



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*

vol. 58, n. 1, gennaio-marzo 2014

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, Università degli studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-56-55 - fax: 075.5857361 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / www.unipg.it/csesi

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo, Azienda Sanitaria n. 2, Regione Umbria

Presidente del Comitato scientifico: Maria Antonia Modolo, Università degli studi di Perugia

Redattore capo: Lamberto Briziarelli, Università degli studi di Perugia

Segretario di redazione: Paola Beatini, Università degli studi di Perugia

Editing: Maria Margherita Tinarelli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Comitato scientifico: Bruno Benigni, Centro di promozione per la salute "Franco Basaglia" (Arezzo) / Mario Bertini, Società italiana di psicologia della salute, già professore di psicologia, Sapienza Università di Roma / Francesco Blangiardi, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione AUSL n. 7 della Sicilia (Ragusa) / Sabrina Boarelli, Ufficio scolastico regionale per l'Umbria / Antonio Boccia, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Francesco Bottacciacoli, Società italiana di psiconeuroimmunologia (Roma) / Lamberto Briziarelli, già professore di igiene, Università di Perugia / Antonio Cappelli, Centro italiano ricerca sui servizi sanitari e sociali (Roma) / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS (Roma), professore di sociologia della salute, Sapienza Università di Roma / Paolo Contu, professore di igiene, Università di Cagliari / Michele Conversano, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Taranto / Giorgio Cosmacini, professore di storia della medicina, Università Vita-Salute San Raffaele (Milano) / Claudio Cricelli, Società italiana di medicina generale / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di neuroscienze, Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" (Milano) / Paola Di Nicola, professore di sociologia dei processi culturali e comunicativi, Università di Verona / Floriana Falcinelli, professore di didattica generale e tecnologie dell'istruzione, Università di Perugia / Carlo Favaretti, Health promoting hospital & health services network, Azienda ospedaliera-universitaria "Santa Maria della Misericordia" (Udine) / Luigi Ferrannini, Società italiana di psichiatria, Dipartimento di salute mentale, ASL n. 3 della Liguria (Genova) / Irene Figà-Talamanca, già professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Fabrizio Fornari, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / Salvatore Geraci, Area sanitaria della Caritas Diocesana Roma / Mariano Giacchi, professore di igiene generale e applicata, Università di Siena / Guido Giarelli, European society for health and medical sociology, professore di sociologia generale, Università Magna Graecia (Catanzaro) / Margherita Giannoni, professore di economia sanitaria, Università di Perugia / Marco Ingrosso, professore di sociologia generale, Università di Ferrara / Domenico Lagravinese, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Bari / Gavino Macioccio, Osservatorio italiano sulla salute globale, professore di politica sanitaria internazionale, Università di Firenze / Maurizio Mori, già professore di medicina di comunità, Università di Perugia / Aldo Morrone, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società italiana di psicologia della salute, professore di psicologia generale, Università di Bologna / Walter Ricciardi, European public health association, professore di igiene generale e applicata, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma) / Paola Rivosecchi, professore di metodologia epidemiologica e igiene, Università di Perugia / Roberto Romizi, Associazione internazionale dei medici per l'ambiente / Tullio Seppilli, già professore di antropologia culturale, Università di Perugia, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Paolo Siani, Associazione culturale pediatri, Ospedale Cardarelli (Napoli) / Gianfranco Tarsitani, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Maria Teresa Tenconi, professore di igiene, metodologia epidemiologica e medicina di comunità, Università di Pavia / Maria Triassi, professore di igiene generale e applicata, Università Federico II di Napoli / Enrico Tempesta, Osservatorio permanente giovani e alcol, Roma / Maria Giovanna Vicarelli, professore di sociologia dei processi economici e del lavoro, Università Politecnica delle Marche (Ancona) / Mauro Volpi, professore di diritto costituzionale, Università di Perugia.

Comitato di redazione: Sandro Bianchi, Associazione culturale pediatri (sezione Umbria) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Fausto Francia, Dipartimento di sanità pubblica, AUSL Bologna / Patrizia Garista, Università di Perugia / Edvige Mancinelli, Università di Perugia / Giuseppe Masanotti, Università di Perugia / Liliana Minelli, Università di Perugia / Giovanni Paladino, Università Federico II di Napoli / Damiano Parretti, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Rossana Pasquini, Università di Perugia / Enrico Petrangeli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Giancarlo Pocetta, Università di Perugia / Carlo Romagnoli, ASL n. 2 dell'Umbria / Tiziano Scarponi, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Francesco Scotti, Gruppo tecnico interregionale per la salute mentale, Regione Umbria.

	5	<i>In questo numero</i>
<i>Editoriali</i>	7	Verso un servizio sanitario europeo Carlo Romagnoli
	10	Anziani, medicina generale, medicina della complessità Tiziano Scarponi
<i>Monografia</i>	14	La condizione anziana come “contraddizione” nella società tardo-capitalistica: uno sguardo antropologico Tullio Seppilli
	22	L’anziano fragile nella crisi economica Simona Gotelli, Pietro Calcagno, Lucio Ghio, Luigi Ferrannini
	31	Corporeità e decorporeizzazione. Il corpo vissuto dell’anziano Francesco Scotti
	40	Le politiche per gli anziani basate sull’evidenza: la prospettiva del corso della vita Guido Giarelli
	51	Condizione anziana e lavoro privato di cura: elementi storici e prospettive future Marco Cerri
	59	Per una mappatura dei servizi per l’Alzheimer: l’esperienza umbra tra offerte territoriali e bisogni Carlotta Bagaglia Chiara Polcri
	74	Le indagini PASSI d’Argento per interventi di promozione della salute nell’anziano Letizia Damiani, Ubaldo Bicchielli, Marco Cristofori

	87	La mappatura della fragilità. Un'esperienza di proattiva e sistematica intercettazione dei bisogni assistenziali inespressi dagli anziani in un distretto della "Bassa Friulana" Luciano Pletti, Marta Pordenon, Dina Pecini, Mauro Prati, Giuseppe Tellini, Cristina Zanon, Simonetta Giolo
<i>Altri contributi</i>	98	Intervento per la prevenzione e cura del sovrappeso - obesità in una popolazione di lavoratori del comune di Napoli Giuseppina Muto, Oreste Caporale, Rossella Alfano, Rossella Bellopede, Biagio Nunziata, Carla Novi, Maria Triassi
<i>Recensioni</i>	107	
<i>Schede</i>	109	
<i>Documenti</i>	113	Anziani in salute, Da Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21 st century - World Health Organization, Regional Office for Europe, 2013
<i>Notiziario</i>	117	47° Congresso Nazionale SItI, Prevenzione in Movimento, Riccione 1- 4 ottobre 2014 / Convegno SItI-Lazio: Salute, Ambiente e Prevenzione Primaria, Roma, 4 ottobre 2014 / XII Congresso Nazionale CARD, La sfida nel Distretto: produrre salute nel territorio, Torino 22-24 maggio 2014 / Una ricerca dell'Area Sanità di Fondazione ISTUD, L'associazionismo della medicina generale funziona e fa risparmiare i pazienti / 10 anni di incontri a Gubbio

IN QUESTO NUMERO

Inauguriamo l'annata 2014 di *Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e promozione della Salute* con una *Monografia* dedicata al tema della "condizione anziana".

