

QUADERNI EUROPEI SUL NUOVO WELFARE svecchiamento e società

LA TUTELA DELL'ANZIANO

N. 20, Febbraio 2014

Editoriale

Nipoti adolescenti e nonni: la comunicazione intergenerazionale familiare

Memory: il laboratorio della memoria – effetti del racconto autobiografico sulle abilità cognitive delle persone anziane

Episodio di perdita di coscienza di breve durata nell'anziano: difficoltà della diagnosi e ruolo dei farmaci

La valutazione multidimensionale geriatrica

La tutela giuridica dell'anziano nell'ordinamento italiano: profili civilisti e penali

Le differenze di genere alla morte in Italia: evoluzione recente e tendenze in atto

Prelievo di solidarietà a sostegno delle pensioni basse

Inserto speciale – atti del convegno “Una sfida (im)possibile: l'invecchiamento attivo in strutture residenziali” (Napoli, aprile 2013)

A.R.I.S.

Associazione Ricerca Interventi Studi
sull'invecchiamento - Trieste



QUADERNI EUROPEI SUL NUOVO WELFARE - Svecchiamento e società

La serie pubblicata in italiano prende in considerazione temi attuali in Italia e in Europa

Comitato scientifico:

Giuseppina Amadoro, European Brain Research Institute "Rita Levi-Montalcini", Roma

Jérôme Bindé, Membro del Club di Roma, Direttore dell'Ufficio Previsioni dell'UNESCO - Scienze Sociali e Umane, Parigi

Rossana Bussani, Istituto di Anatomia Patologica, Università di Trieste

Raimondo Cagiano de Azevedo, Facoltà di Economia (prof. di Demografia) all'Università "La Sapienza", Roma, Direttore del CIFE (Centro Italiano di Formazione Europea), Roma

Ferruccio Fazio, Direttore Dipartimento Medicina Nucleare, IRCSS - S.Raffaele di Milano, Direttore Istituto Bioimmagini e Fisiologia Molecolare del C.N.R., Milano

Dario Focarelli, Capo Economista ANIA (Associazione Italiana delle Imprese assicuratrici), professore "adjunct" all'Imperial College di Londra, membro del Comitato Scientifico ESRB

Garry Jacobs, Vice Presidente della Mother's Service Society (Pondicherry, India), CEO - Chairman del Consiglio di Amministrazione della World Academy of Art and Science

Patrick Liedtke, Presidente del Silver Workers Institute, Ginevra

Vincenzo Marigliano, Direttore, Dipartimento Scienze dell'Invecchiamento, Università "La Sapienza", Roma

Giovanni Muto, Direttore SC Urologia Ospedaliera San G.Bosco di Torino, Segretario Generale Associazione Urologi Italiani

Nicola Salerno, economista, direttore dell'area "Finanza pubblica e regolazione" del CeRM (Competitività, regolazione e mercati), Roma

Gianfranco Sinagra, Direttore Dipartimento Cardiovascolare Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste, Fellow Società Europea di Cardiologia

Ivo Slaus, Presidente della World Academy of Art and Science (WAAS), Zagabria

Enrico Tongiorgi, coordinatore scientifico del Master Degree in Neuroscience, Direttore del Laboratorio di Neuroanatomia cellulare e molecolare, Università di Trieste - BRAIN, Centro per le Neuroscienze

Sergio Utili, Direttore della Fondazione Alberto Sordi, Roma

Markku Wilenius, Direttore del Centro Finlandese di Ricerche sul Futuro, Turku School of Economics and Business Administration, Turku

Aleksander Zidansek, Segretario Generale della Scuola Internazionale (Postgraduate) Josef Stefan, Lubiana

Editore: Istituto del Rischio, Trieste – Ginevra

Management editoriale: A.R.I.S., Trieste

Direttore Scientifico: prof. Furio Silvestri

Comitato editoriale:

Direttore: **Patrizia Rizzatto** (Trieste)

Membri: **Claudio Bevilacqua** (Trieste), **Mauro Cauzer** (Trieste), **Orio Giarini** (Ginevra), **Elisa de Morpurgo** (Trieste), **Paolo Polacco** (Trieste).

Segretaria di redazione: Martina Rodinis (Trieste)

Indirizzi:

Quaderni Europei sul Nuovo Welfare – edizione italiana

e-mail: quadernieuropei@gmail.com

The Risk Institute – Istituto del Rischio

via della Torretta, 10 – 34121 Trieste – Italy / 53 route de Malagnou – 1208 Geneva – Switzerland

e-mail: orio.giarini@alice.it – risk_institute@genevaassociation.org – www.newwelfare.org

Associazione A.R.I.S. - Associazione Ricerca Interventi Studi sull'invecchiamento

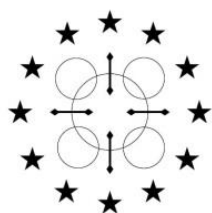
via del Monte, 2 - 34121 Trieste (TS) – Italy - Tel: 040 774363

e-mail: info@associazionearis.com - sito: www.associazionearis.com

Stampa: Tipografia Triestina snc - Via Valdirivo, 30/A – 34132 Trieste – e-mail: info@tipografiatriestina.it

Reg. Trib. TS n. 1101 – 8/3/2005

Copyright The Risk Institute – All Rights Reserved



**QUADERNI EUROPEI
SUL NUOVO WELFARE**
svecchiamento e società

N. 20, Febbraio 2014

LA TUTELA DELL'ANZIANO

Editore
L'ISTITUTO DEL RISCHIO
GINEVRA - TRIESTE
Management Editoriale
A.R.I.S.
ASSOCIAZIONE RICERCA INTERVENTI STUDI SULL'INVECCHIAMENTO
TRIESTE

LA TUTELA DELL'ANZIANO

Editoriale.....	5
NIPOTI ADOLESCENTI E NONNI: LA COMUNICAZIONE INTERGENERAZIONALE FAMILIARE	
di Eleonora Bordon e Laura Bertasini	7
MEMORY: IL LABORATORIO DELLA MEMORIA EFFETTI DEL RACCONTO AUTOBIOGRAFICO SULLE ABILITÀ COGNITIVE DELLE PERSONE ANZIANE	
di Ester Russo.....	20
EPISODIO DI PERDITA DI COSCIENZA DI BREVE DURATA NELL'ANZIANO: LE DIFFICOLTÀ DELLA DIAGNOSI E IL RUOLO DEI FARMACI.	
di Ferdinando Schiavo.....	41
LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA	
Di Lucio Carnevali, Giuseppe Bellelli, Giorgio Annoni	69
LA TUTELA GIURIDICA DELL'ANZIANO NELL'ORDINAMENTO ITALIANO PROFILI CIVILISTICI E PENALI	
di Alberto Polacco e Andrea Polacco.....	76
LE DIFFERENZE DI GENERE ALLA MORTE IN ITALIA: EVOLUZIONE RECENTE E TENDENZE IN ATTO.	
di Carlo Maccheroni – Tiziana Barugola	82
È NECESSARIO CHE IL PRELIEVO DI SOLIDARIETÀ VADA A SOSTEGNO DELLE PENSIONI BASSE, PER EVITARE IL RIGETTO DELLA CORTE COSTITUZIONALE?	
di Nicola C. Salerno	120
GLI AUTORI.....	125
INSERTO SPECIALE	128

Editoriale

di Patrizia Rizzato

Poche righe di introduzione a questo nuovo numero dei Quaderni Europei dedicato al tema della “Tutela dell’anziano”.

E’ un argomento questo di cui si parla molto, sotto molti punti di vista. Abbiamo scelto di offrirvi una panoramica di interventi che portano contributi di diverse discipline: psicologia, medicina, sociologia, economia, diritto.

Il primo articolo ci parla proprio di psicologia, in particolare le dott.sse Eleonora Bordon e Laura Bertasini dell’Università di Padova ci parlano della comunicazione intergenerazionale familiare tra nonni e nipoti adolescenti. E’ una interessante ricerca che si interroga sui cambiamenti avvenuti nelle relazioni fra nonni e nipoti dai primi anni del secolo scorso ai giorni nostri che mette in luce come il ruolo delle persone anziane sia molto più attivo e significativo all’interno delle famiglie rispetto al passato.

La dott.ssa Russo, di Napoli, si occupa, invece, degli effetti stimolanti del racconto autobiografico sulle abilità cognitive dell’anziano istituzionalizzato. Mantenere attivo il cervello è la chiave di volta per continuare a conservare la propria individualità e d autonomia.

Il dott. Schiavo, neurologo, ci offre un approfondimento su che cosa si può nascondere dietro un episodio di perdita di coscienza di breve durata nell’anziano e quale può essere il ruolo dei farmaci nella cura.

Il professor Annoni assieme ai suoi collaboratori ci parla della valutazione multidimensionale geriatrica.

Il prof. Carlo Maccheroni e Tiziana Barugola ci sottopongono un interessante ricerca sociologica sulle differenze di genere alla morte in Italia: le evoluzioni recenti e le tendenze in atto. E’ un intervento che fotografa i cambiamenti del nostro tessuto sociale.

Gli avvocati Andrea e Alberto Polacco ci offrono la possibilità di conoscere come l’anziano è tutelato giuridicamente nell’ordinamento italiano sia per quanto riguarda il profilo civile che penale.

Il dott. Nicola Salerno, sempre molto attivo nelle sue ricerche, ci offre un articolo di grande interesse ed attualità, che riguarda il prelievo di solidarietà' sulle pensioni di alto livello per sostenere quelle basse che già era stato deciso dal governo Monti e poi cassato dalla Corte Costituzionale.

Questo numero 20 ha anche un inserto speciale che è tutta dedicato agli atti del Convegno "Una sfida (im)possibile: l'invecchiamento attivo in strutture residenziali" che si è tenuto a Napoli nell'aprile di questo anno. Anche questo importante argomento rappresenta un modo per tutelare l'anziano, soprattutto quando si trova in situazioni di massima fragilità ed è più esposto ad abusi ed abbandono.

Puntualmente ne pubblichiamo tutti gli interventi. Il ruolo della formazione negli adulti, in particolare quella di adulti non più autosufficienti, sembra proprio essere un volano nel recupero e mantenimento delle capacità residue delle persone.

Buona lettura ed a presto.

NIPOTI ADOLESCENTI E NONNI: LA COMUNICAZIONE INTERGENERAZIONALE FAMILIARE

Grandparents and grandchildren adolescents: the intergenerational family communication.

di Eleonora Bordon e Laura Bertasini

L'allungamento della vita media, il crescente invecchiamento della popolazione e le modificazioni della morfologia familiare hanno contribuito alla maggiore partecipazione della figura del nonno in famiglia: nonni e nipoti adolescenti godono di maggiori probabilità di sviluppare un legame più forte rispetto alle generazioni passate. Lo scopo principale di questa ricerca consiste nell'individuare il punto di vista dei nipoti rispetto al tipo di rapporto che hanno instaurato con i nonni ed osservare eventuali dati significativi attraverso l'incrocio con il sesso. Dai risultati emerge un'immagine positiva della comunicazione tra nonno e nipote e una vicinanza emotiva nonostante e grazie alla non coabitazione, aspetto che sembra favorire l'armonia in famiglia.

Parole Chiave: nonni, nipoti, adolescenti, intergenerazionale, comunicazione.

The increase in life expectancy, the aging population and changes in morphology family have contributed to the increased participation of the figure of grandfather in the family: grandparents and teenagers grandchildren have more likely to develop a stronger bond compared to past generations. The main purpose of this research is to identify the point of view of grandchildren than the type of relationship they have with their grandparents and to observe any significant data through the intersection with sex. It follows a positive image of communication between grandparents and grandchildren, and an emotional closeness with, and despite the non-cohabitation, something that appears to promote harmony in the family.

Keywords: grandparents, grandchildren, teenagers, intergenerational communication.

Nell'attuale società le forme di famiglia sono caratterizzate da variabilità e, tuttavia, si fondano “costantemente a partire da valori che fanno riferimento al passato, alla tradizione, ad antiche norme e a nuovi valori che emergono dai cambiamenti nella coniugalità, nella generatività e nella genitorialità” (Censi, 2008, p. 8). La famiglia è, infatti, lo spazio sociale in cui l'essere umano fa esperienza dell'incontro con l'altro e, attraverso l'altro conosce meglio se stesso e apprende come superare ostacoli e difficoltà. E' nella famiglia che l'uomo impara il “mestiere di vivere”. Nella famiglia si stabiliscono legami la cui complessità dipende dagli intrecci tra i diversi componenti che sono parte di una “struttura affettiva” (Elias, 1982). La pluralità di relazioni che si stabiliscono all'interno del nucleo familiare comprende quella tra coniugi, tra genitori e figli, tra fratelli e tra nipoti e avi. Le nuove modalità di fare famiglia portano a strutture che prevedono la compresenza di più adulti, di reciprocità tra generazioni che danno vita a modelli di famiglia solidale che aiuta i passaggi critici e le situazioni di vulnerabilità (Micheli, 2006). Le relazioni tra generazioni avvengono nella cosiddetta “famiglia lunga” in cui si attua una minore pressione sociale sui tempi del diventare adulti (Buzzi et al., 2002).

Gli scambi, le interazioni, le comunicazioni in famiglia possono essere comprese veramente se non si dimentica che i soggetti che costruiscono la vita quotidiana sono profondamente legati “a monte” in quanto hanno una comune origine e appartenenza.

La famiglia in Italia

È presente un visibile cambiamento del modello italiano di famiglia, che presenta delle peculiarità molto diverse da quella tipica degli altri Paesi europei: nel nostro Paese si riscontrano bassissimi tassi di natalità e legami molto forti, misurati da una più contenuta incidenza di separazioni e divorzi e dalla tendenza dei giovani a lasciare la casa paterna sempre più tardi, nonostante l'indipendenza economica e affettiva (De Sandre et al., 1997; Scabini, Donati, 1998; Cavalli, Galland, 1993; Zanatta, 1997). La rarefazione delle nascite e la riduzione della mortalità hanno avuto come conseguenza una serie di fenomeni che hanno alterato i rapporti tra le generazioni, in particolare il rinvio dell'età al matrimonio e della nascita dei figli, cui hanno fatto seguito la riduzione dell'ampiezza media della famiglia, la frammentazione delle tipologie familiari e l'emergere della "Famiglia Lunga", ossia di quelle famiglie in cui i figli adulti tendono a restare nella casa dei genitori sino ad età patologicamente prolungate (Rossi, Scabini, 2001). La famiglia italiana, quindi, tende a riconfigurarsi come un nucleo composto dai coniugi, entrambi occupati, tra i 40 e i 50 anni, con uno o al massimo due figli (giovani) e tre o quattro nonni di norma

autosufficienti per ancora un buon periodo di tempo. La tipica piramide generazionale, composta da uno o al massimo due nonni, i genitori e più di due figli si va rovesciando (Prandini, 2002).

Dall'indagine "Famiglia e soggetti sociali" (Istat 2003) emerge che i nonni sono circa 11 milioni e 500 mila (quota rimasta immutata dal 1998). Le donne sono più degli uomini (il 37,5% contro il 28,4%), sia perché sono mediamente più giovani dei loro partner e, quindi, diventano nonne prima di loro, sia per effetto della maggiore sopravvivenza femminile. Raramente i nonni abitano insieme ai nipoti (soltanto il 7%) e, generalmente, più le nonne che i nonni (l'8% contro il 5,6%). Il 42,4% dei nonni che hanno i nipoti non coabitanti vede l'unico nipote o quello che abita più vicino quotidianamente e il 38,5% una o più volte la settimana. Altro aspetto interessante è che per i ragazzi italiani avere tanti fratelli e/o sorelle è diventato un "privilegio" riservato a pochi: dal 1998 al 2003 il numero medio di fratelli viventi è sceso da 2,4 a 1,9. Avere nonni viventi nel periodo post adolescenziale non è più una rarità: l'87% delle persone tra i 15 e i 24 anni hanno un nonno vivente. I nuovi nonni sono autonomi abitativamente, solo il 7% coabita, ma il 68% dei nonni vive vicino ai nipoti, nello stesso comune: un nonno su 4 risiede entro un chilometro di distanza dai nipoti. Il 30% dei nonni (Istat, 2003) ha o ha avuto con i nipoti un ruolo stabile e quotidiano di cura.

