viene trasfigurata, assunta in una dimensione superiore. Mi si permetta qui di fare dei nomi di persone malate, che ho incontrato a Lourdes, e vive ora in Dio. Anna Arrigoni è stata inferma dalla nascita e, umanamente parlando, non ha avuto nulla dalla vita. Ebbene, questa donna è stata una persona felice, che ha recato un mondo di bene a chi la visitava. Beretta Gentile è stata sposa e mamma di una prole numerosissima; ha lavorato in modo eroico per mantenere la sua famiglia, conservando anche in tardissima età una serenità, una Pace, una gioia di vivere sbalorditiva. Teodolinda Gianora è venuta a Lourdes non so quante volte, fino in età molto avanzata. Parlava poco, ma viveva solo per gli altri, come una fiamma che scalda tutti. Nella sua povertà riusciva a mettere da parte delle offerte per le missioni, per progetto diocesano di Baranquilla, vivendo così tanto per gli altri da scordare se stessa. Marco Vittone è venuto a Lourdes più volte, già privo degli arti inferiori, irradiando su tutti una gioia straordinaria. Era stato grande sportivo ed ora si trovava in carrozzella: ma la sua serenità aumentava invece di scemare! Quante altre persone potrei citare: che hanno assorbito la vecchiaia e la stessa infermità con una capacità di oblatività che le ha trasfigurate!

L'altruismo come medicina

Più uno vive per gli altri e più si assicura contro le malattie, nel senso che un'esistenza oblativa evita necessariamente ogni eccesso. Se io considero mio fratello il bambino africano che oggi (*e sono migliaia*) muore di fame non posso in caso sprecare roba, cibo o vestiti,

eccedere in divertimenti o in spese non necessarie, perché so che quanto ho gli appartiene: devo amministrare tempo, forza e denaro in modo da essere utile al prossimo, vicino e lontano. Se in me comanda l'amore non posso sbevazzare, frequentare ambienti equivoci, fumare, giocare in un casino, rimpinzarmi fino a scoppiare. C'è chi dice che una vita cosy morigerata non sarebbe interessante, ma si sbaglia. Soltanto che una simile esistenza, sana e serena, non ha abboccato alle esche della pubblicità e per questo è irrisa e vilipesa. Uno sposo fedele è detto giocondo, nel senso di scemo, una ragazza che non va in discoteca e non si droga una monachella, una recluta che non bestemmia e non si ubriaca un cretino.

Se noi riuscissimo ad inoculare già nell'infanzia il virus dell'altruismo, noi avremmo dimezzato i casi di malattia. Avremo conosciuto tutti dei missionari (*laici, come il Dottor Maggi, religiosi, come Padre Zucol*) che non invecchiano mai, che restano sulla breccia, felici di dare, di aiutare, per niente disposti a sentirsi elogiati, dato che loro hanno capito che non faremo altro che il nostro mestiere di uomini.

Il silenzio come terapia

Si parla oggi della musica come ottimo mezzo di cura ed è bene (*ma non è certo lo strombazzamento che guarisce*). Penso però che se una persona sa tacere in se medesima incomincia a capire che può essere il primo medico per se stessa. Così ci accorgiamo del male che possiamo fare a noi e agli altri con le nostre invidie, con le nostre gelosie, con le nostre rabbie. Se noi ad esempio ci accorgessimo che c'è in noi un odio latente per una persona che ci fa del male e ci dicessimo: "*Voglio pregare per quel mio nemico*", ecco ci sentiremmo subito sollevati, riconciliati con noi stessi, felici (*anche se l'altro resta sulle sue*). Se a livello mondiale si capisse che tutti abbiamo dei torti e tutti siamo chiamati a riparare, invece che reagire al male con il male, si reagirebbe con il perdono, la misericordia, la compassione: la nostra terra diventerebbe un giardino. Il male dell'uomo è che troppo spesso è "*fuori di sé*", il che lo porta a fare e a farsi del male.

Ma lei ci vuole tutti cristiani praticanti

Questa è forse l'obiezione che qualcuno può farmi. Ricordo che il cristianesimo è il progetto divino su ogni uomo. Dio ha creato e chiama ogni creatura a crescere a sua immagine, nella bontà. Come cristiani dobbiamo essere dei modelli, sale e luce della terra: dovremmo essere dei vangeli incarnati, che mostrano al mondo Colui che è per tutti la via, la verità e la vita.

La casa per anziani può essere un valido aiuto

Fausto Denti

Direttore casa per anziani

Quando un anziano manifesta un problema di salute o di autonomia, la famiglia si mobilita con grande energia nella speranza, spesso irrealistica, di risolvere in poco tempo la questione riportandola a quando l'anziano non aveva bisogno di alcun aiuto.