In ossequio all'approccio di sistema che tentiamo di perseguire, vorremmo offrire – pur nell'ovvia impossibilità di dare un quadro totalmente esaustivo – non un'esclusiva visione dell'anziano quale soggetto portatore di anni, problemi e cronicità, ma proporre una riflessione più ampia sia nelle linee concettuali che nelle esperienze riportate.

Tullio Seppilli apre la serie di articoli con un illuminante *incipit* all'argomento ponendo una distinzione/contraddizione centrale tra *condizione e questione* anziana.

Il contributo pone l'argomento oggetto di analisi all'interno di un assetto culturale caratterizzato da regole generali, valori e modalità di funzionamento definiti: un necessario quadro di riferimento antropologico.

Segue la riflessione di *Seppilli*, l'articolo di *Simona Gotelli et al* che analizza in dettaglio

l'attuale scenario di crisi economica e i suoi effetti sul benessere degli anziani. E' fondamentale, sostengono gli autori, la cura del contesto – familiare, *caregivers*, luoghi, relazioni – al fine di non perseguire derive istituzionalizzanti e custodialistiche. Tutto ciò non deve tradursi pericolosamente in una delega del Servizio Sanitario Nazionale a essere comunque garante della presa in carico della persona.

Corporeità e decorporeizzazione. Il corpo vissuto dell'anziano, il titolo del contributo di *Francesco Scotti*: a partire dal vissuto della corporeità nella nostra cultura sono ripercorse le fasi attraverso le quali l'alienazione del corpo come oggetto di consumo influenza negativamente la vita, soprattutto degli anziani. Per costoro, pur allungandosi il tempo biologico, è rimasto invariato quello sociologico; rimane un *tempo provvisorio*, deprivato di progettualità. Esortazione per tutti a tracciare una via per recuperare una spontaneità nella vita, quasi definitivamente persa.

Guido Giarelli affronta il rilevante tema delle politiche per gli anziani: è possibile una politica basata sulle evidenze per gli anziani? Giarelli pone la questione e riporta il dibattito sui conflitti di valori degli attori in campo sia da una prospettiva generale che in riferimento alla specifica condizione anziana: tecnocratici e partecipativi, diverse modalità di leggere e utilizzare l'evidenza... In conclusione l'autore propone uno strumento di particolare interesse il *Rapid Outcom Mapping Approach* per applicare evidenze di ricerca alle politiche.

L'articolo di *Marco Cerri* indaga un diffusissimo fenomeno legato alla senilizzazione della popolazione: il lavoro privato servile di cura. E' analizzato questo crescente bisogno di cura degli anziani da parte delle famiglie, indagate le relazioni che esso comporta nella vita quotidiana e ipotizzati scenari futuri nell'attuale crisi lavorativa italiana.

Carlotta Bagaglia e *Chiara Polcri* riportano i risultati di una ricerca finalizzata a comporre una mappatura dei Servizi per l'Alzheimer nella Regione Umbria. L'indagine è stata effettuata attraverso specifici questionari per l'utenza, i familiari e gli operatori.

Le Autrici identificano proposte di miglioramento dei Servizi rilevati: si rende evidente la necessità di un'efficace rete che faciliti lo sviluppo di conoscenze dei cittadini sui servizi disponibili, migliori il rapporto dell'utente e dei familiari con questi e crei una comunicazione tra operatori maggiormente fluida e rispondente in maniera

omogenea e integrata ai bisogni di tale popolazione.

Seguono due contributi che documentano il lavoro dei professionisti dei Servizi Sanitari.

Letizia Damiani et al analizzano il ruolo e il potenziale informativo del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento alla progettazione di interventi di promozione della salute all'interno dei Piani Regionali della Prevenzione. *Luciano Pletti et al* descrivono un'esperienza di sanità d'iniziativa realizzata in un Distretto del Friuli finalizzata a far emergere bisogni sommersi di gruppi di anziani a rischio.

Per la sezione *Altri Contributi* un intervento di prevenzione e cura del sovrappeso realizzata a Napoli è oggetto dell'analisi di *Giuseppina Muto et al*. Un significativo esempio di integrazione di organizzazioni sanitarie per la tutela della salute dei lavoratori.

Vogliamo citare in conclusione gli editoriali. La riflessione di *Tiziano Scarponi*, nuova risorsa del Comitato di Redazione, medico di medicina generale, quotidianamente a contatto con le persone nella sua attività professionale, ci porta una testimonianza vissuta di concreta prossimità alle problematiche e alle potenzialità dei soggetti anziani.

Carlo Romagnoli apre ad un nuovo argomento che sarà oggetto di approfondimento nella Monografia del prossimo numero: è possibile un Servizio sanitario europeo?

Su questa domanda intendiamo aprire il dibattito a ricercatori e professionisti, ai nostri lettori che vorranno contribuire.

Editoriali

Verso un servizio sanitario europeo

Towards a European Health Service

Carlo Romagnoli

Il dibattito che le elezioni europee di maggio hanno aperto ha buone probabilità di essere egemonizzato dai rancori antieuropei cresciuti nei cinque anni di gestione della crisi da parte di istituzioni estremamente attente ai bisogni delle élites finanziarie e allo stesso tempo sprezzanti nei confronti dei bisogni di gran parte della restante popolazione; del pari il prossimo parlamento europeo rischia di essere abitato per lo più da rappresentanti del rancore e della insoddisfazione popolare, cui manca la visione necessaria per contrastare le élites e attivare le iniziative necessarie per far evolvere la sanità europea in linea con i problemi di salute presenti nella contemporaneità.

Dobbiamo perciò chiederci se tutto questo sia inevitabile e se vi sia qualcosa che possiamo fare, nel nostro piccolo, per dare un senso diverso all'Europa.

Nel comitato di redazione della rivista è maturato un orientamento favorevole a sperimentare la possibilità di una altra Europa

proprio a partire dal campo delle politiche per la salute: ci sono cose che l'Europa può fare e non fa?

Ci sono le condizioni per lavorare alla costruzione/invenzione di un servizio sanitario europeo che risponda finalmente alla quota dei bisogni socio sanitari fuori portata dei servizi sanitari nazionali? E' possibile cambiare volto all'Europa, attivando quel processo di socializzazione di risorse comuni per rispondere a bisogni comuni, facendo sentire ai cittadini europei che appartengono ad un qualcosa che non solo prende, ma finalmente dà?

Che i bisogni siano cambiati con il passare del tempo ed i servizi sanitari nazionali necessitano di una completa rivisitazione e di una integrazione a livello globale per far fronte ai problemi di salute globali e, rispettivamente, continentale, l'OMS ce lo dice da molto tempo, ma con particolare enfasi a partire dal 2008, quando almeno tre documenti (il rapporto 2008 sulla salute mon-

diale, lo studio sugli effetti sulla salute del cambiamento climatico e l'insuperato "Closing the gap" sulle disuguaglianze globali nella salute) hanno fornito un'eccellente razionale per iniziare a chiarire cosa l'Europa può fare e non fa.