Nella ridefinizione dei legami familiari va considerata la valenza profonda del legame con i nonni come conseguenza del loro ruolo di supporto genitoriale (e talvolta di sostituzione, specialmente quando i nipoti sono neonati). Nelle dinamiche comunicative esaltano molto spesso il ruolo dei nonni, artefici di un tipo di comunicazione verticale capace di mettere in connessione passato e futuro, di cercare un legame con le origini e di affermare la continuità della tradizione familiare.

La scelta di fare un'indagine sulla comunicazione intrafamiliare riguardante nonni e nipoti adolescenti è dovuta a diversi fattori, primo tra tutti l'allungamento della vita media seguito dal crescente invecchiamento della popolazione che hanno focalizzato l'interesse sulle tematiche della terza età. Lo stesso allungamento della vita media, insieme alla crescita dei divorzi e dei secondi matrimoni, ha dato origine anche a cambiamenti nella morfologia familiare. I nonni cominciano ad essere sempre più presenti e ad avere un ruolo sempre più rilevante nella vita familiare, proprio per questo motivo sembra importante indagare i rapporti tra queste due generazioni che chiudono e aprono la vita familiare.

Si tratta di un'esperienza relazionale relativamente recente, che si pone come fase specifica del ciclo di vita familiare solo a partire dalla seconda metà del secolo scorso: da allora, per la prima volta nella storia, la gran maggioranza degli adulti vive tanto a lungo da conoscere la maggior parte dei propri nipoti (Romano, Cappadozzi,

2002). È interessante mettere in confronto due periodi del ciclo di vita molto lontani, ma allo stesso tempo più vicini di quanto possa sembrare. Si riscontrano, infatti, alcune importanti analogie tra adolescenza e vecchiaia, due fasi molto critiche dell'esistenza in quanto per entrambi si incontrano vissuti e tematiche molto intense, come la morte, il cambiamento e la metamorfosi fisica e mentale. L'incontro tra queste due generazioni, meno affannate, rispetto a quelle che si trovano a vivere il periodo centrale della vita, rende nonni e nipoti affini pur in un ruolo educativo che dà spazio a una relazione profonda che tiene assieme l'affetto verso la propria discendenza e il carico dell'educazione senza una pressante responsabilità. Il genitore che diventa nonno, inoltre, vede compiuto il suo "mandato generazionale" e vede nel nipote la propria vita, la vita del figlio/a che continua e ritiene inestimabile tale esperienza.

Ma ciò che interessa particolarmente è il fatto che i rapporti familiari nel loro diverso esplicarsi restano alla base della rete di relazioni per lungo tempo e sfociano in altre relazioni familiari presenti nell'allargamento delle reti stesse (matrimoni, nascite, ecc.). Si deve sottolineare che i legami familiari, così come quelli tra pari, non devono essere considerati come realtà tra loro in conflitto o in contrapposizione. Tale modello teorico non ha un adeguato sostegno nella ricerca empirica, tanto che entrambi i poli relazionali sono considerati indispensabili per lo sviluppo del soggetto (Polmonari, 1997; Noom, Dekovic, Meens, 1999; Coleman, Hendry, 1990). La famiglia nel suo insieme è considerata un insostituibile sostegno emotivo, informativo ed economico, ma anche una guida per le scelte personali che portano verso il mondo adulto (Scabini, 1995; Bina, Cattelino, Bonino, 2004). Il sostegno genitoriale e quello amicale sono, quindi, le fonti di promozione del benessere psicosociale, una vera e propria rete di salvataggio. Le famiglie allargate, nella maggior parte, è conseguenza dei divorzi, così pure le nuove unioni e si traduce in una moltiplicazione di figure di nonni, tanto che questo stesso ruolo può assumere livelli diversi.

Una nuova configurazione intergenerazionale

In questo nuovo scenario, l'intreccio tra le generazioni ha subito radicali cambiamenti. Il primo riguarda l'accrescimento dei carichi, economici e di cura, che ricadranno sempre più sulle spalle delle esigue leve demografiche quando saranno divenute adulte e anziane. Il secondo è dovuto al cambiamento che rende problematiche e più difficili da praticare le regole di trasmissione tra le generazioni all'interno delle famiglie al variare della tipologia e della forma familiare, anche queste regole tendono a cambiare (Sgritta, 2002). Per quanto riguarda il problema

dell'accrescimento dei carichi economici e di cura sembra che si stia andando verso una divisione del lavoro tra generazioni: le reti di aiuto e scambio di carattere intergenerazionale permettono di alleggerire la generazione di mezzo dal sovraccarico, spesso insostenibile, di lavoro di cura. Sembra che la nascita di una nuova configurazione intergenerazionale: da un lato la generazione di mezzo aiuta la generazione dei nonni e dei parenti anziani non coabitanti mediante l'accudimento, l'assistenza, l'aiuto in attività domestiche, la compagnia, l'accompagnamento, l'ospitalità e anche per ciò che riguarda le prestazioni sanitarie; dall'altro la generazione dei nonni sostiene quella dei propri figli mediante l'aiuto economico e soprattutto l'assistenza e l'accudimento dei nipoti (Prandini, 2002; Censi, 2008). Nello studio dei reticoli sociali familiari si riscontra all'inizio (quando si forma la neocoppia) una crescita di reticoli che vanno dai genitori alla nuova coppia, con l'invecchiamento dei genitori l'andamento dei reticoli si inverte (Chiesi, 1999). La relazione nonni-nipoti, dunque, svolge una funzione molto importante nella rete dei rapporti familiari e nel sistema di scambi che avvengono nella famiglia, sia per il legame affettivo che si instaura tra di loro sia per il ruolo che le generazioni più anziane svolgono nell'accudimento e nella cura delle nuove generazioni. Nonni e nipoti sono le figure posizionate all'inizio e al termine della catena generazionale e paiono saldarsi in una configurazione relazionale che non ha l'eguale in epoche passate (Sgritta, 2002b).

La ricerca

Per conseguire lo scopo di questa indagine è stato costruito un questionario facendo riferimento ad alcune indagini: Di Nicola (2002); Prandini (2002), Romano e Cappadozzi (2002); Sgritta (2002a); Istat (2003); Mantovani (2005); Tessarolo, Gaddi, Nardi (2006). Si tratta di un questionario self-report con sole domande chiuse, composto di 30 item (dicotomici e Likert a 5 intervalli), che si propone di indagare il tipo di rapporto e di comunicazione che l'adolescente afferma di avere con i propri nonni attraverso domande mirate a conoscere:

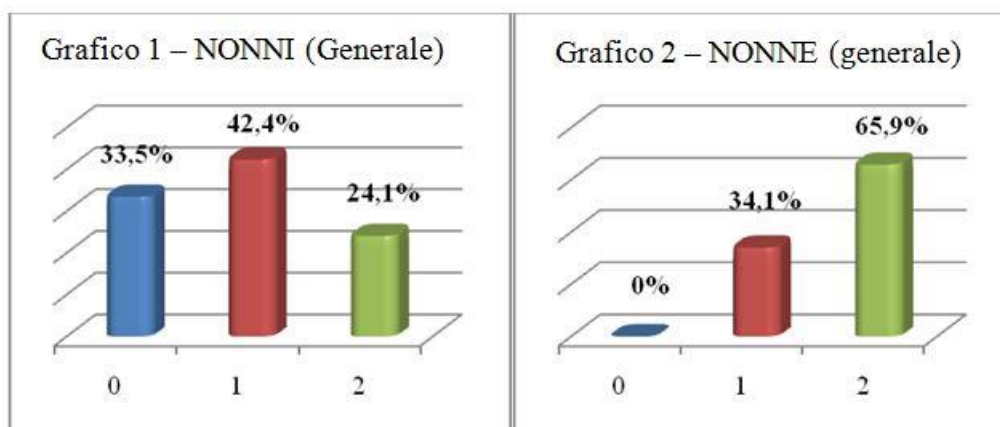
- la vicinanza / lontananza fisica con i nonni;
- la quantità di tempo trascorso insieme;
- il tipo di legame e il desiderio o meno di incontro;
- il motivo degli incontri;
- il tipo di comunicazione;
- le differenze e gli scambi culturali;
- l'esperienza della morte di un nonno.

Dai dati raccolti sono state rilevate le frequenze o le medie e sono stati applicati i test del chi quadrato e della t di Student (per confrontare le risposte dei maschi e delle femmine) e, dove necessario, è stata effettuata l'analisi log lineare.

All'indagine hanno partecipato 178 studenti delle scuole medie superiori di Verona e Provincia, di età media compresa tra 15 e 16 anni¹. La maggioranza dei soggetti intervistati è di sesso maschile (55,6%) e l'83,7% ha fratelli, in particolare un solo fratello (54%). Le professioni dei genitori più rappresentate permettono di inserire i soggetti nella classe medio-bassa: il padre nel 33,1% dei casi ha un lavoro dipendente e la madre fa prevalentemente la casalinga (32,8%).

Presenza dei nonni nella vita dei nipoti

Come si può vedere dai grafici 1 e 2 la maggior parte dei ragazzi/e ha almeno un nonno e tutti almeno una nonna.

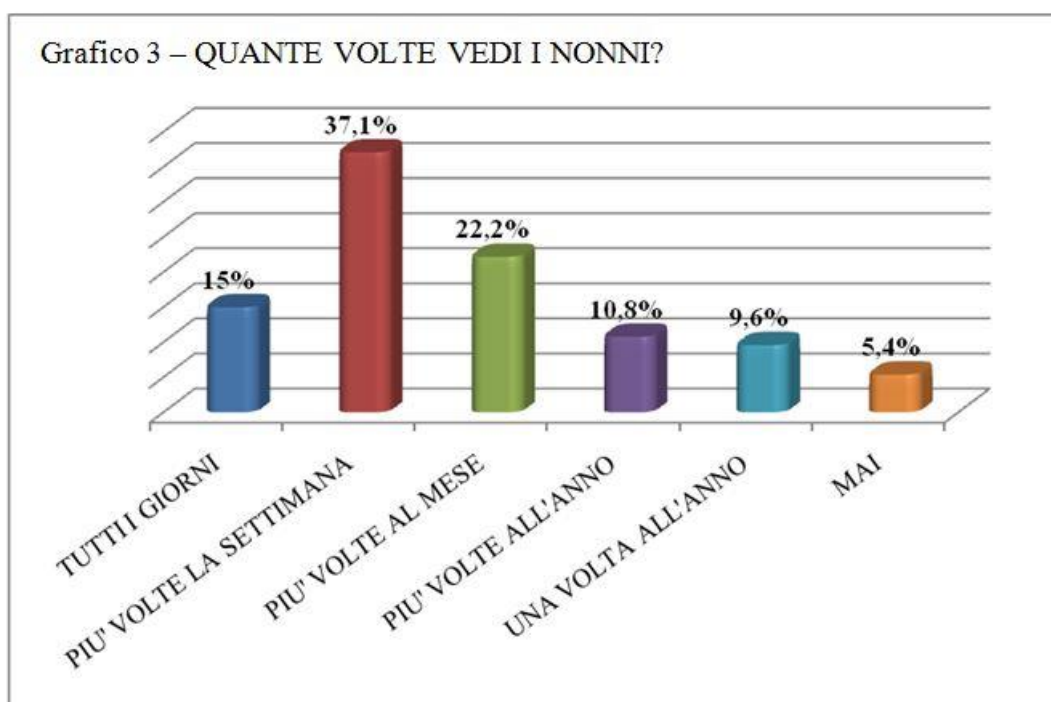


L'età Media dei nonni è di 74,65 anni (d.s. 6,73); delle nonne di 73,88 anni (d.s. 7,13), mentre l'età Media dei bisnonni è di 87,7 anni (d.s. 6,25). L'87,6% dei soggetti non ha alcun bisnonno, l'8,8% ne ha uno, il 2,4% due, mentre l'1,2% ne ha da quattro in su. In sintesi si può affermare che la maggioranza degli intervistati ha nonni (96%), in particolare un nonno (42,4%) di età compresa tra i 74 e i 75 anni e due nonne (65,9%) di età compresa tra i 73 e i 74 anni: le nonne sono più numerose dei nonni.

¹ Gli istituti implicati nella ricerca sono stati il Liceo Socio-Psico-Pedagogico "C. Montanari" (N=41), l'Istituto Tecnico Industriale "G. Ferraris" (N=46), il Liceo classico "G. Cotta" (N=51) e la Scuola di Formazione Professionale "CFP" (40).

Il 90,4% dei nonni vive nella propria casa, il 6% abita nella stessa casa dei nipoti (e quindi in casa dei figli) e il 3,6% in “altri luoghi”.

La non coabitazione, tuttavia, non preclude il rapporto nonni nipoti, come si può notare dal grafico 3 il 37,2% di nonni e nipoti non coabitanti si vedono più volte la settimana e il 15% addirittura “tutti i giorni”. Certamente il sentimento di unione è più forte nei ragazzi/e che abitano con i nonni, infatti, quando i nonni vivono con i nipoti, questi ultimi dichiarano di sentirsi “molto uniti” e di parlarsi “spesso” (76,5%), mentre nonni e nipoti che non vivono assieme si sentono “molto uniti” nel 50,6% dei casi; il 29,5% afferma di vedere i nonni poco ma di avere un buon rapporto con loro; il 10,2% afferma di vederli poco ma di essere, comunque, molto uniti. Anche queste ultime percentuali non sono trascurabili. Ad esse si deve aggiungere il 9,6% di soggetti che affermano di vedere “spesso” i nonni, ma di non sentirsi uniti.



Il legame che si instaura tra nonni e nipoti è generalmente molto buono, il 29,5% anche se vede poco i nonni ha con loro un legame forte e il legame debole pur vedendoli spesso è del 9,6%. Inoltre si può rilevare che “Li vedo poco e ho un legame debole” (10,2%) corrisponde al non vedere mai i nonni sommato, in parte, al “vederli raramente”.

Comunicazione con i nonni e trasmissione culturale

Il canale di comunicazione privilegiato per comunicare con i nonni è l'incontro diretto, più per i maschi ($p=0.001$), seguito dal telefono e quindi dal cellulare. La lettera non è quasi per nulla utilizzata. Per quanto riguarda la lingua usata i ragazzi/e pensano di avere un linguaggio molto simile a quello dei nonni (52%) e di utilizzare nei colloqui sia il dialetto sia in italiano (42,6%).

Osservando i dati riportati nella tabella 1 si può osservare che i nipoti adolescenti si rivolgono ai loro nonni prevalentemente per chiacchierare e per motivi pratici. Per quanto riguarda l'item "motivi economici, si riscontra diversità statistica: i maschi considerano più delle femmine i contatti con scopi economico ($p = 0.020$).