In effetti, il processo di invecchiamento può comportare condizioni di bisogno che non possono essere risolte in breve tempo, ma devono essere gestite attraverso l'attivazione di servizi. La famiglia scopre che da sola non può farcela, si accorge di non avere un'adeguata conoscenza delle problematiche e di non avere le risorse necessarie.

Inizia così a cercare aiuto in altre direzioni.

La casa per anziani può essere un valido aiuto. È una struttura che offre un certo grado di protezione, dispensa cure e assistenza ad anziani che, per problemi conseguenti all'invecchiamento, hanno perso buona parte della loro autonomia per l'aggravamento delle loro condizioni di salute, oppure perché soli. L'inserimento dell'anziano avviene per periodi prolungati o definitivi, dopo aver esaurito tutte le altre risorse presenti sul territorio (*famiglia, aiuto domiciliare, centri diurni, Spitex*).

Per comprendere meglio l'impatto dell'anziano e della famiglia con questa struttura, è necessario fare riferimento "*all'immaginario collettivo*", ovvero all'immagine che ognuno si fa della casa per anziani. L'interesse per questo aspetto è determinato dal fatto che l'anziano e la famiglia si avvicinano ad essa con una diversa disposizione a seconda dell'idea che si sarà fatto, delle aspettative che si è creato nei suoi confronti, dei bisogni contingenti e dell'urgenza che ritiene di avere nel risolverli.

In altre parole, quando parliamo di immagine noi intendiamo riferirci ad un modello mentale, che può essere buona o cattiva rappresentazione della "*propria*" realtà, ma significa in quanto guida il comportamento e condiziona le proprie scelte.

È innegabile che ancora oggi, pur disponendo di buone strutture, moderne, razionali, innovative e persino rivoluzionarie, non si è cancellato nella memoria e dunque nel pensiero dei più anziani, l'immagine negativa e segretamente di antica data. In realtà le cose stanno cambiando. È assodato che la famiglia si rivolge ad una struttura stazionaria con più convinzione quando le proprie risorse si sono esaurite. Si è compreso, anche che la solitudine non è sinonimo di infelicità, ma nasce dal bisogno di avere delle relazioni significative.

L'isolamento sociale, che quando è troppo elevato, incide sulla voglia di vivere e quindi sulla capacità delle persone di affrontare i guai quotidiani. Inoltre si è anche compreso che possiamo parlare di sottile malinconia della vecchiaia, come qualcosa di diverso dalla depressione. Il tutto ci porta a considerare che abbiamo una maggiore coscienza e domestichezza nel trattare il problema dei sentimenti e delle relazioni dell'anziano e quindi del significato che tutto ciò rappresenta per la sua qualità di vita. Da parte degli operatori, soprattutto di chi opera nell'area della riabilitazione, dell'animazione e delle professioni sociali, vi è maggiore coscienza dell'importanza della presenza del familiare. L'istituzione, pur non facendosi carico del problema della famiglia, deve dimostrare di poter comprendere come l'apertura verso l'esterno sia importante per evitare proprio l'emarginazione dell'anziano e di sé stessa.

È necessario quindi, prevedere che l'anziano istituzionalizzato possa godere di uno stile di vita all'interno della comunità, che gli permetta di coltivare interessi, godere della libertà di organizzare alcuni aspetti essenziali della propria quotidianità, avere facilità di relazione non solo con chi è all'interno, ma soprattutto con il mondo circostante.

Come l'anziano vive la Casa per Anziani

Le considerazioni finora fatte possono portare a pensare che il vissuto della persona anziana è dipendente dal suo stato di salute, dalle sue aspettative nei confronti dell'istituzione e dei propri familiari, come pure quelle dei familiari stessi.

Nel calo della persona con gravi defezioni cognitive (*e sono la maggior parte degli Ospiti in casa per Anziani*), le sarà difficile poter esprimere il proprio *"grado di soddisfazione e di benessere"*. Sarà allora l'operatore e il familiare che valuteranno, attraverso alcuni indicatori e alcuni indizi, la qualità dei servizi erogati.

La famiglia concorre, in quanto risorsa nelle attività che vanno dall'assistenza dell'anziano al gestire ciò che esula dai compiti dell'istituzione, ad avere maggiore possibilità di esprimere le sue valutazioni sui benefici che realmente alla stessa e l'anziano ricevono.

Per esempio per quanto attiene l'albergo, la ristorazione, la lavanderia, la pulizia il tipo di relazione che gli operatori instaurano con l'ospite in termini di rispetto, riconoscimento della dignità, disponibilità e buona capacità di accoglienza è, cosa molto importante, per la prevenzione delle cadute o di quei incidenti che possono avere gravi ripercussioni sulla salute.

Concludendo, la casa per anziani deve essere una struttura in cui l'anziano riceve benefici, e deve ancora essere considerata una risorsa per la famiglia e per tutta la comunità.