Dal 2008 ad oggi l'Europa governata dalle élites non ha fornito risposte valide almeno ai *problemi di salute*:

- a) creati dal *cambiamento climatico*, un problema sulla cui urgenza e dimensione globale gli ottimi rapporti dell'IPCC forniscono informazioni tanto preoccupanti quanto inascoltate dalle élites;
- b) determinati da una *gestione dell'ambiente* dove impera la messa a valore di vite e territori da parte dei produttori di rischio mentre gli esposti non hanno voce;
- c) innescati dalle *misure di austerità imposte da FMI, BCE e Commissione europea*, che hanno funzionato da moltiplicatore di effetto dei già noti determinanti sociali della salute (povertà relativa, scala sociale, disoccupazione, precarietà, ecc.);
- d) prodotti *dalla riduzione dell'offerta sanitaria* – particolarmente pesante almeno in Grecia, Spagna, Italia, Portogallo, Irlanda ed Inghilterra, mentre altrove come in Romania, Bulgaria e Ungheria i programmi di welfare non hanno avuto alcuno sviluppo - a causa dei tagli al welfare imposti dalle politiche di riduzione dei deficit pubblici, prima gonfiati a dismisura delle risorse statali messe a disposizione di banche che altrimenti sarebbero fallite.

Insomma, siamo di fronte a *nuovi bisogni di salute* che chiedono sia *nuove risposte* in termini di *nuovo welfare*, sia una *diversa composizione dei tavoli* in cui vengono assunte le decisioni.

Vista anche la pochezza che le élites hanno

dimostrato nel governare l'Europa ed i problemi reali e concreti che le loro politiche hanno determinato per la vita della maggior parte della popolazione è ora che le decisioni relative all'uso delle risorse siano prese in mano da quella maggioranza di cittadini europei che ora sono esclusi dai processi decisionali.

A noi europei serve una sanità in grado di:

- affrontare le sfide ambientali in quanto interlocutore autorevole nella impellente lotta globale al cambiamento climatico e capace di attivare politiche continentali basate sul principio di precauzione;
- valorizzare le conoscenze sui determinanti sociali della salute attraverso politiche di promozione della salute eque ed universalistiche e soprattutto in grado di ridurre gli anni di vita vissuti in disabilità;
- garantire un equo accesso ai servizi sanitari riequilibrando attraverso opportuni interventi le disuguaglianze nelle esposizioni, nell'offerta e nell'uso ora presenti tra territori, classi sociali e cittadini dell'Unione.

A questo punto è molto probabile che il lettore di questo editoriale, muovendosi nervosamente sulla sedia, pensi che non ci sono le condizioni: "figuriamoci se l'Europa farà queste politiche... poi con la crisi...", sono discorsi da mosca cocchiera..." e così via.

Nel suo piccolo questa rivista, le persone che fanno parte dei comitati scientifico e di redazione ed i suoi lettori possono impegnarsi nella creazione di iniziative che possono sondare le sensibilità già presenti in questa direzione e farne crescere di nuove.

Già assumere un punto di vista europeo e indipendente da "*quell'incanto neolibérale*" che sembra assoggettare le menti ed i corpi degli europei è un decisivo passo avanti, perché ci scuote dalla sfavorevole condizione

in cui élites già estremamente ricche – attraverso dispositivi di assoggettamento basati su indebitamento, precarizzazione, mediatizzazione, securizzazione – convincono il 99% della popolazione a privarsi di risorse ed a consegnargliele per gli anni a venire.

Dedicheremo pertanto a partire dal 2014 sezioni e/o numeri della rivista all'approfondimento delle problematiche sopra richiamate, battendo il vecchio continente per rilevare umori, sensibilità e disponibilità, per costruire relazioni, focalizzare i problemi comuni e sollecitare contributi e punti di vista, per attivare dispositivi capaci di creare senso ed altri capaci di creare condivisione ed inclusione: un servizio sanitario europeo all'altezza della contemporaneità nasce per effetto di una fucina sociale in cui molteplici livelli di partecipazione rendono possibili politiche volte alla crescita qualitativa, accessibili, eque ed efficaci: una Europa del comune non può che nascere dal basso, dai bisogni di salute e di qualità dell'ambiente non corrisposti.

Tre almeno sono gli strumenti operativi alla nostra portata da cui può risultare utile iniziare ad esplorare la direzione indicata:

a) rivedere i programmi di formazione di medici ed altri operatori sanitari, pensando su scala globale così come, ad esempio fa Jeffrey D. Sachs professore di *crescita qualitativa e sanità pubblica* alla Columbia University, New York che per favorire l'emergere di soluzioni al cambiamento globale a livello di tutto il pianeta, si è posto il problema di attivare un corso gratuito, on line e globale cui attualmente aderiscono studenti di più di 190 paesi. Tanto l'insegnamento della sanità pubblica, quanto la formazione in

promozione della salute devono fare i conti con la crescita qualitativa e con la sua declinazione a livello globale, continentale e loco regionale

- b) Horizon 2020 (programma di ricerca europeo) risente dell'impronta delle élites e vuole mettere a disposizione dell'industria europea il nostro general intellect ma al suo interno vi sono alcuni spazi interessanti per proporre ricerche multicentriche: nella sua sezione dedicata a salute/ sanità c'è una parte "*Integrated, sustainable, citizen-centred care*" che contiene aree di ricerca quali *PHC 23 - 2014: Developing and comparing new models for safe and efficient, prevention oriented, health and care systems*" che potrebbe fare al nostro caso, per quanto riguarda l'attivazione del dibattito su un nuovo servizio sanitario europeo;
- c) nello specifico della promozione della salute, oltre agli aggiornamenti sopra sinteticamente delineati e relativi a nuovi confini spaziali, si aprono le ampie aree di approfondimento legate ai nuovi modelli di promozione della salute in grado di valorizzare i saperi che le nuove conoscenze scientifiche su epigenetica ed interferenti endocrini mettono a nostra disposizione, concentrando l'attenzione sulla promozione della salute nel corso del programming fetale e ridefinendo il peso dei fattori di rischio comportamentali e soprattutto gli approcci con cui una certa sanità pubblica li ha affrontati, facendo scomparire nella colpevolizzazione dei singoli sia i lacci ed i laccioli per i produttori di rischio e le élites che la centralità di interventi volti a creare comunità ed ambienti di vita sani.

Anziani, medicina generale, medicina della complessità

Elderly, general medicine, complexity medicine

Tiziano Scarponi

Sono oramai quasi 40 anni che mi prendo cura dei miei pazienti come medico di famiglia.

Ogni mattina quando attraverso la sala d'aspetto del mio studio li passo in rassegna come fa un capitano con i propri soldati. Li riconosco tutti, uno dopo l'altro: il mio Danilo, la mia Antonia, la mia Elide, il mio Tommaso..... Con tanti abbiamo combattuto insieme molte battaglie e siamo oramai dei veterani. Ci intendiamo al volo, basta uno sguardo e cominciano a raccontare storie, ognuno la propria... storie di dolore... di vita vissuta. Sono storie lunghe, interminabili, a volte ripetitive, perché sono storie di vecchi.

Questa breve narrazione rappresenta fedelmente i frequentatori abituali degli ambulatori dei medici di medicina generale: gli anziani.

Mi trovo in difficoltà nell'affrontare quest'argomento perché mentre sto scrivendo, la mia mente si affolla di immagini e di sensazioni che non permettono di esprimermi

in maniera pacata e scientifica. Qualche parte di me, senza dubbio, si sente oramai coinvolta. E' facile parlare di qualcosa o di quel problema per te lontano, ma come quel qualcosa e quel problema cominciano a sfiorarti, anzi cominciano a permearti e a farti sentire parte di quella categoria, allora risulta sempre più difficile categorizzare ed essere oggettivamente riduzionisti, ma ci proverò.

Non è mia intenzione affrontare il problema della prevenzione della disabilità, della differenza semantica fra vecchio e anziano e quelle che sono le norme generali d'igiene, di corretti stili di vita che di solito rimandano a una vecchiaia più fisiologica possibile. Senza dubbio sarebbe in linea con la filosofia di questa rivista, ma colleghi e figure molto più qualificate della mia probabilmente lo faranno, quello che a me preme è far emergere cosa significhi oggi per un medico di medicina generale prendersi cura degli anziani.