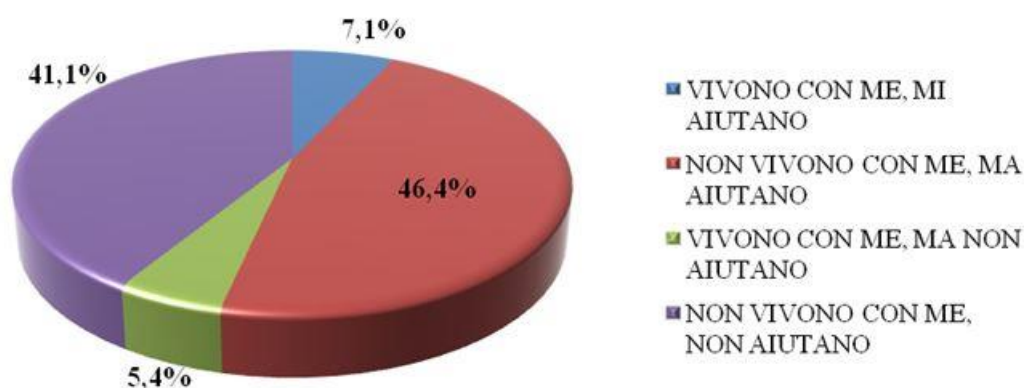
Tabella 1 - Motivi per cui ti rivolgi ai nonni

	MEDIA	d.s.
a) Chiedere Consigli	2,3	1,07
b) Motivi Affettivi	2,4	1,21
c) Motivi Pratici	2,8	1,21
d) Motivi Economici	1,9	1,14
e) Chiacchierare	3,8	1,27

Alla domanda su quanto i ragazzi si sentono "complici" con i propri nonni si rileva che il 68,3% risponde affermativamente e le femmine si sentono più complici rispetto ai maschi ($p=0.003$). Il 41,1% risponde di non sentirsi complici perché vivendo i nonni fuori casa non possono aiutare. Il 7,1% dei nipoti afferma che i nonni che vivono in casa con loro aiuta li aiuta, mentre il 5,4% afferma che pur vivendo in casa con loro i nonni non li aiutano.

La maggioranza dei nonni non coabitanti prende le difese dei loro nipoti (46,4%) nelle discussioni con i genitori. Mediamente gli adolescenti si sentono abbastanza/molto compresi dai nonni i quali, nonostante le differenze culturali, riescono a comprendere e accettare i punti di vista della generazione dei nipoti (50,9%). Sembra che i nipoti considerino le differenze culturali esistenti tra loro e i nonni poco marcate. Inoltre si deve sottolineare che gli intervistati dichiarano di contattare i nonni di propria iniziativa ("Perché lo desidero io" 77%) e che si sentono abbastanza/molto soddisfatti delle loro risposte (Grafico 4).

Grafico 4 – I NONNI PRENDONO LE TUE DIFESE CON I GENITORI?



Scambi tra generazioni

I ragazzi ricevono regali (90,6%) dai propri nonni, in particolare ricevono soldi (70,3%): è usanza, dunque, lo scambio di regali monetari più che di doni materiali. “Il nonno può essere per il nipote una periodica fonte di sorprese e questo può essere possibile sia quando convive con lui nella sua stessa abitazione (...) sia quando abita in un altro posto” (Setter, 2009, p. 172).

È stato chiesto ai ragazzi cosa insegnano ai loro nonni ("Nuove Tecnologie", "Materie Scolastiche", "Nuovi punti di vista") e cosa i nonni insegnano loro ("Lavori domestici", "Materie Scolastiche", "Punti di vista della loro generazione"). Nel primo caso, calcolando i punteggi medi, emerge che i ragazzi insegnano ai loro nonni maggiormente "Nuove tecnologie" seguite da "Nuovi punti di vista sulla vita quotidiana", infine "Materie scolastiche".

I nonni, invece, insegnano ai loro nipoti i "Punti di vista della loro generazione", seguiti dai "Lavori domestici (cucina, bricolage, ...)" e, infine, "Materie scolastiche". Risultano diversità statisticamente significative tra maschi e femmine, in particolare i maschi affermano che i nonni insegnano loro Materie scolastiche ($p= 0.027$) in misura superiore rispetto alle femmine.

Si è voluto, inoltre, indagare anche sulla curiosità dei ragazzi rispetto al passato dei loro nonni (81,9%), ma anche dei loro genitori attraverso i racconti dei propri nonni. Emerge un dato significativo per quanto riguarda la curiosità dei ragazzi nei confronti della vita dei nonni: le femmine chiedono informazioni su questo aspetto in misura

significativamente superiore rispetto ai maschi ($p = 0.036$). Il 19,7% dei ragazzi/e chiede “spesso” informazioni sui propri genitori quand’erano bambini (i maschi più delle femmine per $p=0.000$); le chiede, invece, “qualche volta” il 43,9%.

L’ultimo quesito è stato rivolto all’esperienza che gli adolescenti intervistati hanno vissuto per la morte di un nonno (66,5%) e di come tale esperienza è stata vissuta. Il 56,4% ha dichiarato di avere vissuto questo evento in modo molto triste e doloroso (56,4%). Alcuni hanno scelto di rispondere "Non ricordo, ero troppo piccolo/a", altri “È stata un'esperienza poco toccante, non conoscevo bene mio/a nonno/a", altri ancora hanno preferito specificare ulteriormente la loro esperienza per diverse ragioni, come ad esempio per accentuare il concetto di tristezza ("Era come una seconda madre"), o per specificare che la loro sofferenza era piuttosto legata a quella dei loro genitori (“È stato più doloroso vedere i miei soffrire”) o ancora per giustificare un coinvolgimento non troppo intenso ("Non avevo un rapporto stretto", "Non è cambiato molto nella mia vita"; etc.).

Conclusioni

In una ricerca di Censi effettuata su autobiografie emergono due manifestazioni dei legami con i nonni: la prima paritaria fondata su confidenza e spontaneità; la seconda più rara fa emergere legami caratterizzati da autorità e conflittualità (Censi, 2008, p. 22).

Emerge come significativo il dato secondo il quale i nonni coabitanti non aiutano i nipoti in caso di discussione in famiglia; questo molto probabilmente, è dovuto al fatto che i nonni coabitanti tendono a non intromettersi nell'ambito educativo dei figli proprio per evitare uno scontro diretto con loro, mentre i nonni non coabitanti probabilmente percepiscono una maggiore libertà di opinione, in quanto liberi dal vincolo della coabitazione. Sembra confermato dunque che "il rapporto nonni-nipoti assume significati e sfaccettature particolari se entrambi vivono all'interno della stessa famiglia" (Romano, Cappadozzi; 2002). Per il buon vivere assieme ci deve essere accordo tra nonni e genitori per l’atmosfera educativa. I nonni devono essere una presenza non intrusiva (Petter, 2009).

In particolare i nonni conviventi possono rappresentare un punto di riferimento positivo tramite il quale avviene la trasmissione intergenerazionale dei “miti” familiari. I nonni diventano depositari del romanzo familiare (Vegetti Finzi, 1992).

Risorsa chiave dell’organizzazione familiare (Censi, 2008) è la nonna, specialmente quella materna, attorno alla quale ruoterebbe il legame tra le generazioni, ma anche la

mediazione educativa tra gli stili di vita dei genitori e quello dei figli. Lo stile di vita è il punto più problematico, quello che più crea problemi con i propri nonni.

Essere nonni è sempre meno uno status definitivo e sempre più una scelta (Ferland, 2009). Sono le congiunture che si presentano nella vita contemporanea che obbliga a scegliere “come” si desidera essere nonni sia dentro che oltre il legame genetico. Anche i nipoti, specialmente se già cresciuti, devono scegliere le modalità di interazione con i nonni.

Alla luce di quanto emerso da questa indagine, sembra che il legame tra nonni e nipoti adolescenti possa davvero essere più forte rispetto a quello dei primi del '900: tutti i mutamenti che hanno riguardato la mortalità, la fecondità, la mobilità sul territorio, le comunicazioni, il tempo di lavoro, il pensionamento, lo stato sociale e gli standard di vita hanno contribuito a modificare l'esperienza di essere nonni rispetto alla prima metà del secolo scorso, periodo nel quale i ragazzi instauravano più un rapporto caratterizzato dal rispetto e da un certo distacco sul piano emotivo (Prandini 2002; Tamanza, 2001; 2006) . Oggi i ragazzi sembrano desiderare uno scambio sia sul piano comunicativo sia sul piano affettivo con i propri nonni: le frequenti visite volute in prima persona mettono in luce il desiderio di avere un legame stabile, e gli scambi comunicativi riflettono la volontà di mettere in discussione due punti di vista generazionali tra loro molto diversi ma per entrambe le parti degni di interesse e di scambio reciproco. I ragazzi infatti ascoltano volentieri storie e punti di vista di una generazione molto lontana dalla loro, ma anche i nonni sembrano proiettati verso un arricchimento culturale: l'utilizzo delle nuove tecnologie, aspetto inedito e peculiare di questa generazione, è motivo di curiosità e di interesse per i nonni.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bina, M., Cattelino, E., Bonino S. (2004). Il ruolo delle relazioni con i coetanei e i genitori nella promozione del benessere psicologico degli adolescenti, *Età Evolutiva*, 79,43-52.
- Buzzi, C., Cavalli, A., De Lillo, A. (2002). *Giovani del nuovo secolo. Indagine sulla condizione giovanile in Italia*. Bologna: il Mulino. ...
- Censi, A. (2008). *Famiglie e giovani. Esperienze, immagini e memoria*. Milano: FrancoAngeli.
- Chiesi, A.M. (1999). *L'analisi dei reticoli*. Milano: FrancoAngeli.
- Coleman, J.C., Hendry, L.B. (1990). *The nature of adolescence*. London: Routledge.
- De Sandre, P., Onagro, F., Rettaroli, R., Salvini, S., (1997). *Matrimonio e figli: tra rinvio e rinuncia*, il Mulino, Bologna.
- Di Nicola, P. (2008). *Famiglia: sostantivo plurale*, FrancoAngeli, Milano
- Elias, N. (1982). *Il processo di civilizzazione*, Il Mulino, Bologna
- Ferland, F. (2009). *Essere nonni oggi e domani*. Milano: San Paolo.
- Galland, O. (1993). *Che cos'è la gioventù*. In Cavalli A, Galland O, *Senza fretta di crescere. L'ingresso difficile nella vita adulta*, Liguori. Napoli.
- Istat, (2003). *Famiglia e soggetti sociali*, in Istat, *Parentela e reti di solidarietà*. Roma: Istat.
- Mantovani, G. (2005). *L'elefante invisibile. Alla scoperta delle differenze culturali*. Milano: Giunti.
- Micheli, G. A. (2006). *Continuità, discontinuità e rinegoziazioni nei rapporti tra generazioni*, in *Famiglie, Nascite e Politiche Sociali, Atti dei convegni Lincei*, Roma, Bardi, 2006, 367-388.
- Noom, M. J., Dekovic, M., Meens, H.J. (1999). *Autonomy attachment and psychosocial adjustment during adolescence: a double-edged sword?*, *Journal of adolescence*, 22, 771-783.
- Petter, G. (2009). *Per una verde vecchiaia. La terza età e il 'mestiere di nonno'*. Firenze: Giunti.
- Polmonari, A. (1997). a cura di, *Manuale di psicologia dell'adolescenza*, Bologna, Il Mulino.

- Romano, M.C. e Cappadozzi, T. (2002). "Generazioni estreme: nonni e nipoti", in Sgritta, G.B., a cura di, "Il gioco delle generazioni", Milano, Angeli, pp. 179-196.
- Rossi, G. (2012). Famiglia e generazioni, in *La famiglia come intreccio di relazioni: la prospettiva sociologica* (31-58), Vita e pensiero: Milano.
- Scabini, E. (1995). *Psicologia della famiglia. Sviluppo dei legami e trasformazioni sociali*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Scabini, E., Iafrate, R. (2003). *Psicologia dei legami familiari*, Il Mulino, Bologna.
- Scabini, E., Donati, P. (2006). *La famiglia lunga del giovane adulto*. Milano: Vita e Pensiero.
- Sgritta G.B. (2002a), "Contesti istituzionali ed equità intergenerazionale", in Sgritta G.B., a cura di, "Il gioco delle Generazioni", Milano, Angeli, pp. 12-14.
- Sgritta, G.B. (2002b). Dinamiche intergenerazionali e scambi sociali, in Sgritta, G.B., a cura di, "Il gioco delle generazioni", Milano, Angeli, pp. 18-21.
- Tamanza, G. (2001). *Anziani. Rappresentazioni e transizioni dell'ultima età evolutiva*. Milano: FrancoAngeli.
- Tamanza, G. (2006). Cura dell'eredità familiare, in E. Scabini, G. Rossi, *Le parole della Famiglia*. Milano: Vita e Pensiero, pp. 141-153.
- Tessarolo, M., Gaddi, L., Nardi, S. (2006). "La comunicazione dell'adolescente con i propri familiari", "Rivista di Studi Familiari", Vol. 11, N.1, pp. 259-266.
- Vegetti Finzi, S. (1992). *Il romanzo della famiglia. Passioni e ragioni del vivere insieme*. Milano: Mondadori
- Zanatta, A.L. (1997). *Le nuove famiglie*. Bologna: Il Mulino.

MEMORY: IL LABORATORIO DELLA MEMORIA EFFETTI DEL RACCONTO AUTOBIOGRAFICO SULLE ABILITÀ COGNITIVE DELLE PERSONE ANZIANE

di Ester Russo

Introduzione

L'invecchiamento è un periodo della vita dell'uomo che, in base alla prospettiva della Life-Span Psychology (Baltes, 1987), rappresenta una fase di un processo di sviluppo esteso all'intero arco di vita, che comporta non solo cambiamenti fisici, ma anche psicologici e sociali. Infatti, come ogni fase, questo periodo è caratterizzato da modifiche di personalità, cambiamenti negli stili di vita e ridefinizione del proprio ruolo all'interno della società, richiedendo al soggetto una ristrutturazione del proprio senso d'identità e un adattamento alle nuove condizioni poste dall'ambiente esterno. Tutto ciò mette a dura prova le abilità di coping (Lazarus e Folkman, 1984) e la resilienza (Werner e Smith, 1992; Werner 1993) degli anziani, ovvero la capacità di mettere in atto strategie nel tentativo di risolvere situazioni problematiche e di fronteggiare con successo e tenacia eventi stressanti, continuando ad aumentare le proprie risorse e giungere ad una riorganizzazione positiva della vita (Malaguti, 2005). Infatti nonostante le difficoltà e le limitazioni che l'invecchiamento porta con sé, sembra che gli anziani siano capaci di raggiungere alti livelli di benessere psicologico caratterizzato da un buon adattamento dovuto all'utilizzo di strategie di coping centrate sulle emozioni. In questo modo sembrano ridursi i disturbi affettivi e psicologici attraverso un atteggiamento di accettazione della realtà attuale che permette loro di affrontare gli eventi difficoltosi della vita adattandosi con maggiore facilità (Diehl, Coyle e Labouvie-Vief, 1996). Ed è proprio in questo atteggiamento che si colloca la risoluzione del conflitto che caratterizza questa fase dello sviluppo psicosessuale teorizzato da Erikson (Erikson 1984). Infatti l'autore, considerando lo sviluppo un processo articolato in otto fasi che si susseguono lungo tutta la vita di un individuo, definisce la vecchiaia come l'ultimo stadio che vede l'anziano immerso in un lavoro di autovalutazione della propria esperienza di vita. Tutto ciò potrebbe concludersi con un sentimento di soddisfazione per quanto è stato costruito in passato che permetterà di vivere serenamente l'ultima fase della propria esistenza, raggiungendo un senso di integrazione della propria identità. Al contrario, nel caso in cui vi siano numerosi rimorsi, l'anziano potrebbe provare un enorme senso di

disperazione che non gli permetterebbe di raggiungere una condizione di benessere e di adattamento.