Subito dopo la laurea, appena cominciano i

primi contatti con i malati, qualsiasi medico inizia a tirar fuori dalla propria mente tutte quelle categorie, chiamate malattie, apprese durante il proprio corso universitario. Con queste stesse lavora, nel senso che cerca tutte le corrispondenze di queste con quello che osserva o viene riferito: questo è pertinente, questo non è pertinente, anzi questo è proprio impertinente. L'obiettivo è di una diagnosi e conseguentemente di una terapia. Il nostro giovane medico, però, si rende presto conto che questo metodo non lo aiuta più di tanto, soprattutto se si trova a lavorare fuori dall'ambiente "protetto" dell'Ospedale e con pazienti che sono pieni di affermazioni non "congruenti" con le categorie apprese durante gli studi universitari. Più si va avanti e più il Nostro deve districarsi tra storie e narrazioni di dolori non ben inquadrabili, racconti di paure e di sogni, di fallimenti esistenziali e di traguardi raggiunti. Ben presto si rende conto che il diabete, l'ipertensione, il cancro erano una cosa mentre ora, il diabetico, l'iperteso ed il paziente neoplastico sono un'altra cosa e se poi tutte quante queste cose abitano tutte insieme in un unico individuo si crea ancora un'altra cosa.

Quello che intendo dire è che il paziente anziano oggi ha determinato il capovolgimento di quasi tutti i paradigmi che hanno ispirato, sino a pochi decenni fa, tutta la scienza medica e la modalità assistenziale, anzi, l'anziano rappresenta oggi il paradigma: il paradigma della complessità.

La complessità è oramai la realtà quotidiana. Una realtà che sta imponendo il dover riscrivere cosa significhi fare il medico e prendersi cura oggi, anche se non si tratta di una rivoluzione, ma di una naturale evoluzione.

Non ci sono più, infatti, i malati di una volta

con un'età media di 50 anni, con un'unica o al massimo due patologie, ossequiosi e quasi timorosi nei confronti di medici ed infermieri. Ora il paziente medio ha oltre i settanta anni di età, è acculturato per studi o almeno ben informato sui suoi diritti, è portatore di più patologie contemporaneamente e con molteplici possibilità terapeutiche da poter esperire. Anche il concetto di salute è ontologicamente cambiato: non più l'assenza di malattia, ma una soggettiva percezione di benessere e sufficiente funzionalità di se stessi nel proprio ambiente. In altre parole il saper convivere con la propria comorbidity anche in relazione ai propri vissuti e alle proprie narrazioni di vita ed al proprio grado di resilienza. Un approccio complesso, pertanto, manterrà fede all'etimologia stessa della parola, dal latino *complexor* che significa cingere, abbracciare, legare, tenere insieme. Complesso, quindi, non significa complicato, ma un approccio che tende a legare in modo multidimensionale condizioni morbose diverse tra loro ma interagenti, che danno un quadro clinico che non corrisponde alla somma delle parti, ma ad un quadro clinico unico per quell'individuo e solo per quello. Ne consegue che l'approccio complesso non è solo *evidence based* ma anche *patient oriented*. Nella visione meccanicistica e riduzionistica, l'uomo ridotto ad organismo, viene smontato in tante parti, organi, ed ogni malattia corrisponde ad un guasto di quell'organo che deve essere aggiustato e poi rimontato. In una visione complessa, invece, l'umano è visto come una quantità di sistemi interagenti ed interferenti fra loro in modo auto-regolante e che tende ad un equilibrio omeostatico di fronte alle varie perturbazioni che si presentano nel tempo. E' logico pertanto che durante il divenire del sistema, ci saranno

dei cambiamenti, degli aggiustamenti che porteranno a livelli di complessità crescente pur mantenendo i livelli di coerenza del sistema stesso e “... la maturazione di questo nuovo approccio ha come conseguenza l'evoluzione da un modello di medicina basata sulle evidenze, di tipo essenzialmente “reattivo”, a una medicina pro-attiva, basata sull'individuazione dell'intera rete di relazioni che comporta l'espressione nel tempo delle varie manifestazioni patologiche e sull'inclusione degli effetti dell'interazione e perturbazione reciproca tra medico e paziente nella costruzione della cura.

Appare evidente, a questo livello di osservazione, che l'intervento terapeutico è mirato alle proprietà organizzative dei sistemi complessi che esprimono coerenze di “salute” o “malattia” e diventa essenzialmente preventivo...” (C. Pri-
stipino 2013).

Questa visione del prendersi cura di un soggetto, comporta a dover considerare e a “modellizzare” oltre che i determinanti biologici e psichici di una malattia, anche le relazioni e le interazioni dinamiche che questi determinanti possono avere, le loro connessioni e l'importanza che hanno nel condizionare lo stato di salute di un individuo. Tutto questo con l'obiettivo di stratificare una strategia di assistenza per quanto più possibile unitaria, passando da un modello di medicina impersonale centrata sulla singola malattia ad un modello centrato sul malato su cui l'intervento del medico e del sistema sanitario e sociale è quello dell'induzione di nuove relazioni e interazioni che tendano a favorire l'equilibrio omeostatico. Ecco pertanto che il medico con la sua relazione diventa parte integrante della cura stessa ed anche il paziente non è più solo un obbediente ai dettami o ai consigli dei propri curanti, ma diventa protagonista attivo nel mantenimento del proprio stato di sa-

lute. Qualcuno (Hood, L., and Flores, M, 2012) ha definito questo tipo di medicina “P4 medicine” perché basata su 4 concetti: predizione, prevenzione, personalizzazione e partecipazione. **Predittiva** perché permette di prevedere a quali rischi patologici un individuo possa andare incontro e quale sia la medicina migliore sfruttando tutte le possibilità che la *System Biology* possa offrire: genomica predittiva e farmacogenomica, studio dei fenotipi complessi. **Preventiva** significa mettere in atto tutti quegli interventi relazionali e di sistema che mantengano o generino salute secondo anche quelle che sono gli intendimenti e gli obiettivi del paziente partendo anche da una diagnostica “omica”. **Personalizzata** sta per la reale possibilità di tarare la cura su quella persona partendo dalla sua storia le sue relazioni e le sue caratteristiche genetiche, genomiche e biochimiche. **Partecipata**, questo è un aspetto basilare. Una partecipazione attiva e di reciprocità fra medico e paziente che possa far sviluppare l'*empowerment*, quindi l'autoconsapevolezza e l'auto-gestione.

Come si traducono nella pratica quotidiana questi concetti? Partendo da questi presupposti, a questo punto, diventa inevitabile dover affrontare l'argomento complessità dal punto di vista organizzativo e di “sistema” assistenza. Qui, però, mi fermo alla definizione dei principi basilari. La realizzazione di percorsi diagnostici assistenziali che garantiscano: un approccio proattivo, una gestione integrata, coordinata, multiprofessionale e la continuità assistenziale ospedale-territorio.

E' ovvio che a causa della continua evoluzione dell'approccio complesso da un punto di vista scientifico ed attuativo, risulta quasi impossibile proporre dei modelli gestionali

consolidati e collaudati.

Per il territorio stiamo aspettando i risultati dell'esperienza dell'*Expanded Chronic Care Model* della regione Toscana, mentre per quello che riguarda l'area ospedaliera sono oramai in via di consolidamento tutte le varie realtà degli ospedali organizzati per intensità di cura, modellizzati cioè sui livelli di instabilità clinica e di complessità assistenziale e non più sulle discipline scientifiche.

Il sistema delle cure intermedie, che a mio giudizio è la parte a più alta densità di pazienti anziani, costituisce ancora una nebulosa: ospedale di Comunità, nuclei di Cure Primarie, Case della Salute, Medicina di Rete ed altre ipotesi che riflettono sia la creatività progettuale che le risorse e le infrastrutture presenti in una realtà territoriale. Non mi sento pertanto in grado di indicare un modello preciso e unico e probabilmente così dovrà essere, in quanto assisteremo probabilmente alla coesistenza di

più strutture differenziate secondo una modulazione dell'intensità di cura ed assistenza. Voglio chiudere con un'esortazione. E' chiaro che tutto questo ripensamento del prendersi cura rimanda alla consapevolezza dell'impossibilità di proseguire sulla strada di un'assistenza organocentrica, pena l'implosione di tutto il sistema sanitario che occupa una discreta parte del sistema salute. Sia altrettanto chiaro, uso il congiuntivo esortativo di proposito, a noi medici in generale, ma soprattutto a noi medici di famiglia in particolare che tale mutazione epistemologica non sarà del tutto indolore, dovremo prevedere un cambiamento dei nostri comportamenti e competenze, in particolare dovremo imparare a ragionare in un'ottica di sistema e smettere di relazionarci con i pazienti definendoli "nostri", trincerandosi magari inconsapevolmente dietro l'alibi di un olismo unidirezionale, ma nei nostri confronti. Dovrò abituarci a non considerare più miei: Danilo, Antonia, Elide, Tommaso....

Monografia

La condizione anziana come “contraddizione” nella società tardo-capitalistica: uno sguardo antropologico*

The aging condition as a “contradiction” in late-capitalist society: an anthropological gaze

Tullio Seppilli

presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) e della Società italiana di antropologia medica (SIAM)

Parole chiave: beni comuni, condizione anziana, cambiamento sociale, formazione economico-sociale, tardo-capitalismo

RIASSUNTO

Viene tentato qui un esame del perché la *condizione anziana* si presenta nelle attuali società tardo-capitalistiche come una vera e propria “questione”, con pesanti implicazioni oggettive e soggettive per gli stessi anziani e per i loro rapporti con gli altri attori sociali. A tal proposito vengono considerati: (a) il peso che vi esercita la rapidità degli attuali ritmi di *cambiamento sociale*, in particolare il rapido cambiamento delle tecnologie, dei valori e dell’assetto dei rapporti interindividuali, oltreché degli stessi contesti materiali; (b) il peso della caduta dei tradizionali supporti sociali costituiti dalla famiglia estesa e dalle relazioni di vicinato; e (c) il peso dello stesso progressivo aumento della fascia anziana di popolazione e dei nuovi bisogni (la dilatazione delle patologie croniche, ad esempio) che così ne risultano.

Viene poi sottolineato come una efficace strategia di risposte a tale “questione” passi inevitabilmente attraverso politiche di riaggiustamento e rafforzamento del welfare e – per quanto in questa sede più

* Questo breve scritto riprende abbastanza sinteticamente alcune considerazioni esposte nel corso di una relazione da me tenuta al V Convegno internazionale sulla qualità del welfare “La tutela degli anziani” (Rimini, 18-19 ottobre 2013) e, per certi aspetti, quella al X Seminario “Terzetà” (Assisi, 2 giugno 2012). Ricordo qui, di parecchi anni prima, anche la relazione predisposta insieme a Grazietta GUAITINI, *La crisi del ruolo e dell’immagine dell’anziano nel quadro del mutamento sociale. I problemi di fondo e le basi di una strategia di intervento*, presentata al Convegno regionale “Gli anziani in Umbria, Analisi e prospettive di un problema” (Assisi, 3-4 dicembre 1976) e poi pubblicata alle pp. 33-45, in REGIONE DELL’UMBRIA. GIUNTA REGIONALE. DIPARTIMENTO PER I SERVIZI SOCIALI, *Gli anziani in Umbria. Analisi e prospettive di un problema (Assisi, 3-4 dicembre 1976)*, vol. I, Regione dell’Umbria, Perugia, 1981, 114 pp. (Quaderni Regione dell’Umbria. Serie Sanità, 3.1).

direttamente ci riguarda – dei servizi sanitari pubblici e universalisti e del loro porsi come effettivi “beni comuni”.

Infine viene posto il quesito del grado di compatibilità fra una tale strategia e la “logica di mercato” che sta alla base degli attuali regimi neo-liberisti e che costituisce oggi la struttura portante del nostro sistema sociale o, più precisamente, della nostra formazione economico-sociale. È in tal senso che la condizione anziana (e le politiche che dovrebbero utilmente concernerla) si presentano oggi almeno per certi versi, come una “contraddizione” rispetto alle regole sociali oggi dominanti.

Key-words: commons, aging condition, social change, socio-economic formation, late-capitalism

SUMMARY

Here the Author attempts an examination of the reasons why the *aging condition* occurs in current late-capitalist society as a real “question”, with serious objective/subjective implications both for the elderly themselves and their network with other social actors. In this framework several topics are considered: (a) the heavy influence exerted on aging condition by contemporary fast paces of *social change*, above all in the field of technology, values, set of inter-individual relations, as well as on the material contexts themselves; (b) the weight of the fall of traditional social supports such as extended family and neighbourly relations; and (c) the weight of the increasing rate of aging population and the related new social needs (for instance the increasing rate of chronic diseases).

Then it is highlighted how an effective strategy for giving responses to this “question” should concern policies of reassessing welfare and – as far as we are concerned here - strengthening public and universalistic health services conceived as “commons”.

In the concluding remarks, it is evaluated the degree of compatibility between such a strategy and the underlying “logic” of current neo-liberal regimes. Such a logic is today the backbone of our social system or, more precisely, of our socio-economic formation. The Author’s claim is that to some extent the aging condition (and the policies which should usefully be related to it) must be considered today as a “contradiction” toward contemporary dominant social rules.

L’anziano fragile nella crisi economica

The frail elderly in the economic crisis

Simona Gotelli, Pietro Calcagno, Lucio Ghio, Luigi Ferrannini

Simona Gotelli

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASL3 Genovese / Associazione Idea Genova Onlus

Pietro Calcagno, Lucio Ghio

Clinica Psichiatrica, IRCCS San Martino-IST, Genova

Luigi Ferrannini

Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Liguria, Past-President Società Italiana di Psichiatria

Parole chiave: anziani, crisi economica, fragilità, organizzazione sanitaria

RIASSUNTO

Gli ultimi anni sono stati dominati dalla profonda crisi economica che ha colpito varie nazioni nel mondo con un importante impatto sulla vita del singolo, delle famiglie, della comunità. Gli effetti sulla salute sembrano essere indotti principalmente da due fattori: la riduzione dei budget sanitari e il taglio delle risorse sociali, che vanno a incidere in particolare sulle fasce deboli della popolazione come gli anziani. I rischi sono quelli di una maggiore morbosità, mortalità e istituzionalizzazione, per cui rispetto al passato, diventa ancora più importante organizzare reti di assistenza multidisciplinari, in grado di offrire interventi integrati e una razionalizzazione delle risorse. L'insostenibilità della logica del "tutto a tutti" fa sì che si debba provvedere ad una logica di definizione di priorità, affinché la risposta dei servizi diventi flessibile, integrata, collegata alla domanda attesa e a quella rilevata.