In base a tali riflessioni urge superare quegli stereotipi in base ai quali gli anziani rappresenterebbero la porzione passiva della società, poichè questa fase dello sviluppo è dotata di una forte plasticità cognitiva (Baltes 1987) ed attività, che, in vista di un continuo adattamento, si traduce nella capacità di attivare meccanismi compensatori per ottemperare alle difficoltà che l'invecchiamento porta con sé e nella possibilità di continuare ad apprendere. Tale visione trova una sua collocazione all'interno della Life Span Psychology (Baltes 1987) che, come abbiamo precedentemente sottolineato, considera lo sviluppo come un processo esteso all'intero arco di vita, durante il quale ogni sua fase è caratterizzata dalla perdita di alcune abilità, compensate dall'acquisizione di altre nuove. Tutto ciò determina la possibilità di continuare ad apprendere per tutta la vita eliminando una visione pessimistica della vecchiaia caratterizzata non solo da inabilità ma anche dall'esistenza di molte risorse. Sulla base di tali concettualizzazioni Paul e Margaret Baltes (1990) hanno elaborato la *Selective Optimization with Compensation Theory*, secondo la quale durante l'età matura le risorse sono utilizzate per massimizzare i guadagni e soprattutto evitare le perdite, sviluppando così una modalità di controllo su di esse.

Una maggiore descrizione di tali meccanismi deriva dai numerosi studi effettuati in campo neuropsicologico, tesi ad individuare i cambiamenti cognitivi che l'invecchiamento normale comporta. In virtù dell'allungamento della vita e quindi con l'aumentare della popolazione longeva, in tale ambito oltre, ad individuare i cambiamenti fisiologici che si verificano a carico delle diverse strutture cerebrali, sono stati effettuati molti studi volti ad esaminare le funzioni cognitive che risentono di più dell'influenza dell'età, attraverso l'utilizzo di tecniche di risonanza magnetica funzionale (RMNf), che permettono un'individuazione delle aree cerebrali attivate durante l'esecuzione di un determinato compito cognitivo. A tale scopo la maggior parte di questi lavori si sono basati sull'individuazione delle differenze nell'attivazione cerebrale tra i giovani adulti e le persone anziane.

Tali studi hanno evidenziato che durante l'invecchiamento è possibile osservare delle involuzioni a carico di diverse abilità cognitive, le quali però vengono compensate attraverso l'attivazione di funzioni conservate (De Beni, 2009).

Quindi, in sintesi, è possibile affermare che durante l'invecchiamento, nonostante le diverse involuzioni cognitive, è possibile osservare anche una capacità degli anziani ad effettuare una compensazione delle abilità compromesse e la possibilità di poter

conservare le capacità più esercitate (Poderico, 1999). Molte attività del passato dovranno essere abbandonate perché fisiologicamente non potranno essere svolte in modo efficiente, ma questo non comporta un abbandono totale di qualsiasi attività, in quanto l'anziano potrebbe rivolgere il proprio interesse verso compiti che possono essere supportati dalle abilità cognitive residue. Ovviamente come ogni fase dello sviluppo anche l'invecchiamento è multidirezionale in quanto la modalità con cui verranno affrontati i compiti adattivi che questo periodo della vita richiede e i livelli di benessere psicologico raggiunto dipendono molto dalle caratteristiche personali, dalle esperienze di vita individuali e dalle possibilità offerte dall'ambiente circostante (De Beni, 2009).

In seguito a tali riflessioni vi è sempre più la necessità di stimolare politiche di attivazione volte a motivare gli anziani e a dare loro gli strumenti al fine di impiegare al meglio le proprie potenzialità. In quest'ottica di attivazione delle risorse, possedute in misura diversa dai singoli individui in relazione alle proprie esperienze passate, non è possibile supportare una "teoria del disimpegno" (Cumming e Henry 1961), che vede l'invecchiamento come una fase di ritiro dell'anziano dalla vita attiva per rifugiarsi in una sorta di passività. Tale visione infatti sembra basarsi unicamente sulla concezione dell'invecchiamento caratterizzato da cambiamenti involutivi e di perdita dell'efficienza del funzionamento.

Proprio perché l'invecchiamento porta con sé non solo aspetti negativi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sottolineato l'importanza di attivare politiche sociali volte a promuovere un "invecchiamento attivo", inteso come "il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita della popolazione durante l'invecchiamento" unito ad un mantenimento dell'autonomia personale (OMS 2002).

Funzioni cognitive ed invecchiamento

L'invecchiamento cognitivo normale può essere considerato un processo multidirezionale e multicomponenziale, in quanto possono essere riscontrati cambiamenti differenti a seconda dell'individuo e non necessariamente a carico di tutte le capacità mentali. Infatti molte evidenze sperimentali suggeriscono che solo alcune dimensioni cognitive sembrano risentire dell'avanzare dell'età (De Beni 2009), diversamente da quanto si possa riscontrare nell'ambito di determinati quadri psicopatologici (es. demenze).

In generale con il passare del tempo sembra che si verifichi una degenerazione delle **operazioni mentali di base** (Baltes ,1987), che sono caratterizzate unicamente da un'influenza biologica, rispetto ad abilità che invece sono maggiormente determinate dall'esperienza. Infatti studi scientifici hanno mostrato come gli anziani presentino un rallentamento della velocità di processamento delle informazioni (Salthouse 1991), difficoltà a porre attenzione a più compiti contemporaneamente (Sit e Fisk 1999) e decrementi a carico delle funzioni esecutive, che riguardano l'organizzazione delle informazioni, la pianificazione, la capacità di prendere decisioni e di problem-solving (Wecker et al. 2000).

Tali decrementi a carico dei meccanismi cognitivi di base spiegano molte delle difficoltà di memoria che caratterizzano l'invecchiamento normale.

La memoria rappresenta un aspetto importante della nostra cognizione e della nostra esistenza, in quanto su di essa si basa la possibilità di costruire la nostra conoscenza del mondo e la nostra identità. Infatti nella vita di ogni giorno continuamente in ogni azione vengono acquisite nuove informazioni e rievocate conoscenze passate. Tale processo cognitivo per la sua complessità non rappresenta un sistema unitario in quanto a seconda delle caratteristiche temporali, dell'elaborazione richiesta al momento della codifica e del recupero e del tipo di stimolo possiamo distinguere diversi tipi di memorie.

Una prima distinzione viene effettuata tra la memoria a breve termine, memoria di lavoro e a lungo termine. La memoria a breve termine si riferisce ad un sistema che mantiene in maniera implicita piccole quantità di informazioni per un tempo limitato all'esecuzione di un compito. La memoria di lavoro (Baddeley e Hitch 1974) consiste nell'immagazzinare informazioni per un breve tempo ma che sono destinate ad essere elaborate per lo svolgimento di altri compiti. Al contrario la memoria a lungo termine si riferisce ad un sistema in cui vengono immagazzinate informazioni che possono essere recuperate a distanza di molto tempo. A sua volta la memoria a lungo termine viene ulteriormente distinta in memoria dichiarativa e memoria procedurale. La memoria dichiarativa comprende sia la memoria semantica, ovvero la nostra conoscenza del mondo, sia la memoria episodica che corrisponde alla capacità di rievocare eventi collocati in un determinato contesto spazio-temporale. La memoria autobiografica rappresenta un particolare tipo di memoria episodica riferita in maniera specifica a se stesso (Conway e Rubin, 1993). Invece la memoria procedurale corrisponde alla nostra conoscenza di come eseguire una particolare azione che consiste in un insieme di informazioni prettamente automatizzate. Infine vi è la memoria prospettica che rappresenta la nostra progettualità futura ovvero la

possibilità di programmare un'azione e rievocarla quando deve essere compiuta (DeBeni 2009).

Questa breve distinzione dei diversi tipi di memoria è necessaria per comprendere l'influenza dell'età su questo tipo di abilità cognitiva in quanto le persone anziane non presentano difficoltà mnestiche generalizzate (Huppert, 1991).

Infatti alcuni studi hanno dimostrato che l'invecchiamento determina un deterioramento che interessa soprattutto la memoria di lavoro rispetto alla capacità di ricordo immediato (memoria a breve termine) (Glisky 2007). Inoltre sembra che le persone anziane incontrino maggiori difficoltà quando devono rievocare informazioni relative ad un determinato episodio riferito ad un particolare contesto spazio-temporale (memoria episodica) che richiedono un accesso consapevole e controllato rispetto ad informazioni semantiche che vengono recuperate in maniera implicita e sono influenzate culturalmente (memoria semantica) (DeBeni 2009). Un altro tipo di memoria che mostra segni di degenerazione risulta essere la memoria prospettica (Huppert, Johnson e Nickson 2000). Al contrario, invece, alcuni studi hanno mostrato che la memoria procedurale (De Beni 2009) e la memoria autobiografica non mostrano segni di deterioramento. Nel caso delle informazioni autobiografiche sembra che rimangono indenni soprattutto i ricordi relativi al periodo tra i 15-25 anni, probabilmente a causa della rilevanza e della connotazione emotiva che caratterizzano questo periodo della vita (Rubin 2000). Tale fenomeno che consiste nel ricordare eventi relativi all'adolescenza e all'età adulta viene definito **“reminiscence bump”**. L'unico aspetto relativo alla memoria autobiografica che appare subire l'influenza dell'età, sembrerebbe essere il ricordo dei dettagli contestuali del proprio passato personale (Levine et al. 2002) che si ricollega alle più generali difficoltà di memoria episodica. Tali deficit sono stati spiegati secondo diverse ipotesi. In sintesi la **teoria dei livelli di elaborazione** ipotizza che le difficoltà degli anziani nei compiti di memoria episodica sono da ricollegarsi al livello con cui è stata elaborata l'informazione, che la vecchiaia risulterebbe essere meno profondo. Invece come viene riportato in un lavoro di De Beni (2009), secondo la **teoria dei processi autoiniziati** (Craik 1986) tali difficoltà sarebbero associate a deficit relativi ai processi di recupero, mentre Jennings e Jacoby (1993) le attribuiscono a difficoltà legate ai processi controllati (consapevoli) rispetto a quelli automatici (impliciti) che sembrano non risentire dell'influenza dell'invecchiamento. Inoltre tali difficoltà in alcuni casi potrebbero essere spiegate prendendo in considerazione l'influenza svolta dall'efficacia delle strategie metacognitive sulla prestazione cognitiva. Le strategie metacognitive consistono nella conoscenza di come funziona la nostra mente grazie alla quale è possibile avere un controllo volontario su di essa selezionando la strategia più opportuna per l'esecuzione di un

determinato compito. Nell'ambito della memoria parliamo di metamemoria. Cornoldi e De Beni (1989;1999) hanno rilevato che gli anziani potrebbero presentare, a seconda dei contesti, una visione pessimistica della propria capacità di ricordare o una tendenza opposta a sovrastimarla che interferisce negativamente con l'efficacia della performance. In questi casi, proprio perché la metacognizione non possiede una base biologica potrebbe essere modificata con opportuni training atti a migliorare la propria conoscenza del funzionamento dei processi cognitivi che si tradurrebbe in un miglioramento della prestazione cognitiva (De Beni 2009).

Gli stessi risultati potrebbero essere raggiunti attraverso l'insegnamento di **mnemotecniche** (strategie finalizzate a facilitare il ricordo), nel caso in cui i problemi di codifica, che in altri casi sono causa dei deficit di memoria, derivino da un utilizzo della strategia cognitiva sbagliata (De Beni 2009).

Il lavoro di seguito presentato illustra i risultati ottenuti da uno screening neuropsicologico effettuato all'interno di una ricerca intervento che ha utilizzato il metodo del racconto autobiografico con persone anziane al fine di creare situazioni stimolo in linea con la prospettiva dell'invecchiamento attivo. La scelta è ricaduta su questo tipo di intervento in quanto, data la conservazione della capacità di rievocare episodi del passato riferiti a se stesso, il metodo del racconto autobiografico rappresenta una tecnica adatta per essere utilizzata con le persone anziane, sia in un'ottica di ricostruzione dell'identità personale e di riattivazione emotiva, sia in un'ottica riabilitativa che ha come scopo quello di mantenere attive ed esercitare abilità cognitive ancora conservate.

Nell'ambito di tale progetto la valutazione neuropsicologica ha avuto come obiettivo principale quello di definire le caratteristiche cognitive del campione studiato e verificare se in qualche modo il metodo del racconto autobiografico potesse influire sulle prestazioni cognitive dei soggetti coinvolti.

Materiali e metodi

Lo studio è stato realizzato all'interno del progetto "Memory" dall'Irpps-CNR di Salerno in collaborazione con il Comune di Napoli. La ricerca-intervento, condotta da un'equipe multidisciplinare composta da tre sociologi, una psicologa e due assistenti sociali è stata rivolta alle ospiti di una casa di cura immerse in un contesto poco stimolante per promuovere ciò che abbiamo precedentemente definito con il concetto di invecchiamento attivo . Il campionamento è stato effettuato sulla base

dell'adesione volontaria dei soggetti. L'ampiezza del campione risulta essere pari a 10 soggetti di età compresa tra 69-91 anni (fig.1) di sesso femminile.

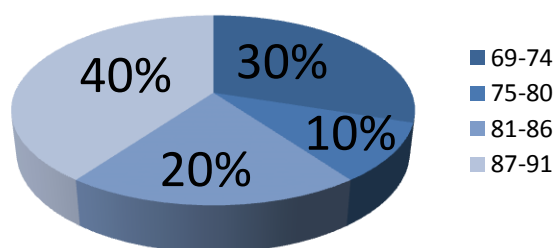


Fig. 3 Composizione campione

I partecipanti sono stati suddivisi in tre gruppi, di cui due comprendenti quattro e uno due soggetti, a cui durante l'attività si è aggiunta una partecipante di un altro gruppo, esprimendo il desiderio di continuare a proseguire il laboratorio di racconto autobiografico.

Il progetto Memory è stato articolato in più fasi. Una prima fase di presentazione, in cui è stato spiegato ai soggetti la ricerca intervento nelle sue diverse parti ed è stato raccolto il loro consenso a parteciparvi. Una seconda fase, basata su un approccio prettamente psicologico, ha assunto un aspetto valutativo, in quanto attraverso lo strumento del colloquio e la somministrazione di alcuni test, volti alla misurazione del funzionamento cognitivo generale e del livello di autonomia funzionale, si è cercato di distinguere i soggetti anche da un punto di vista neuropsicologico e ottenere ulteriori informazioni che successivamente potessero contribuire a spiegare i risultati ottenuti. A tale scopo sono stati scelti tre strumenti molto utilizzati nell'ambito della ricerca sulla popolazione degli anziani, che ci permettono di valutare la presenza o l'assenza di un deterioramento cognitivo e/o di una compromissione del funzionamento nella vita quotidiana che potrebbero verificarsi durante l'invecchiamento.

Il protocollo è stato composto dal Mini Mental State Examination (**MMSE**), dal Clock Drawing Test (**CDT**) e dal Activities of Daily Living (**ADL**).

Il **MMSE** (Folstein et al. 1975) consiste in uno screening iniziale volto alla misurazione del funzionamento cognitivo nel suo complesso. Questo strumento è composto da 11 item che comprendono compiti di orientamento spazio-temporale, di memoria immediata e differita, di attenzione e calcolo, prove di linguaggio e prassico-costruttive. Attraverso la somministrazione del MMSE è possibile ottenere

un'indicazione circa la condizione delle principali attività cognitive di un individuo e rilevare la possibile presenza di un declino intellettuale. Per tale motivo, grazie anche alla presenza di dati normativi italiani (Measso et al. 1993), questo strumento risulta essere molto utile nello screening del deterioramento cognitivo nella popolazione italiana.

Il **CDT** (Sunderland et al. 1989) consiste nel richiedere al soggetto di disegnare un orologio con i numeri e le lancette che indicano un orario particolare. Questo strumento ci fornisce una valutazione della eventuale compromissione delle funzioni corticali che caratterizza il deterioramento tipico della demenza.

L'**ADL** (Katz et al. 1963), indica, invece, il livello di autonomia funzionale nello svolgimento delle attività di vita quotidiana, come la cura della persona e la mobilità.