Keywords: older, economic crisis, frailty, health organization

SUMMARY

Last years have been dominated by the deep economic crisis which has affected several nations worldwide with a strong impact on lives of individuals, families and communities. The adverse health effects seem to be mainly induced by two factors: the health care budget reductions and social welfare cuts, which primarily hit the vulnerable sections of the society, such as elderly. The risks are those of an higher morbidity, mortality and institutionalization; for that reason organizing multidisciplinary care networks becomes more important than it was in the past, in order to provide integrated health service interventions and in order to rationalize the resources. Since the unsustainability of "everything for everyone", it becomes compulsory to provide a definition of priorities, so that the health interventions become flexible, integrated, linked to the expected and observed demand.

Corporeità e decorporeizzazione.

Il corpo vissuto dell'anziano

Corporeity and decorporeity: the elderly lived body

Francesco Scotti

Parole chiave: corpo vissuto, alienazione consumistica del corpo, anziano.

RIASSUNTO

Obiettivi: comprendere il vissuto che l'anziano ha del proprio corpo, descrivere il cambiamento subito dalle potenzialità della vita nella terza età e quali vincoli sociali e culturali impediscano il loro pieno dispiegarsi. *Metodologia:* a partire dall'uso e del vissuto della corporeità nella nostra cultura, percorrere le tappe attraverso cui l'alienazione del corpo come oggetto di consumo influenza negativamente soprattutto la vita degli anziani.

Risultati: si mettono in evidenza i punti di svolta del processo di impoverimento del vissuto corporeo dell'anziano quali possibili situazioni in cui l'intervento potrebbe modificare per tempo il destino sfavorevole di una frazione sempre più consistente della popolazione.

Keywords: lived body, consumer alienation of the body, elderly.

SUMMARY

Objectives: the aim of the paper is to understand how the elderly experience his own body and to describe the change of the life in old age and which social and cultural influences can affect negatively this experience.

Method: going through the stages from the use and experience of the body in our culture, to the body alienation as an object of consumer and how this can negatively affect the life of the elderly.

Results: the paper underlines the stages of the process of impoverishment of body experiences in the elderly and suitable action that can be taken to change the unfavorable destiny of the growing part of the population.

Le politiche per gli anziani basate sull'evidenza: la prospettiva del corso della vita

The evidence-based policies for the elderly: the lifetime perspective

Guido Giarelli

Professore associato di Sociologia generale e della salute, Dipartimento di Scienze della salute, Università "Magna Græcia", Catanzaro

Parole-chiave: corso della vita, politiche per anziani, evidenza, invecchiamento sano e attivo

RIASSUNTO

Obiettivi: una politica per gli anziani fondata sulle evidenze deve possedere anzitutto una *vision* strategica scientificamente fondata: la prospettiva interdisciplinare emergente del corso della vita è in grado di offrire tale *vision* per politiche sociali e sanitarie che intendano operare nei confronti degli anziani in una logica preventiva e promozionale, anziché meramente curativa o riparatoria.

Metodologia: complessità del reale, divergenze di valori e incertezza rendono comunque alquanto complesso il rapporto fra scelte politiche ed evidenze scientifiche.

Risultati: se una politica per gli anziani fondata sull'evidenza rimane quindi ancora più un'aspirazione che non un risultato acquisito, è possibile comunque individuare alcune strategie, metodologie e strumenti che consentano nel prossimo futuro di rendere davvero praticabile e fondata sulle evidenze una politica per l'invecchiamento sano e attivo.

Key-words: lifetime, elderly policies, evidence, active and healthy aging

SUMMARY

Objectives: an evidence-based policy for the elderly must possess above all a scientifically founded strategic vision: the emerging interdisciplinary perspective of the life course is able to offer such a vision for health and social policies that intend to operate for the elderly with a preventive and promotional rationale, rather than with a purely curative or restorative one.

Method: complexity of the reality, differences of values and uncertainty make quite complex, however, the relationship between policy choices and scientific evidences.

Results: if an evidence-based policy for the elderly remains therefore more an aspiration than an outcome, we can find anyway some strategies, methodologies and tools to allow in the near future to really make it viable and evidence-based a policy for healthy and active aging.

Condizione anziana e lavoro privato di cura: elementi storici e prospettive future

Elderly condition and private care work: historical elements and future prospects

Marco Cerri

sociologo, formatore e consulente

Parole chiave: senilizzazione, lavoro di cura privato, lavoro servile

RIASSUNTO

In questo articolo si indaga come i bisogni di assistenza delle famiglie italiane, connessi al crescente processo di senilizzazione della popolazione, abbiano trovato una risposta significativa nell'ampia disponibilità di forza lavoro femminile migrante. Si è trattato di un processo spontaneo autoregolato che ha confermato la cultura familistica e privata del nostro welfare. Nelle nostre case si sono sviluppati complessi processi produttivi e relazionali improntati a codici servili: spesso sincera dedizione, condivisione e intimità affettiva convivono con incomprensioni, ricatti emotivi, conflitti.

La profonda crisi economica degli ultimi anni sta cambiando lo scenario: se da una parte le aspettative della nuova generazione di donne migranti stanno orientandosi verso prestazioni lavorative meno totalizzanti rispetto alla presenza 24 ore su 24, dall'altra sempre più donne italiane sono presenti nel mercato del lavoro di cura privato. Nell'ultimo paragrafo di questo articolo si avanzano ipotesi sul prossimo futuro, quando la numerosa generazione dei baby boomers diventerà anziana.

Key words: aging of society, care work, servile work

SUMMARY

In this paper Italian families assistance needs are examined. These needs are due to the growing ageing process of the population and a very important response in the great availability of workforce by migrant women is found. This natural and self-adjusted process confirmed the family-based and private culture of the Italian welfare. Based on servile codes productive and relational complex processes have been developed in our homes: genuine dedication, sharing and affective intimacy often coexist with misunderstandings, emotional blackmails, conflicts.

The recent deep economic crisis has changed the scenario: on one side aspirations of the migrant women new generation are addressed to less intense jobs (no more twenty-four hours a day employment), on the other side an increasing number of Italian women is on the private care labour market. Hypothesis about the near future when the baby boomers generation will get old are presented in the last paragraph of this paper.

Per una mappatura dei servizi per l'Alzheimer: l'esperienza umbra tra offerte territoriali e bisogni

Mapping Alzheimer's services: the Umbria experience between local deals and needs

Carlotta Bagaglia, Chiara Polcri

Carlotta Bagaglia

Antropologa, ricercatrice, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

Chiara Polcri

Antropologa, ricercatrice, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

Parole chiave: Alzheimer, Umbria, mappatura, servizi dedicati

RIASSUNTO

Obiettivo: con questo contributo si intende restituire i principali esiti di un progetto di mappatura, promosso dalla Regione Umbria e realizzato dalla Fondazione Angelo Celli (Perugia), il cui obiettivo è stato quello di disporre di un quadro complessivo delle strutture che in Umbria si occupano di diagnosi, cura e assistenza a soggetti colpiti da Alzheimer. A tale proposito sono stati esaminati sia i servizi socio-sanitari prevalentemente dedicati a malati di Alzheimer (Centri di valutazione, Centri diurni Alzheimer, Laboratori di stimolazione cognitiva, Servizi forniti dall'associazionismo), sia quelle strutture che, pur non essendo direttamente preposte a tale patologia, si trovano comunque ad accogliere questo tipo di utenza (Residenze protette, Residenze sanitarie assistenziali e Centri diurni anziani).