In seguito ad una prima valutazione, si è partiti con il laboratorio di racconto autobiografico che ha avuto una durata di tre-quattro incontri per ogni gruppo, sottoponendo le partecipanti ad una stimolazione del ricordo di eventi personali attraverso input differenti (es. immagini, musica, attività manuali).

Al termine di tutti gli incontri previsti, ogni soggetto è stato sottoposto ad un primo follow-up basato sulla somministrazione del protocollo neuropsicologico utilizzato in ante, ovvero prima dell'intervento. Tutto ciò è stato effettuato in un setting non sempre ottimale per una valutazione psicologica, a causa di barriere spazio-temporali proprie della struttura che non hanno permesso di avere un luogo e tempi adeguati a tale attività. Infatti non è stato possibile avere una stanza dedicata alla valutazione neuropsicologica che fosse la stessa per ogni soggetto in modo da mantenere inalterate alcune variabili interferenti. Nella maggior parte dei casi la valutazione avveniva nelle camere delle ospiti in cui vi era la possibilità che la valutazione potesse essere interrotta dall'entrata di un'altra persona con cui veniva condivisa la stanza. Altre volte invece tutto ciò avveniva in camere comunicanti tra loro per cui vi è stata molta difficoltà nella conduzione delle valutazioni al fine di salvaguardare la privacy delle partecipanti. Le somministrazioni sono state svolte in tempi molto ristretti per poter essere in linea con il cronogramma del progetto e i tempi imposti dalla struttura, che permetteva all'equipe di svolgere le attività nell'arco di un'ora e mezza per ogni singolo incontro.

Risultati

I risultati ottenuti ci permettono di effettuare una descrizione più approfondita delle caratteristiche relazionali e neuropsicologiche del campione.

Attraverso il metodo dell'osservazione è stato rilevato un clima di apertura e di entusiasmo caratterizzato da un'accettazione quasi automatica, spontanea verso il gruppo di ricercatori, che probabilmente potrebbe essere spiegata dal limitato numero di occasioni che questi soggetti hanno di interagire con persone esterne alla struttura. In tale ambito è stato possibile rilevare alcune differenze tra i soggetti, che potrebbero essere attribuite alle loro caratteristiche di personalità e, in alcuni casi, alla presenza di probabili quadri patologici. Sintetizzando tali differenze potremmo raggruppare i soggetti in due categorie ovvero i "sicuri" e "insicuri", riferendoci alla sicurezza dell'attaccamento che sembrerebbe caratterizzare la personalità di un individuo (Ainsworth et al. 1978). Infatti è stato possibile distinguere alcuni soggetti sicuri caratterizzati da un buon grado di adattabilità alla propria condizione di vita e una disponibilità all'interazione, caratterizzata da un atteggiamento di apertura e di fiducia nell'altro. Tutto ciò ha portato a condividere sin da subito informazioni ad elevato investimento emotivo con persone che venivano incontrate per la prima volta. Oltre a segnalarci la modalità interattiva dei partecipanti in questione, tali osservazioni fanno riflettere anche sul forte bisogno di raccontarsi che vince ogni tipo di controllo razionale, anche se ciò significa ricordare eventi non solo positivi della propria vita. Al contrario, invece, alcune partecipanti inizialmente si sono poste in una posizione valutativa e difensiva, cercando di capire prima di cosa si trattasse, mostrando così un atteggiamento di sfiducia di base nell'altro (insicuri). Inoltre all'interno di due gruppi è stato possibile osservare la presenza di alcuni soggetti che hanno mostrato una condizione di disadattamento, probabilmente legate a condizioni di malessere, dovute alla presenza di sintomi depressivi e di ansia in un caso e manifestazioni di tipo parkinsoniano nell'altro.

Attraverso un'analisi dei risultati ottenuti ai singoli test neuropsicologici, è possibile affermare che il campione presenta in media, allo stato attuale, segni di un decadimento cognitivo lieve, riportando un valore MMSE medio pari a $19 <$ al cut-off (= 23.8) con una deviazione standard di 4.7 (fig.2). Tale profilo neuropsicologico potrebbe corrispondere al *Mild Cognitive Impairment* che consiste in deficit isolati di alcune funzioni cognitive senza compromettere il livello di funzionamento globale del soggetto. Ovviamente questo dato si basa solo sul punteggio ottenuto al MMSE, per cui vi è la necessità di un maggior approfondimento attraverso un'ulteriore indagine psicodiagnostica che vada a valutare nello specifico se vengono soddisfatti i criteri previsti per una diagnosi di MCI. Il Mild Cognitive Impairment viene considerato una fase di transizione dall'invecchiamento normale alla demenza lungo un continuum cognitivo (Petersen et al. 1999; Petersen et al. 2001).

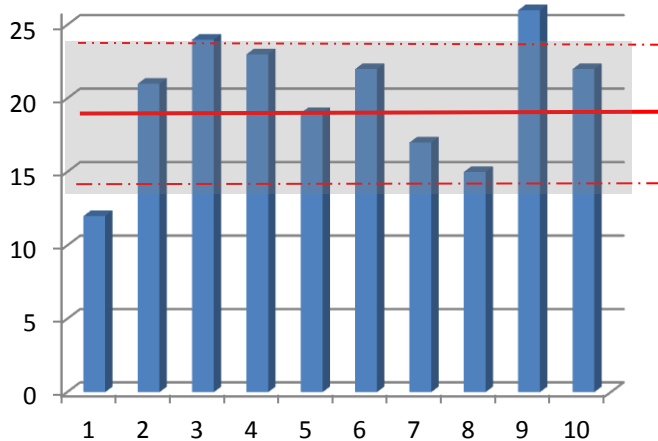


Fig.2 Rappresentazione grafica dei punteggi ottenuti al MMSE, in cui la linea rossa continua indica il valore medio (= 19) mentre le linee tratteggiate si riferiscono alla deviazione standard SD($\sigma= 4.7$)

Numerose ricerche hanno dimostrato, infatti, che tale condizione rappresenterebbe una fase preclinica della demenza (Visser, 2006). In base a tali evidenze sembrerebbe che soggetti con un deterioramento lieve abbiano una maggiore probabilità di sviluppare una demenza in futuro. Il tasso di conversione del deterioramento del MCI in demenza comunque sembra dipendere dall'accuratezza dei criteri clinici e delle valutazioni neuropsicologiche effettuate per selezionare i soggetti (Ritchie, Touchon, 2000; Arnaiz et al., 2004), variando dal 10-15 per cento all'anno (Petersen et al., 1999; Tierney et al., 1996) fino al 20-50 per cento in 2-3anni (Amieva et al., 2004). Inoltre sembra che non necessariamente i soggetti con MCI debbano sviluppare una demenza. Infatti alcuni studi hanno rilevato che il 60 per cento dei soggetti con MCI presentano un funzionamento cognitivo stabile nell'arco di 2-3 anni (Tierney et al., 1996; Johnson et al., 1998; De Jager et al., 2005), mentre altre ricerche evidenziano che il 40 per cento mostra addirittura un ritorno alla normalità (Larrieu et al., 2002; Ritchie et al., 2001).

Anche al **CDT** la performance media pari a 2.8 con una SD. di 2.1 ci indica la presenza di difficoltà a carico di diverse funzioni corticali che evidenziano un eventuale sviluppo di un quadro degenerativo (fig.3). Inoltre in media il campione ha riportato un valore **ADL** di 3.5 che suggerisce una perdita di autonomia funzionale (fig.4), elemento che ostacola un invecchiamento attivo. Analizzando nel dettaglio le prestazioni dei soggetti possiamo affermare che nella maggior parte dei casi si siano verificate difficoltà a carico di diverse funzioni esecutive, quali l'apprendimento, la memoria di lavoro, la soluzione di problemi e la pianificazione, come mostrano i risultati ottenuti sia al MMSE sia al CDT. Tali dati risultano in linea con i risultati presenti in letteratura che sostengono un deterioramento delle funzioni esecutive con l'avanzare dell'età (Wecker et al. 2000).

Il follow-up è stato effettuato su un numero di soggetti inferiore al 50% del campione, dovuto in alcuni casi al fenomeno di mortalità (perdita dei soggetti), per cui i dati ottenuti non possono essere considerati statisticamente significativi, ma ci permettono di operare delle osservazioni su casi singoli. Infatti per le partecipanti che hanno portato a termine l'attività è possibile osservare un mantenimento del funzionamento cognitivo iniziale, con modifiche non significative (fig.3), per cui è possibile affermare che in seguito all'intervento non si è verificato né un miglioramento né un peggioramento delle performance dei soggetti, che hanno mostrato una certa conservazione delle capacità possedute in precedenza. Inoltre, sulla base delle informazioni raccolte attraverso un colloquio finale e l'osservazione, è stato possibile comprendere che l'intervento sembrerebbe aver avuto un impatto sul benessere psicologico dei soggetti, riportando

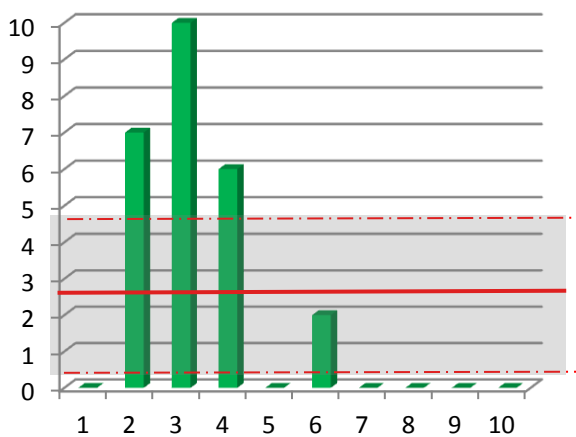


Fig.3 Punteggi ottenuti al CDT. La linea continua indica la media (=2.5), mentre quelle discontinue rappresentano la SD. (= 2.1)

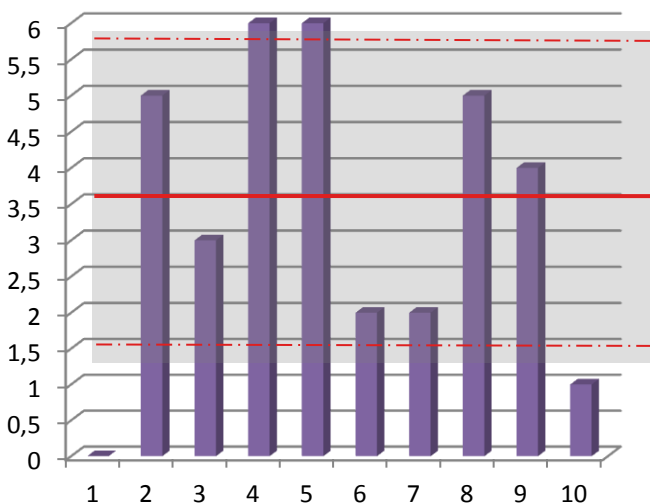


Fig.4 Punteggi ADL con media =3.5 e SD.= 2.1

risultati positivi in linea con la prospettiva dell' invecchiamento attivo. Tale evidenza può essere supportata dall'osservazione che in alcuni casi si sia verificato una inversione del focus dell'attenzione, concentrato prima dell'intervento unicamente su pensieri negativi e sulla propria condizione di malessere. Ad esempio nel caso di una partecipante, alla fine del progetto, è stato rilevato che il pensiero ha assunto una connotazione più positiva, assumendo una visione più ottimista, che, probabilmente, potrebbe aver rappresentato uno dei motivi alla base dei progressi motori ottenuti. In altri casi invece l'intervento è stato utile nello stimolare ad impegnarsi quotidianamente nella stesura di un diario e di poesie, sviluppando una motivazione all'azione e una convinzione a saper fare. In entrambi i casi sembrerebbe essere aumentato il proprio senso di autoefficacia percepita (Bandura, 1997) ovvero la percezione che si ha della propria capacità di svolgere un determinato compito e raggiungere un determinato risultato. Possiamo osservare come l'intervento, influenzando sulle credenze relative alla propria capacità di poter essere efficaci attraverso l'agire, promuove proprio quella forma di invecchiamento attivo. Infatti da un punto di vista psicologico ciò che motiva gli individui è proprio il senso di autoefficacia che determina l'intenzione di mettere in atto il comportamento, la quantità di impegno, la persistenza nel continuare a sforzarsi nonostante gli ostacoli e il grado di successo o fallimento e i modi di pensare. Questi dati, inoltre sembrano confermare i risultati ottenuti da numerose ricerche le quali suggeriscono che motivando le persone anziane ad impegnarsi in determinate attività e permettendo loro di sperimentarsi capaci ed efficienti migliora l'adattamento e il benessere psicologico (Cristini, Porro e Cesa-Bianchi 2011). Inoltre l'intervento, seppur non avendo scopi riabilitativi, indirettamente ha impegnato le partecipanti in attività, le quali hanno rappresentato anche un allenamento cognitivo. Infatti è vero che l'invecchiamento comporta un indebolimento o un decadimento dell'efficacia ed efficienza dei processi cognitivi, ma, in assenza di patologia, con esercizi continui, è possibile conservare le abilità esercitate ed acquisire nuove strategie, come è stato dimostrato da molti studi presenti in letteratura che attestano l'efficacia di training cognitivi nel migliorare il funzionamento mentale (Lustig et al., 2009; Troyer 2001). Ovviamente la rilevazione di questi miglioramenti è stata basata esclusivamente su un unico colloquio e sull'osservazione, ma il materiale raccolto potrebbe essere utile per produrre nuove ipotesi da verificare in ricerche future che prevedano l'introduzione di strumenti standardizzati specifici nella misurazione del costrutto dell'autoefficacia percepita e di altri aspetti come l'autostima e il benessere psicologico. Nonostante ciò bisogna segnalare anche alcuni limiti di tale studio,

che possono essere rintracciati sia in una ristrettezza di tempi dei singoli incontri che non ha permesso uno svolgimento ottimale delle singole attività come è stato già sottolineato precedentemente, sia la mancanza di una fase di “riscaldamento pre-sperimentale” che permettesse di lavorare sulla motivazione e le aspettative dei partecipanti al progetto e sulla costituzione del gruppo. Infatti molti studi dimostrano che i presupposti per l’efficacia di un intervento sono da ritrovarsi anche nella motivazione al compito. Cristini, Porro e Cesa-Bianchi (2011) hanno mostrato come si possa ottenere un aumento della motivazione presentando l’attività come un’occasione per apprendere a saper fare e sperimentare successo, creando un circuito che a sua volta va ad incrementare sempre più la motivazione. Infatti in alcuni casi sembra che l’abbandono del gruppo sia stato determinato proprio da una percezione di inefficacia personale. Inoltre prevedendo una certa continuità nel tempo dell’attività del laboratorio di memoria autobiografica si potrebbe verificare in maniera più significativa la relazione che vi potrebbe essere tra l’intervento e le prestazioni cognitive. Infine, come abbiamo sottolineato precedentemente, in qualche gruppo la presenza di un probabile disagio psicologico sembrerebbe aver interferito con l’impatto positivo che questo intervento avrebbe potuto avere sul benessere psicologico e sui livelli di attività. Infatti nei casi in cui vi siano segni di un disturbo psicologico è necessario intervenire sul sintomo affinché un qualsiasi altro intervento possa essere efficace. Per questo motivo in futuro potrebbe essere prevista un’offerta di servizi più ampia che includa anche un supporto psicologico individuale e un laboratorio di riabilitazione cognitiva, soprattutto per quei casi di Mild Cognitive Impairment, al fine di agire nell’ottica di prevenzione e rallentare un probabile processo degenerativo. A tale scopo potrebbe essere progettato un intervento di brain-training, durante il quale stimolare diverse abilità cognitive e rallentare o migliorare l’efficienza mentale dei soggetti coinvolti, come hanno dimostrato numerosi studi che hanno avuto come obiettivo principale quello di verificare l’efficacia di diversi tipi di intervento cognitivi e comportamentali (Lustig et al., 2009).

Proposta di intervento

L’invecchiamento è caratterizzato non solo da difficoltà, ma anche da una necessità e una capacità a continuare ad apprendere al fine di raggiungere un adeguato adattamento alle richieste ambientali. Il processo di apprendimento è di per sé molto

complesso in quanto necessita dell'attivazione di molteplici funzioni cognitive, prima fra tutte la memoria. Come abbiamo ampiamente illustrato precedentemente la memoria è un sistema che in alcune sue componenti risente fortemente dell'avanzare dell'età. Ciò potrebbe interferire con la possibilità di acquisire nuove informazioni e rievocarle al momento opportuno per svolgere un determinato compito, influenzando negativamente l'autonomia e il benessere psicologico dell'individuo. Infatti alcune difficoltà di memoria potrebbero costringere l'anziano a dipendere da altre persone per la gestione di alcuni aspetti della vita quotidiana, oppure influire indirettamente sulla sfera relazionale e sui livelli di attività e partecipazione sociale. A tal proposito infatti il non riuscire a svolgere determinate attività a causa di problemi di memoria o a non ricordare determinate informazioni durante una conversazione con altre persone potrebbe avere ripercussioni sulla propria autoefficacia percepita e la propria autostima che continuerebbero a loro volta ad influenzare negativamente le prestazioni del soggetto, determinando l'instaurarsi di un circolo vizioso invalidante (Cristini, Porro e Cesa-Bianchi 2011).

Come abbiamo già accennato precedentemente, attraverso opportuni training costruiti sui casi singoli, potrebbero essere migliorate quelle abilità cognitive delle persone anziane, che risultano maggiormente danneggiate durante l'invecchiamento, fornendo opportune stimolazioni al fine di favorire un mantenimento nel tempo delle risorse conservate e agire nell'ottica di prevenzione e promozione dell'invecchiamento attivo, rallentando un probabile processo degenerativo. Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia di molti interventi di brain-training (allenamento del cervello) nel migliorare l'efficienza mentale dei soggetti coinvolti (Lustig et al., 2009). E' possibile distinguere differenti tipologie di training a seconda dello scopo che si propongono di raggiungere. Infatti vi sono i training strategici che cercano di risolvere le difficoltà cognitive attraverso l'insegnamento di strategie mentali volte a migliorare la prestazione del soggetto con ripercussioni anche nella vita quotidiana (De Beni 2009). In letteratura vi sono molti studi che hanno confermato l'utilità di tali percorsi con le persone anziane (Verhaeghen, Marcoen e Goosen 1992). I training centrati sul problema invece cercano di fornire al soggetto delle soluzioni pratiche per risolvere le problematiche presentate. Gli interventi metacognitivi cercano di stimolare l'acquisizione di una maggiore conoscenza sul funzionamento dei propri processi mentali. Infine i training multifattoriali partono dal presupposto che la prestazione del soggetto sia influenzata non solo da problemi a carico delle componenti cognitive ma anche da altri aspetti della personalità quali il senso di autoefficacia percepita, l'autostima, il coping, la resilienza, il locus of control che si riferisce alla modalità di attribuzione di una persona rispetto alle cause di quanto accade che può essere sia interno, in base al quale gli individui attribuiscono

la causa a se stessi, oppure esterno, caratterizzato da una attribuzione a fattori dell'ambiente circostante. Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia di tali interventi ottenendo sia un aumento delle misure soggettive ed oggettive della memoria (Troyer 2001) sia un aumento dell'autoefficacia percepita, del locus of control e dell'autostima (Hasting e West 2009; West, Bagwell e Dark-Freudeman 2008). Quindi nonostante le involuzioni fisiche, cognitive e personali che l'invecchiamento determina, stimolando un atteggiamento positivo e una tendenza all'attività è possibile diminuire l'impatto dei fallimenti incontrati durante la vita quotidiana.

Un intervento di tipo multifattoriale potrebbe rappresentare una proposta di intervento da rivolgere ai soggetti che hanno partecipato al progetto Memory .

In base ai risultati ottenuti si potrebbe ipotizzare di progettare un intervento che vada a stimolare una serie di abilità risultate compromesse e potenziare quegli aspetti cognitivi e non cognitivi che potrebbero essere utili per compensare i deficit presentati, soprattutto per quei casi di Mild Cognitive Impairment, al fine di agire nell'ottica di prevenzione e rallentare un probabile processo degenerativo. Come abbiamo riportato precedentemente i soggetti del nostro studio hanno presentato in media difficoltà a carico delle funzioni esecutive che includono processi quali l'apprendimento, la memoria di lavoro, la soluzione di problemi, la progettazione e la modificazione del comportamento. A tal proposito si potrebbe prevedere un percorso di gruppo basato sulla metodica proposta da Borella et al. (2010), che consiste in una serie di incontri durante i quali impegnare i soggetti in compiti di memoria a breve termine, memoria di lavoro, prove di ragionamento, di problem -solving, promuovendo lo sviluppo di strategie personali da poter successivamente estendere alla vita di tutti i giorni e stimolare una maggiore autonomia e un impegno attivo. Il raggiungimento di tali obiettivi inoltre potrebbe a sua volta avere ripercussioni sul senso di autoefficacia percepita che all'inizio del progetto, in alcuni casi, è risultata essere negativa in quanto solo attraverso il fare e il raggiungimento di successi si può aumentare l'autostima e la percezione di autoefficacia come è stato dimostrato da Borella et al.(2010) in uno studio scientifico e come è stato confermato dal nostro lavoro nei casi in cui il partecipare al laboratorio autobiografico ha comportato delle modifiche della propria percezione di essere efficaci ed efficienti. Oltre a tale attività di stimolazione cognitiva potrebbe essere predisposto un supporto psicologico per quelle persone che mostrano segni di malessere e necessitano di un intervento individuale.

Conclusioni

Lo studio presentato, alla luce dei risultati ottenuti, può essere considerato una dimostrazione che l'invecchiamento rappresenta una fase attiva dello sviluppo degli individui, in quanto è stato osservato come gli anziani siano capaci di mettersi in gioco in nuove situazioni, apprendere nuove capacità e rafforzare quelle già possedute. Infatti attraverso questa ricerca-intervento è stato rilevato come il metodo del racconto autobiografico può rappresentare oltre ad un esercizio mentale, in quanto il parteciparvi richiede l'attivazione di diverse abilità cognitive, anche un'occasione per migliorare la propria autoefficacia percepita ed altri aspetti della personalità, evidenza che deve essere comunque ulteriormente verificata attraverso ricerche future.

Bibliografia

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. e Wall, S. (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*, in Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Amieva H., Letenneur, L., Dartigues, J.F., Rouch-Leroyer, I., Sourgen. C., D'Alchee-Biree, F., Dib, M., Barberger-Gateau, P., Orgogozo, J.M. e Fabrigoule C. , (2004), *Annual rate and predictors of conversion to dementia in subjects presenting mild cognitive impairment criteria defined according to a population-based stud*, in. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*,18, 1, pp: 87-93.

Arnaiz, E., Almkvist, O., Ivnik, R.J., Tangalos, E.G., Wahlund, L.O., Winblad, B. e Petersen, R.C. (2004), *Mild cognitive impairment: a crossnational comparison*, in *Journal of Neurology, Neurosurgery e Psychiatry*,75,9, pp: 1275-1280.

Baddeley, A. D: e Hitch, G. J. (1974), *Working Memory*, in De Beni, R. (2009), *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna: il Mulino.

Baltes, P. B. (1987), *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline*, in *Developmental Psychology*, 23, pp.611-626.

Baltes, P. B. e Baltes, M. M. (1990), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1997), *Self-efficacy: The exercise of control*, New York: W.H. Freeman.

Borella, E., Carretti, B., Riboldi, F., e De Beni, R., (2010), *Working memory training in older adults: evidence of transfer and maintenance effects*, in *Psychology and Aging*, 25, 4, pp: 767–778

Conway, M. A. e Rubin, D. C. (1993), *The structure of autobiographical memory*, in Collins A. F., Gathercole S. E., Conway M. A. e Morris P. E. *Theories of memory* (pp. 103-138). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Cornoldi, C. e De Beni, R. (1989), *Ciò che gli anziani pensano della loro memoria*, in De Beni, R. (2009), *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna: il Mulino.

Cornoldi, C. e De Beni, R. (1996), *Mnemonics and metacognition*, in De Beni, R. (2009), *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna: il Mulino.

Craik , F. I. M. (1986), *A functional account of age differences in memory*, in De Beni, R. (2009), *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna: il Mulino.

- Cristini, C., Porro, A. e Cesa-Bianchi, M. (2011), *Le capacità di recupero degli anziani. Modelli, strumenti ed interventi per professionisti della salute*, Milano: FrancoAngeli
- Cumming, E. e Henry, W.E. (1961), *Growing older: The process of disengagement*, New York: Basic Books.
- De Beni, R. (2009), *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna: il Mulino.
- De Jager, C.A. e Budge, M.M. (2005), *Stability and predictability of the classification of mild cognitive impairment as assessed by episodic memory test performance over time*, in *Neurocase*, 11, 1, pp:72-79.
- Diehl, M., Coyle, N. e Labouvie-Vief, G. (1996), *Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span*, in *Psychology and Aging*, 11, 1, pp: 127-139
- Erikson, E. (1984), *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Roma: Armando
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., e McHugh, P. R. (1975), *Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*, in *Journal Psychiatric Research.*, 12, pp. 189-98.
- Glisky, E.L. (2007), *Changes in Cognitive Function in Human Aging*, in *Brain Aging: Models, Methods, and Mechanisms*, cap. 1, Boca Raton, FL: CRC Press
- Hastings, E.C. e West, R.L. (2009), *The relative success of a self-help and group-based memory training program for older adults*, in *Psychology and Aging*, 24, pp: 586-594
- Huppert F.A. (1991), *Age-related changes in memory: learning and remembering new information*, in *Handbook of neuropsychology*, 5,7, pp.123-147.
- Huppert, F.A., Johnson, T. e Nickson, J. (2000), *High prevalence of prospective memory impairment in the elderly and in early-stage dementia: Findings from a population-based study. New perspectives in prospective memory*, in *Applied Cognitive Psychology*,14, 7, pp.63-81
- Jennings, J. M. e Jacoby, L. L. (1993), *Automatic versus intentional uses of memory: Aging, attention, and control*, in *Psychology and Aging*, 8, 2, pp: 283-293

- Johnson, K.A., Jones, K., Holman, B.L., Becker, J.A., Spiers, P.A., Satlin, A. e Albert, M.S. (1998), *Preclinical prediction of Alzheimer's disease using SPECT*, in *Neurology*, 50, 6, pp: 1563-1571
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B. A. e Jaffe, M. W. (1963), *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*, in *Journal of the American Medical Association*, 185, pp. 914-919.
- Larrieu, S., Letenneur, L., Orgogozo, J.M., Fabrigoule, C., Amieva, H., Le Carret, N., Barberger-Gateau, P. e Dartigues, J.F. (2002), *Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort*, in *Neurology*, 59, 10, pp:1594- 1599.
- Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer.
- Levine, B. et al. (2002), *Aging and autobiographical memory: dissociating episodic from semantic retrieval*, in *Psychology Aging*, 17, 4, pp. 677-689.
- Lustig , C. et al. (2009), *Aging, training, and the brain: A review and future directions*, in *Neuropsychology Review*, 19, 4, pp. 504–522.
- Malaguti, E. (2005), *Educarsi alla resilienza: Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Trento: Edizioni Erickson.
- Measso, G., Cavarzeran, F., Zappalà, G. et al. (1993), *Il Mini Mental State Examination: Normative study of an Italian random sample*, in *Developmental Neuropsychology*, 9, pp. 77-85.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), *Invecchiamento attivo: un quadro strategico*, OMS, Ginevra
- Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Tangalos, E.G. e Kokmen, E. *Mild Cognitive Impairment: clinical characterization and outcome*, in *Archives of Neurology*, 56, 3, pp: 303-308
- Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.L. e DeKosky, S.T. (2001), *Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*, in *Neurology*, 56, 9, pp:1133-1142.

- Poderico, C. (1999), *L'anziano. Nuove prospettive in psicologia*, Napoli: Idelson-Gnocchi
- Ritchie, K. e Touchon, J. (2000), *Mild cognitive impairment: conceptual basis and current nosological status*, in *Lancet*, 355, 9199, pp: 225-228.
- Ritchie, K., Artero, S. e Touchon, J. (2001), *Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study*, in *Neurology*, 56, 1, pp: 37-42.
- Rubin, D.C., (2000), *Autobiographical memory and aging*, in Park, D. e Schwarz, N., *Cognitive Aging: A Primer*, pp. 131, Philadelphia: Psychology Press
- Salthouse, T.A. (1991) *Theoretical perspectives on cognitive ageing*, Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Sit, R.A. e Fisk, A.D. (1999), *Age-related performance in a multiple-task Environment*, in *Human Factors*, 41, pp.26-34
- Sunderland, T., Hill, J.L. e Mellow, A.M. (1989), *Clock drawing in Alzheimer's disease*, in *Journal American Geriatric Society*, 37, pp.725-729.
- Tierney, M.C., Szalai, J.P., Snow, W.G., Fisher, R.H., Tsuda, T., Chi, H., McLachlan, D.R. e St George-Hyslop, P.H. (1996), *A prospective study of the clinical utility of ApoE genotype in the prediction of outcome in patients with memory impairment*, in *Neurology*, 46, 1, pp:149-154.
- Troyer, A.K. (2001), *Improving memory knowledge, satisfaction, and functioning via an education and intervention program for older adults*, in *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 8, pp: 256–268.
- Verhaeghen, P., Marcoen, A. e Goossens, L. (1992), *Improving memory performance in the aged through mnemonic training; A meta-analytic study*, in *Psychology e Aging*, 7, 2, pp: 242- 251
- Visser, P.J. (2006), *Mild Cognitive Impairment*, in *Principles and Practice of Geriatric Medicine*, 94, pp.1-7
- Wecker, N.S., Kramer, J.H., Wisniewski A., Delis D.C. e Kaplan E. (2000), *Age effects on executive ability*, in *Neuropsychology*, 14,3, pp.409-414
- Werner, E. (1993). *Risk resilience and recovery: Perspectives from the kauai longitudinal study*, in *Development and Psychopathology*, 5, pp: 503-515.

Werner, E., e Smith, R. S. (1992), *Overcoming the odds: High risk children for birth to adulthood*, Ithaca (NY): Cornell University Press.

West, R. L., Bagwell, D. K. e Dark-Freudeman, A. (2008), *Self-efficacy and memory aging: The impact of a memory intervention based on self-efficacy*, in *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 15, pp: 302-329.

EPISODIO DI PERDITA DI COSCIENZA DI BREVE DURATA NELL'ANZIANO: LE DIFFICOLTÀ DELLA DIAGNOSI E IL RUOLO DEI FARMACI.

di Ferdinando Schiavo

Introduzione:

In un articolo che è stato pubblicato su questa rivista nel 2011 (Gli Anziani Fragili, il Neurologo e gli Eventi Avversi da Farmaci. Quaderno n.16 / 2011. 13 marzo 2011. www.newwelfare.org) avevo trattato una parte delle tematiche relative alle “Malattie da farmaci”, scrivendo che da tempo avvertivo la sensazione di svolgere un ruolo di professionista che si interessa di anziani che si potrebbe definire, con dolorosa ironia, privilegiato,, in quanto molti sintomi o segni che si incontrano in Neurologia possono essere indotti da farmaci e a volte, associandosi fra di loro, possono dar luogo a manifestazioni cliniche di interesse generale in campo medico e a volte mimano alcune malattie idiopatiche di competenza del neurologo stesso, fra cui Malattia di Parkinson, Demenze, Epilessia, ecc.