Metodologia: per ciascuna tipologia di servizio sono stati messi a punto specifici questionari attraverso i quali sono stati rilevati dati relativi all'utenza, con approfondimenti specifici sui pazienti con Alzheimer, e indicazioni circa le caratteristiche del servizio non solo in riferimento agli utenti ma anche ai loro caregiver (indagando la presenza di attività ad essi dedicati in termini di valutazione dello stress e sostegno psicologico). Sono state raccolte inoltre opinioni rispetto a suggerimenti, eventuali difficoltà incontrate con i malati di Alzheimer e peculiarità specifiche del servizio.

Risultati: la mappatura ha messo in luce una notevole eterogeneità dei servizi offerti, della loro organizzazione e della loro distribuzione nel territorio (in particolare in relazione ai Centri di valutazione), evidenziando la ricchezza che caratterizza la regione Umbria, ma anche la disomogeneità delle sue offerte territoriali. Sono apparse, inoltre, prioritarie alcune principali questioni quali la necessità di attivare specifici percorsi formativi per il personale impiegato nelle strutture e il bisogno di implementare e/o rafforzare la rete dei servizi per l'Alzheimer formalizzando percorsi che definiscano un sistema di presa in carico complesso. A tale proposito, questo progetto di mappatura ha rappresentato la fase iniziale di un processo già attivato dalla Regione Umbria per l'individuazione di strategie condivise tra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti nell'esperienza dell'Alzheimer e la definizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale di livello regionale.

Key words: Alzheimer, Umbria, mapping, dedicated services

SUMMARY

Objectives: this paper is aimed at showing the main outcomes of the mapping project promoted by Umbria Region and carried out by Fondazione Angelo Celli (Perugia), whose purpose was to get a framework of the services located in Umbria that carry out diagnosis, therapy and care for people affected by the

Alzheimer's disease. For this purpose, both the health and social services mainly addressed to the people affected by the Alzheimer's disease (Assessment centres, Alzheimer daily centres, Cognitive stimulation laboratories, and those provided by non profit organizations and those services that – despite not being focused on the Alzheimer's disease – take care of patients affected by the Alzheimer's disease (Residential homes with permanent hospitalization and Residential homes with short hospitalization, Daily centres for the elderly) have been reviewed.

Methods: a specific questionnaire for each service allowed to collect information related to the users, with a focus on the patients affected by the Alzheimer's disease, and informations about the service as regards both the users and their caregivers (focusing on the activities dedicated to them, such as stress evaluation and psychological support). Suggestions from the health workers have been collected in order to improve the service and understand the main needs as well as the features of the service.

Results: the mapping has shown a significant diversity in the services provided, their organization and distribution in the region (particularly as regards the Assessment centres), highlighting the richness and diversity of the services provided in the Umbria Region. Issues such as the necessity to plan specific training courses for the workers and the need to implement and/or strengthen the network of services devoted to the Alzheimer's disease - thus formalizing pathways that define a complex take in care system - have appeared to be critical. With this regard, this mapping project has represented the beginning of a process already started by Umbria Region in order to find strategies shared with all the subjects involved in the Alzheimer's disease experience and in the definition of a regional pathway of care.

Le indagini PASSI d'Argento per interventi di promozione della salute nell'anziano

PASSI d'Argento surveys for health promotion actions for the elderly

Letizia Damiani, Ubaldo Bicchielli, Marco Cristofori

Letizia Damiani

scuola di Specializzazione in igiene e medicina preventiva, Università degli studi di Perugia

Ubaldo Bicchielli, Marco Cristofori

AUSL Umbria 2, U.O. Epidemiologia e promozione della salute

Parole chiave: invecchiamento attivo, sorveglianza, promozione della salute

RIASSUNTO

Obiettivi: costruire mediante Il Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento, insieme ad altri sistemi di rilevazione dati tramite analisi di tipo epidemiologico (descrittiva e di associazione complessa e multivariata) indicatori socio-sanitari e di profili di salute e di rischio della popolazione anziana.

Metodi: le informazioni fornite dal sistema di sorveglianza sono state utilizzate per una serie di analisi di tipo descrittivo poi verificate (per confondimento ed interazione) con analisi di regressione logistica multivariata. Il tutto è stato utilizzato per individuare i principali determinanti modificabili di salute su cui mettere in atto azioni di promozione della salute.

Risultati: descrivere il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, le sue caratteristiche, le peculiarità che lo rendono un prerequisito indispensabile per qualsiasi progetto in promozione della salute ha permesso di individuare alcuni determinanti modificabili dello stato di salute psico – fisica dell'anziano con la messa in

atto di alcune esperienze di promozione del "benessere" e della salute nelle persone con più di sessantaquattro anni. (gruppi di cammino, attività motoria adattata, promozione sociale di alcune attività ecc.)

Conclusioni: le informazioni dell'ultima indagine PASSI d'Argento del 2012 devono diventare la base per la stesura del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e di conseguenza dei rispettivi Piani Regionali, riguardante la condizione socio-sanitaria degli anziani, ma anche una forte motivazione per la programmazione, a tutti i livelli, dello sviluppo delle competenze, sia organizzative che professionali, riguardanti la progettazione ed attuazione della promozione della salute.

Key word: active aging, surveillance, health promotion

SUMMARY

Objectives: build through the Surveillance System Passi d'Argento, along with other data collection systems, through epidemiological analysis (descriptive and association complex and multivariate) and social indicators health profiles and risk of the elderly population.

Method: the information provided by the monitoring system has been used for a number of descriptive analysis and then verified (for confounding and interaction) with multivariate logistic regression analysis. Everything has been used to identify major modifiable determinants of health to implement actions to promote health.

Results: describe the Passi d'Argento surveillance system, its characteristics and peculiarities that make it an indispensable prerequisite for any project in health promotion has allowed us to identify any modifiable determinants of health status psycho - physical with the Elder implementation of some of the experiences of promoting "wellness" and health in people over sixty-four years. (groups of walking, adapted physical activity, social promotion of certain activities etc.).

Conclusions: the information of PASSI d'Argento surveillance system 2012 should become the basis for the drafting of the new National Prevention Plan 2014-2018 and as a result of their Regional Plans concerning the socio-health conditions of the elderly, but also a strong motivation for programming at all levels, development of skills, both organizational and professional, regarding the design and implementation of health promotion.

La mappatura della fragilità. Un'esperienza di proattiva e sistematica intercettazione dei bisogni assistenziali inespressi dagli anziani in un distretto della "Bassa Friulana"

Fragility mapping. An experience of proactive and systematic interception of unexpressed care needs by the elderly in a "Lower Friuli" district.

Luciano Pletti, Marta Pordenon, Dina Pecini, Mauro Prati, Giuseppe Tellini, Cristina Zanon, Simonetta Giolo

Luciano Pletti
direttore Distretto Est A.S.S. n. 5 "Bassa Friulana"

Marta Pordenon
referente infermieristica di struttura operativa, Distretto Est

Dina Pecini
coordinatrice Servizio infermieristico domiciliare, Distretto Est

Mauro Prati
medico di distretto

Giuseppe Tellini
medico di Medicina generale e Assessore Comune di Palmanova

Cristina Zanon
infermiere di comunità di Palmanova

Simonetta Giolo
infermiera del P.U.A., Distretto Est

Parole chiave: anziano, fragilità, PRISMA 7, indice di vecchiaia, screening, proattivo, prevenzione.