*Nel citato articolo erano stati analizzati solamente gli ultimi due argomenti dello schema esemplificativo esposto sotto, che elencava le manifestazioni da **Eventi Avversi da Farmaci nell'Adulto e nell'Anziano**. Lo ripropongo:*

- Cefalea
- Vertigini e disturbi dell'equilibrio
- Encefalopatie
- **Crisi epilettiche**
- **Perdite di coscienza di breve durata (prevalentemente Sincopi)**
- Turbe visive, del gusto e odorato
- Mielopatie, Neuropatie e Miopatie
- Movimenti involontari e alterazioni psichiche da Dopaminergici
- Parkinsonismo, Acatisia, Distonie acute, Tremore periorale, Blefarospasmo, Distonia-discinesia tardiva, S. maligna da neurolettici, S. della Torre di Pisa, S. serotoninergica.
- Alterazioni cognitive, Demenze ed Episodi confusionali (Delirium)

Nella presente esposizione mi auguro di fornire utili e pratiche informazioni riguardanti lo spinoso tema delle *Perdite di coscienza di breve durata che esordiscono nell'anziano*, manifestazioni che possono dipendere da varie cause, fra cui, appunto, l'assunzione di farmaci.

Tratterò in modo sintetico i due temi principali, Sincopi e Crisi Epiletiche, accennando alle altre patologie con cui sorge spesso il confronto nel momento in cui è necessario pervenire a una corretta diagnosi differenziale e consentire la conseguente scelta del trattamento adeguato, e segnalando nel contempo la possibilità che queste patologie siano influenzate negativamente da alcuni farmaci.

Nell' area della medicina competente sul tema delle *Perdite di coscienza di breve durata* esistono dei punti controversi e confondenti che ostacolano e rendono complesso il percorso per giungere ad una diagnosi. Inoltre, in ogni caso di perdita di coscienza di breve durata, sono necessari due elementi essenziali per approdare alla diagnosi: la testimonianza valida dell'accaduto e la professionalità unita all'esperienza e alla competenza approfondita a livello medico.

Senza dubbio, una consistente fonte di incertezza e di errori diagnostici deriva, con riferimento alla popolazione anziana, dal fatto che molti anziani vivono da soli: questo evidente dato sociale comporta di conseguenza la possibilità che non sia presente all'evento l'indispensabile testimone dell'accaduto.

Gli episodi di perdita di coscienza transitoria e di breve durata che insorgono in persone adulte e anziane senza precedenti simili mettono il medico nella condizione di dovere elaborare una diagnosi differenziale soprattutto fra sincopi, crisi epiletiche e a volte con altre malattie. Le incertezze diagnostiche sono determinate principalmente dalle differenti modalità di presentazione delle crisi epiletiche e dalla contaminazione di "semplici" sincopi con convulsioni ed altri elementi (morsicatura della lingua, incontinenza urinaria, ecc.) tipici, soprattutto, della "classica" crisi epiletica di Grande Male.

Infine, elemento non trascurabile nel presente quadro economico globale, la valutazione dei pazienti con perdita di coscienza inspiegata è costosa e non ha un buon rapporto costo/beneficio, a meno che non sia adeguatamente guidata da una buona anamnesi e da un corretto esame obiettivo

Le Sincopi:

Sinonimi popolari: svenimenti, lipotimie, collassi

L'improvvisa perdita di coscienza transitoria (P.D.C.) rappresenta uno dei problemi spinosi e comuni in medicina a causa di un discreto tasso di incertezza diagnostica che deriva dai numerosi fattori confondenti, ma anche a causa dei rilevanti costi economici e umani, in termini di disagio personale, di morbilità e persino di mortalità.

La manifestazione più frequente fra le PDC è la Sincope, definita come una perdita di coscienza e del tono posturale (da cui lo scivolamento graduale o improvviso al suolo o l'accasciamento su una sedia o sul letto) causati da una riduzione della perfusione arteriosa e, di conseguenza, dell'ossigenazione cerebrale, ed è a risoluzione spontanea.

Cause diverse e meccanismi diversi implicati conducono alla via finale comune che è la riduzione della perfusione cerebrale.

Inoltre, la Sincope è spesso legata a cause multiple che agiscono potenziandosi, e fra questi anche gli effetti di alcuni farmaci. Malgrado la sua costante frequenza (i pazienti con sincopi rappresentano il 3 % circa degli accessi in Area di Emergenza e Traumatologica), affrontare il compito diagnostico delle sincopi non è un semplice

Una classificazione "pratica" e semplificata basata sulle cause e abbinata al criterio di età è la seguente:

La Sincope nel soggetto giovane, se non emergono dati sospetti per patologie di rilievo, più frequenti nell'adulto-anziano, è quasi sempre in relazione ad un'alterazione transitoria e "benigna" del sistema vegetativo (**simpatico e parasimpatico**), in particolare in alcuni soggetti predisposti, magari con una storia di "svenimenti" in occasione di prelievi di sangue, durante le funzioni religiose mentre stanno a lungo in piedi in chiesa, in bus affollati e in svariate altre situazioni di disagio. Si chiama Sincope Neuromediata o Vaso-Vagale.

Nei casi giovanili ci si può spesso limitare a livello diagnostico ad una accurata valutazione clinica generale, con rilievo di eventuali anomalie del ritmo cardiaco, soffi vascolari al collo, modificazione vistose della pressione arteriosa (rilevata bilateralmente) e della frequenza cardiaca in posizione supina e poi controllata nel passaggio a quella eretta per almeno tre minuti.

Nella Sincope in età matura cresce invece l'incidenza di patologie sottostanti più serie, in modo particolare in quelle persone che non hanno una storia pregressa di sincopi benigne su base vegetativa. Con l'avanzare dell'età, le sincopi sono sinteticamente provocate da:

- Cardiopatie di vario tipo e malattie strutturali dei vasi arteriosi, a disidratazione, anemia, modificazioni degli elettroliti, ecc.
- Alterazioni dello sistema vegetativo-autonomico .Anche negli adulti-anziani esiste, quindi, la possibilità che sia coinvolto, in modo “diverso” rispetto al giovane il sistema vegetativo. Questo apparato, su cui non possiamo influire con la volontà, governa silenziosamente parecchi organi fra cui l’attività cardiaca, di conseguenza la regolazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. In casi particolari (vedi dopo) può ridurre una o entrambe, con gli effetti immaginabili di ridotto afflusso arterioso cerebrale e conseguente PDC. Un altro fattore di riscontro frequente è rappresentato dall’Ipotensione Posturale favorita da svariate condizioni fra cui i farmaci ad azione ipotensiva, i diuretici, gli psicofarmaci. Questo variegato gruppo di sincopi può essere suddiviso in due sottogruppi:
 - A. Secondaria a Situazioni (Sincopi Situazionali o Riflesse) quali defecare, urinare (magari dopo essersi alzati di colpo dal letto!), tossire, avvertire un intenso dolore. In questi casi, ovviamente, entrano in campo altri fattori di fragilità che concorrono a determinare la perdita di coscienza (sincope a genesi multifattoriale).
 - B. Secondaria a Malattie che compromettono il funzionamento del sistema vegetativo-autonomico,,: Malattia di Parkinson ed alcuni Parkinsonismi, fra cui la Demenza a corpi di Lewy e l’Atrofia Multisistemica, alcune Neuropatie.

Nell’adulto-anziano gli accertamenti devono essere ancora accurati e non limitati certamente al solo “elettrocardiogramma negativo”. In certe situazioni, è possibile che neanche l’esame Holter, che registra l’attività cardiaca per 24 ore, sia in grado di tranquillizzarci: infatti, se in quelle 24 ore non accadrà nulla di allarmante, questa negatività non sarà in grado di escludere in assoluto un’aritmia seria cardiaca. Se il sospetto di anomalia del ritmo cardiaco persiste, si può arrivare all’impianto di un registratore (Loop), in grado di rilevarne la presenza nell’arco di settimane o qualche mese.

A giudizio del cardiologo, ad alcuni pazienti possono essere praticati altri accertamenti, quali la registrazione ECG con massaggio del seno carotideo, con le dovute cautele, oppure il Tilt-Test, che consiste in un rilevamento delle variazioni della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca con il soggetto assicurato ad un lettino mobile che viene spostato dalla posizione orizzontale a quella verticale.

Il cardiologo esperto saprà a quale livello diagnostico arrestare l'iter diagnostico, basandosi anche su percorsi condivisi a livello internistico-cardiologico noti da qualche decennio a livello internazionale.

Aggiungo che un esame di area neurologica, l'Elettroencefalogramma (EEG), può essere di aiuto solamente nel caso che si sospetti una crisi epilettica. Nelle sincope l'esame standard risulta sostanzialmente negativo (e dispendioso), peraltro nell'anziano può mostrare alterazioni aspecifiche che possono essere confuse con anomalie epilettiche e concorrere a condurre ad una diagnosi errata, e infine ad un trattamento inappropriato. Viceversa, lo anticipo, l'EEG standard non è sempre "positivo" nelle crisi epilettiche dell'anziano.

Ancora un aspetto da sottolineare: **se le sincope sono associate a convulsioni generano incertezza diagnostica ed errori medici.** Una sincope può infatti complicarsi con *manifestazioni "di tipo epilettico" sotto forma di brevi convulsioni, a volte associate a incontinenza sfinterica e raramente alla morsicatura della lingua: è il caso della Sincope Convulsivante.*

Questa variante rappresenta il **12 %** circa dei casi di sincope ed è un ulteriore, serio *fattore altamente confondente* per una corretta diagnosi, concorrendo a incrementare il numero di errate diagnosi di **Epilessia** e le prescrizioni conseguenti di terapie prolungate, con il loro carico di eventuali effetti avversi (ne scriverò dopo) e di disagi di vario tipo (idoneità alla guida di veicoli, abolizione di alcolici dalla dieta ed altre precauzioni e proibizioni valide "per l'epilettico vero", come il non frequentare locali con luci psichedeliche, usare poco il computer, non perdere ore di sonno, ecc.). Peraltro, fatto non meno rilevante, l'errore impedisce di accertare la natura di un evento sincopale, con comprensibile pericolo per la vita del paziente nel caso si tratti di sincope cardiogena o di altra natura.

Una diagnosi differenziale corretta si fonda:

1. sui *sacri principi* dell'anamnesi accurata (interrogando, ovviamente, i testimoni, se c'è questa decisiva possibilità)
 2. su un corretto esame obiettivo generale e neurologico, con rilievo di eventuali soffi vascolari al collo e con la misurazione della pressione arteriosa sia bilateralmente che in posizione supina e subito dopo in piedi, controllandola in questa posizione per almeno 3 minuti
- ...da questi dati può emergere la formulazione di un sospetto diagnostico

- ...il tutto seguito da un uso avveduto di esami specifici
- ...e alla fine, dalla scelta di un appropriato trattamento, se necessario, o di strategie non farmacologiche.

L'operazione coinvolge diverse figure dell'area medica: il Medico di Medicina Generale, quello del Pronto Soccorso, il Cardiologo, l'Internista e infine il Neurologo.

Cosa si può fare a livello pratico se si è presenti ad una PDC ?

1. Non farsi prendere dal panico
2. Evitare che la persona con sincope si faccia male
3. **Prendere nota**, anche se emozionati e allarmati, di quanto sta accadendo, ovvero di alcuni elementi rilevanti al fine di aiutare il medico nella diagnosi. Nella sincope sono presenti pallore, sudorazione fredda, eventuale presenza di brevi convulsioni e perdita di urine, la DURATA della perdita di coscienza e del periodo di "intontimento" post crisi è breve, vi sono spesso eventi scatenanti. Il testimone ha (avrebbe) il compito di rilevare, sempre nel corso dell'episodio, il polso radiale, al fine di riferire se era assente o flebile oppure aritmico o marcatamente bradicardico o tachicardico, fornendo così ulteriori e spesso dati decisivi per la diagnosi di sincope.

Sono indispensabili l'esperienza e le conoscenze in materia da parte del medico esaminatore, la volontà di tentare di andare a fondo nella ricerca delle cause e, lo ribadisco, l'apporto di un valido testimone, con l'augurio che abbia compiuto le azioni appena consigliate.

I Prodromi. L'annotazione di ciò che il paziente ha avvertito poco prima è utile alla diagnosi, Un dolore al torace, una forte variazione del ritmo cardiaco, un intenso esercizio fisico possono far pensare ad una causa cardiaca. La sensazione di imminente perdita di coscienza, con sudorazione fredda, nausea, diminuzione dell'udito o della vista, magari dopo una sosta in piedi prolungata, possono farci orientare verso una Sincope Neuromediata. La sincope in corso di minzione o defecazione, dolore, tosse è verosimilmente una Sincope Situazionale, alla quale concorrono spesso altri fattori (febbre, caldo, anemia, farmaci, ecc.).

Altri dati di cui tener conto: un esordio rapido della PDC è anch'esso suggestivo per una causa cardiaca (aritmia, ecc.), mentre quello graduale fa pensare a una forma neuromediata, "benigna".

In caso di Sincope, con o senza convulsioni, la durata della perdita di coscienza e della fase post-critica, è (lo ripeto) breve, globalmente di 15-30 secondi o comunque meno di un minuto, e pertanto differisce da quella della Crisi Convulsiva Generalizzata (1- 3 lunghi minuti la fase critica, almeno 10-15 minuti la fase post critica !) con cui viene spesso scambiata. Tuttavia, esistono episodi di PDC con le caratteristiche della sincope di durata superiore al minuto: in questi casi la maggior durata suggerisce una causa cardiaca.

In caso di Sincope con convulsioni fornisco un consiglio a colleghi e non, derivante dalla mia personale esperienza: il testimone, in particolare se è un familiare comprensibilmente coinvolto sul piano emotivo, può affermare che la durata della perdita di coscienza "*è stata di cinque eterni minuti*" mentre in realtà è stata molto più breve. Come fare a capirlo ? Si può provare a guardare insieme al testimone le lancette di un orologio mentre scorrono in silenzio per un "lungo minuto"...e poi chiedere di nuovo cosa pensa il testimone della effettiva durata della perdita di coscienza e relativi fenomeni di accompagnamento, se presenti. Potrebbe rispondere che, concretamente, l'episodio rientrava nello spazio di un minuto al massimo, durata che renderà più suggestivo il sospetto diagnostico di sincope e non di crisi epilettica.

La ricerca di una diagnosi potrà condurci, a livello internistico-cardiologico, a comprendere se si è trattato di un problema cardiaco, oppure di "semplice" caduta della pressione arteriosa causata da farmaci, da situazioni particolari (es. caldo eccessivo),. Come sembra ovvio, vanno escluse anche le patologie che comportano anemia seria, ipoglicemia, alterazioni dell'ossigenazione a livello respiratorio, dell'equilibrio degli elettroliti (sodio, potassio, calcio, in particolare) e varie altre malattie.

Un'altra incertezza diagnostica, comunque meno frequente, nasce quando una PDC breve si associa a qualche sintomo o segno di deficit neurologico: in una situazione del genere il confronto diagnostico si svolge con l'**Attacco Ischemico Transitorio (AIT) Cerebrale**.

L'ictus cerebrale ischemico è preceduto abbastanza spesso da un evento minore, un "avvertimento" che si palesa con una sintomatologia simile: è l'AIT. *Fugace e non doloroso, a differenza dell'infarto del miocardio, esso resta spesso banalizzato,*

malgrado sia il migliore segno premonitore di un infarto cerebrale. A volte si tratta di episodi che sembrano, appunto, banali e che non allarmano quanto dovrebbero: la perdita, anche per pochi secondi o minuti della forza o della sensibilità di un braccio, della vista di un occhio, della capacità di esprimersi, oppure una vertigine soggettiva intensa con disturbi dell'equilibrio, indicano possibili fatti ischemici transitori in aree funzionali diverse del nostro encefalo. Per parlare di AIT, i deficit, per convenzione (rivoluzionata di recente), dovrebbero regredire entro 24 ore, ma nella maggioranza dei casi in realtà l'evento dura pochi minuti, massimo un'ora.