RIASSUNTO

Il tema dello screening proattivo della fragilità nell'anziano si caratterizza come una delle sfide principali per la sostenibilità dei servizi sociosanitari nei Paesi ad elevata presenza di anziani tra la popolazione.

Obiettivi: il progetto "Nautilus" ha avuto come obiettivo l'emersione e la creazione di una mappa della fragilità tramite l'utilizzo di uno strumento semplice e validato a livello internazionale (scheda PRISMA 7) relativamente alla popolazione ultrasettantacinquenne del comune di Palmanova (UD) caratterizzato da elevati indici di vecchiaia (213,4) e di dipendenza strutturale (58,8).

Metodologia: a partire dall'ottobre del 2011 sono state inviate tramite servizio postale 545 schede PRISMA 7 ad altrettanti cittadini con età ≥ 75 anni residenti nel Comune di Palmanova. Successivamente è stata condotta una stratificazione in classi di fragilità ed effettuata una valutazione multidimensionale (VMD) tramite scheda ValGraf FVG-versione domiciliare essenziale 2012 tra coloro che sono stati individuati come a rischio di fragilità.

Risultati: 321 utenti (58,8%) hanno risposto autonomamente. Per altri 102 anziani è stata condotta una rilevazione al domicilio da parte di volontari della Croce Rossa Italiana opportunamente addestrati. Le persone che non hanno partecipato sono state 115. In base ai risultati della scheda gli anziani sono stati suddivisi in classi di fragilità dalla 1 alla 7. Sono stati considerati a rischio di fragilità i soggetti dalla classe 4, compresa, in poi (169, 38,32%). Per 53 utenti appartenenti alle classi 6 e 7 è stata effettuata una valutazione multidimensionale (VMD) al fine di creare la mappa della fragilità e dei bisogni.

Conclusioni: lo studio ha consentito la presa in carico proattiva di soggetti anziani non noti in precedenza ai servizi sociosanitari territoriali e che sono stati avviati a specifici programmi di prevenzione. E' auspicabile che lo screening della fragilità sia esteso anche ad altre realtà territoriali. Lo strumento PRISMA 7 necessita di una validazione a livello locale. E' opportuno prevedere uno studio prospettico caso-controllo per la definizione dell'efficacia a lungo termine.

Key words: older adult; frailty; PRISMA 7; ageing index; screening, proactive, prevention

SUMMARY

Proactive identification of frailty in the older adults is a key concept when sustainability of welfare state in Countries with high ageing index comes into account.

Objectives: the object of project "Nautilus" was to detect and identify frail elders using a validated tool (PRISMA 7 test) among those people over the age of 75 living in the Municipality of Palmanova, a high ageing index (213,4) and dependency ratio (58,8) area in Italy.

Method: starting from October 2011, 574 people ageing 75 or over and living in the Municipality of

Palmanova, received the PRISMA 7 test at home. On that basis they were then assigned to a specific frailty class. Those who resulted with a high frailty score were then tested with a multidimensional evaluation using ValGraf FVG assessment.

Results: 321 (58,8%) persons spontaneously answered to the questions in the PRISMA 7 test. 102 people received an announced visit at home by volunteers of Italian Red Cross appropriately trained for that task. 115 persons decided not to participate to the study. On the basis of the results from the PRISMA 7 test the older adults were then each assigned to a specific frailty risk class ranging from 1 to 7. We considered with high frailty risk those who were assigned to classes from 4 to 7 (169, 38,32%). For those who fell into class 6 and 7 (53) a multidimensional evaluation using ValGraf FVG assessment was then performed to build a frailty and needs map.

Conclusions: this study allowed a proactive identification of frail older adults who were not known before by the territorial healthcare teams. It has been then possible to lead them to specific individual care and prevention programs. We strongly suggest to apply this methodology to a wider area. PRISMA 7 tool needs to be validated on a local basis. Long term efficacy needs to be tested with a case-control study.

Intervento per la prevenzione e cura del sovrappeso - obesità in una popolazione di lavoratori del comune di Napoli *Action for the prevention and treatment of overweight - obesity in a population of employees of the city of Naples*

Giuseppina Muto, Oreste Caporale, Rossella Alfano, Rossella Bellopede, Biagio Nunziata, Carla Novi, Maria Triassi

Giuseppina Muto

*Dottorato di Ricerca in Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie
Università degli Studi di Napoli "Federico II"*

Oreste Caporale, Rossella Alfano, Rossella Bellopede, Biagio Nunziata, Carla Novi
Università degli Studi di Napoli "Federico II", Dipartimento di Sanità Pubblica

Maria Triassi

Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Parole chiave: sorveglianza sanitaria, obesità, promozione della salute

RIASSUNTO

Obiettivi: sovrappeso ed obesità sono ormai da alcuni anni considerati globalmente, in particolare nei paesi occidentali, un problema di Sanità Pubblica con enormi conseguenze a livello sanitario, sociale ed economico. La prevenzione nei luoghi di lavoro e la Sorveglianza Sanitaria, hanno ormai un ruolo consolidato nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali. Scopo del presente lavoro è stato l'implementazione di un sistema di Sorveglianza Nutrizionale integrato nell'ambito delle attività di Sorveglianza Sanitaria dei dipendenti del Comune di Napoli.

Metodologia: nell'anno 2012 hanno partecipato allo studio, su base volontaria, 2191 lavoratori in sovrappeso ed obesità. Durante il primo incontro nell'Ambulatorio di Sorveglianza Nutrizionale sono stati valutati gli esami ematochimici, le misure antropometriche ed effettuato un esame impedenzimetrico con valutazioni della massa grassa, massa magra e stato di idratazione. La compilazione di un questionario sulle abitudini

e sui consumi alimentari dei lavoratori partecipanti allo studio ci ha consentito di valutare lo stato nutrizionale dei pazienti e di elaborare degli schemi dietetici personalizzati per consentire una maggiore compliance alla dieta ed evitare dei drop out.

Risultati: l'analisi dei dati del nostro studio ha sottolineato la necessità di programmi permanenti di promozione della salute nell'ambito delle attività di Sorveglianza Sanitaria già previste per legge, al fine di migliorare l'efficienza del servizio e la presa in carico del paziente ottimizzando la spesa pubblica.

Key words: health surveillance, obesity, health promotion

SUMMARY

Objectives: currently in Western countries overweight and obesity are considered a public health problem with enormous consequences for the health, social and economic. The workplace prevention and the health surveillance play an essential role in the context of national health policies. The aim of this work is the implementation of a nutritional surveillance system integrated into the framework of the activities of the Health Surveillance of employees of the municipality of Naples.

Method: in 2012, 2191 workers affected by overweight and obesity have been voluntary enrolled in our study. During the first medical examination at Nutritional Surveillance Surgery, blood tests and anthropometric measurements were evaluated and workers were subsequently subjected to a impedenziometric examination with assessment of fat mass, lean mass and hydration status. A questionnaire on the habits and food consumption of the workers enrolled in the study allowed us to assess the nutritional status of patients and to establish appropriate dietary patterns customized to set a greater compliance to diet and to avoid drop outs.

Results: analysis of the data of our study pointed out the need for permanent programs of health promotion in the context of health monitoring activities, that are already required by law in order to improve the efficiency of the service and the taking care of the patient by optimizing the public spending.