Statisticamente un AIT è seguito da Ictus ischemico in almeno un terzo dei casi nello spazio di tre mesi. Va da sé, logicamente, che ogni paziente con sospetto AIT debba essere accuratamente e scrupolosamente valutato. Un formicolio a un arto, improvviso e con una durata che può andare da pochi secondi a qualche ora, non deve metterci qualunquisticamente fuori strada, all'idea che sia "la circolazione" intendendo *erroneamente quella dell'arto interessato dai sintomi*: il problema, infatti, può coinvolgere, è vero, la *circolazione*, ma del *cervello* che sta dalla parte opposta! L'esempio appena riportato va comunque "interpretato" con perizia ed esperienza in quanto può essere la spia di altre patologie, cerebrali o non. In diversi lavori scientifici sono stati riportati alcuni sondaggi tra la popolazione: solo 8 % conosceva la definizione di AIT e più di un terzo dei soggetti che avevano presentato un AIT non avevano richiesto l'assistenza di un medico. Altri sondaggi condotti invece dieci anni fa tra medici di medicina generale in USA ha confermato che solo il 22 % era in grado di identificare correttamente la sintomatologia e correlarla a un AIT.

Anche se "la Sincope è un AIT cerebrale diffuso" in cui la mancata o ridotta perfusione arteriosa cerebrale transitoria produce un'ischemia "globale", *cioè di tutto il cervello*, essa può alterare in maggior misura un'area cerebrale particolare, qualora coesistano anomalie di alcuni vasi arteriosi di quel distretto vascolare cerebrale. Possono nascere così situazioni di ambigua interpretazione. Nel meccanismo appena descritto avremmo una sincope accompagnata e seguita da transitori segni di deficit cerebrali focali (deficit motorio lateralizzato, afasia, disturbo visivo, sensitivo, ecc.).

In un'altra rara ipotesi, potremmo invece assistere ad un AIT che, turbando l'equilibrio di aree di controllo vegetativo a livello ipotalamico o del tronco encefalico, è in grado di provocare una breve perdita di coscienza.

Sia una Sincope che un AIT cerebrale potrebbero essere provocati o favoriti, in determinate situazioni cliniche, in modo specifico negli anziani, da turbe emodinamiche vascolari legate dalla riduzione della pressione arteriosa sistemica.

Allego, a proposito, una Nota nel BOX accanto: l'argomento potrebbe essere definito *eretico*.

Nota in BOX

I Fattori di rischio vascolare noti... e meno noti.

Decenni di attenzione alla prevenzione dell'ipertensione arteriosa ci ha indotto, come classe medica, a trascurare la possibilità di pensare a un danno cerebrale su base ischemico-emodinamica causato da **ipotensione arteriosa** (ovvero la “pressione arteriosa bassa”, in particolare la diastolica, cioè la “minima”). La pressione arteriosa può essere stabile in ogni posizione del corpo oppure presentare una riduzione solo nell'ortostatismo (in piedi: ipotensione ortostatica). Questo fenomeno di frequente è *secondario* ad alcune malattie (anemia, vistose varici agli arti inferiori, ad esempio), *a terapie ipotensive, a diuretici, a psicofarmaci, a disidratazione, febbre o alte temperature atmosferiche*, ma può essere provocato da alterazioni funzionali o lesioni che coinvolgono i neuroni coinvolti nelle complesse regolazioni del sistema nervoso vegetativo (mediate dal simpatico e parasimpatico) spesso presenti in alcune malattie neurodegenerative come la M. di Parkinson e alcuni Parkinsonismi.

L'ipotensione ortostatica può comportare una perdita di coscienza breve, una Sincope o solamente i suoi prodromi (Pre-sincope).

L'ipotensione stabile o limitatamente alla posizione in piedi, e le cause che la determinano, *creano o fanno progredire, inoltre, un preesistente danno cerebrale* di qualsiasi natura se non vengono opportunamente **ricercate** (basta una misurazione in posizione supina e subito dopo a paziente in piedi, controllandola per almeno 3 minuti) e trattate, magari solamente con la riduzione o la sospensione della terapia sospettata, la cura dell'anemia, una normale alimentazione e idratazione (*guardare o toccare la lingua per valutare se è asciutta !*), oppure in alcune condizioni particolari attraverso l'uso di calze elastiche di contenzione o di farmaci.

In anziani con stenosi dei grossi o piccoli vasi arteriosi a destinazione cerebrale, quindi con un ostacolo meccanico al flusso arterioso verso il cervello, queste cause appena descritte diventano più incisive.

Un recente lavoro di un gruppo italiano (Poda) ha confermato in un campione di pazienti, ancora una volta, che l'ipotensione ortostatica *riduce di almeno il 20 % le prestazioni cognitive, misurate in quella postura.*

Da una parte di colleghi medici, tuttavia, risulta tenuto in poco conto il ruolo dell'ipotensione in soggetti anziani che lamentano *sensazione di stanchezza, di stordimento, di capogiri o di precario equilibrio, di "testa confusa", soprattutto quando stanno in piedi*. Non tutti, ricostruendo con pazienza la storia clinica chiedono esplicitamente se il fenomeno accade a letto o da seduti oppure solo quando stanno in piedi. In questi casi, il rilevamento di ipotensione arteriosa presente solo in ortostatismo, potrebbe giustificare i sintomi o una parte di essi, e soprattutto impedire *danni cerebrali sub-clinici*, quindi spesso silenti dal punto di vista sintomatologico oppure la prescrizione di farmaci "antivertiginosi", con la conseguenza di provocare spesso un'accentuazione dell'ipotensione ortostatica e dei sintomi correlati.

A proposito di "**danni cerebrali silenti su base emodinamica**", questi sono asintomatici fino a quando, accumulati nel tempo, si manifesteranno insidiosamente con segni di deterioramento cerebrale diffuso e quindi con sintomi e segni clinici a vari livelli, cognitivo (attenzione, memoria, soluzione di problemi complessi, alterazioni visuo-spaziali, ecc.), comportamentale (spesso apatia, depressione, irritabilità, ecc.) e motorio (disfagia, disequilibrio, parkinsonismo, cadute, ecc.).

Non esiste un valore critico per l'ipotensione valido per tutti, in quanto varia da individuo a individuo per comprensibili motivi e cause. Se otteniamo un miglioramento soggettivo del paziente riportando i valori pressori ad un livello un po' più alto...il risultato ci comunicherà che abbiamo preso verosimilmente la decisione corretta.

Le alterazioni vascolari hanno peraltro un ruolo nello sviluppo e nella evoluzione di un quadro di demenza (fra la florida letteratura scientifica sul tema: Suter O-C.).

E infine, la pressione arteriosa andrebbe misurata, in particolare ai pazienti a rischio per età o per malattie, almeno la prima volta, bilateralmente: una differenza fra le due braccia superiore a 15 mm di mercurio è indice di rischio di patologia vascolare periferica e cerebrale (Clark CE).

Un altro evento non trascurabile e alquanto frequente nell'età avanzata è rappresentato dalla Caduta.

Il Ministero della Salute, a ragione, definisce la Caduta come un evento "sentinella" di Fragilità.

La diagnosi differenziale fra Sincope e "semplice" Caduta, a causa dei molteplici fattori che possono determinare ambedue nell'anziano, rappresenta

un altro punto di complessità diagnostica se non c'è una testimonianza valida e non si conosce la *dinamica*: è svenuto, ha presentato un AIT o altro e di conseguenza è caduto oppure, viceversa, è caduto accidentalmente e, battendo la testa, ha perso conoscenza ed ha cancellato i ricordi “vicini” al trauma ?

La nostra *Medicina della Fretta*, di fronte alla “solita” frattura femorale da caduta dell'anziano, trascura a volte di ricercare le cause e non desidera prevederne le conseguenze. Immaginiamo un caso, peraltro non infrequente, di frattura femorale da caduta provocata da una Sincope, a sua volta determinata da una seria anomalia cardiaca che necessita con una certa tempestività di un Pace-maker cardiaco: bisognerà tentare di ricostruire la storia clinica attraverso i testimoni e procedere agli accertamenti adeguati, e non limitarsi al solo intervento chirurgico ortopedico !

Le conseguenze immediate o tardive di una caduta possono essere di differente gravità e comprendere la temibile *Post fall syndrome* o *Fear of falling syndrome*, la “Sindrome della paura di cadere”, con conseguente peggioramento dell'attività motoria e riduzione del livello di autonomia. Le Cadute e questa sindrome sono in grado di ridurre ulteriormente l'autonomia dei pazienti, attraverso un meccanismo apparentemente semplice: un anziano o un soggetto fragile che cade, temendo per successive cadute, evita di camminare e se lo fa, si muove per una distanza ridotta, con lentezza ed un esasperato atteggiamento di estrema cautela, ricercando ansiosamente e aggrappandosi continuamente a supporti che possono salvaguardarlo, in definitiva autolimitando ulteriormente e in modo progressivo la propria autonomia. Tale comportamento genera, fra le conseguenze, una temibile sarcopenia (riduzione della massa muscolare) che limita ulteriormente e gradualmente ogni capacità funzionale motoria.

La Fear of falling syndrome è stata descritta nel 1982 da Murphy and Isaacs. La rilevanza della sindrome, la sua notevole ricaduta sulla autonomia del paziente e la necessità conseguente di stretta assistenza quotidiana sono state confermate da numerosi casi personalmente osservati e da altri lavori scientifici.

Guida ed Episodi di Perdita di Coscienza

A tutt'oggi non esiste una legge che imponga al medico di segnalare che un suo paziente ha presentato un episodio di P.D.C. di qualsiasi natura. Questa patologia

concorre sicuramente ad aggravare il carico di incidenti alla guida di veicoli, assieme all'uso di cellulari alla guida, all'alcool, agli psicofarmaci, alle demenze misconosciute (quelle con problemi visuo-spaziali, con agnosia visiva, con ridotta critica e giudizio, ecc. – *le funzioni cognitive sono tante e i dementi non hanno solo problemi di memoria !*). Risulta rilevante il consiglio di non guidare autoveicoli fino al raggiungimento della diagnosi e del controllo dei sintomi.

LE CRISI EPILETTICHE.

Perché è utile parlarne ? Negli ultimi dieci anni si è notato che l'incidenza di crisi epilettiche in soggetti di età superiore ai 65 anni, contrariamente a quanto ritenuto in passato, è più elevata rispetto alle altre fasce di età. Una delle ragioni per cui queste informazioni sono state acquisite così tardivamente è legata alle difficoltà di diagnosticare, per motivi che analizzerò dopo, le crisi stesse.

Intanto, una Definizione: la crisi epilettica è un evento parossistico causato dalla scarica improvvisa, eccessiva e rapida di una popolazione più o meno estesa di neuroni dell'encefalo. L'aggregato di neuroni interessati dalla scarica viene definito "focolaio epilettogeno".

Per sgomberare il campo dai molti luoghi comuni che infestano questo campo della neurologia, desidero premettere alcune precisazioni pratiche ed essenziali:

- Il termine "Crisi epilettica sporadica" deve essere differenziato dal termine "Epilessia-Malattia": quest'ultimo indica una condizione caratterizzata dalla ricorrenza di episodi epilettici dovuti a una patologia sottostante, mentre non può essere considerato malato di Epilessia un individuo che ha presentato una crisi singola o poche crisi in seguito all'esposizione a una o più *condizioni favorenti*, come ad esempio uno stato febbrile, l'assunzione di particolari farmaci, la privazione prolungata di sonno, l'esposizione protratta a videogiochi o luci psichedeliche, abuso o interruzione brusca di sostanze alcoliche o sostanze psicotrope, alterazioni metaboliche, specialmente ipoglicemia e modificazioni della osmolarità del sangue e altre condizioni ancora. In casi del genere si parla, appunto, di Crisi epilettiche sporadiche, condizione in cui gli episodi critici non ricompaiono se le condizioni scatenanti e favorenti sono assenti o vengono evitate,

e dunque di persone con “bassa soglia epilettica” simile come concetto, ad esempio, alla soglia al dolore fisico che è differente fra diversi individui.

- Esistono molte varietà di manifestazioni epilettiche. L'Epilessia è una malattia di competenza neurologica che si può esprimere clinicamente in forme diverse e con evoluzione, gravità e prognosi diverse. Esistono quindi molte varietà di episodi epilettici sulla base principalmente della sede anatomica del focolaio epilettogeno e dei conseguenti aspetti funzionali (una crisi con focolaio in area motoria si svolgerà, ad esempio, con sintomi diversi da quelli derivanti un'area deputata alla visione), con una diversificata capacità espressiva che non deve destare meraviglia, conoscendo la vastità sorprendente delle funzioni cerebrali.
- Un individuo con Epilessia-Malattia può presentare crisi di un solo tipo o di diverse tipologie.
- L'Epilessia, nella stragrande percentuale dei casi, consente prestazioni e qualità di vita perfettamente normali.

Le crisi epilettiche vengono suddivise, attraverso una descrizione clinica che sarà estremamente sintetica, in Crisi generalizzate e Crisi parziali.

Crisi generalizzate:

1. Epilessia generalizzata Tónico-clonica o Grande Male (GM)
2. Assenza Tipica (Piccolo Male) o Atipica

La **Crisi di Grande Male**: questo tipo di attacco è usualmente ciò che si intende col termine *Epilessia* nel linguaggio comune. E' classicamente caratterizzata da un iniziale contrazione di tutti i muscoli scheletrici (Fase Tónica) seguito, dopo poche decine di secondi, da contrazioni muscolari rapide, più o meno ritmiche e regolari, con movimenti ampi e veloci (Fase Clonica). Durata: circa 1-3 minuti. Questo tipo di crisi si conclude con una fase detta di risoluzione, seguita da una post-critica nella quale il soggetto appare inizialmente comatoso, poi soporoso, rallentato, confuso, sofferente. La durata della fase post-critica, dopo una crisi di GM, può variare da circa dieci minuti ad un'ora. Residua amnesia lacunare, ovvero relativa alla durata della crisi. Può associarsi in molti casi la morsicatura della lingua e la perdita di urine. Colpisce tutte le età.

La **Crisi tipo assenza**: è caratterizzata da un'interruzione dello stato di coscienza in cui il soggetto, molto frequentemente un bambino, sembra diventare assente e insensibile ai richiami del mondo circostante per un breve periodo di tempo (di solito 15-20 secondi). Si possono associare leggere contrazioni muscolari in particolare delle palpebre o di altre aree facciali. Non c'è perdita del tono posturale né caduta.

Crisi parziali (o focali):

Si definiscono semplici se non sono accompagnate da alterazione dello stato della coscienza, complesse se si associa una compromissione di vario grado dello stato di coscienza (abbastanza simile ad un'assenza, uno stato sognante), ma senza perdita del tono posturale o caduta.

Le crisi di questo tipo si caratterizzano quindi, in “negativo”, per la particolare funzione dell'area cerebrale coinvolta. Possono manifestarsi, di conseguenza:

- con segni **motori**: sono caratterizzate da contrazione tonica, seguita poi da “clonie” che esordiscono al livello dell'emiviso o di un arto (mano, piede), movimenti involontari che possono estendersi fino ad interessare tutto l'emicorpo dello stesso lato o addirittura coinvolgere l'altro lato del corpo e, a questo punto, generalizzarsi, come una crisi di GM. L'area cerebrale da cui parte lo stimolo patologico è controlaterale, nelle vicinanze dell'area motoria frontale .

- con segni che nascono da aree che governano le modalità sensoriali, i nostri 5 sensi:

Crisi sensitive: parestesie (formicolii, dolore, sensazione di “scossa elettrica”) a livello di una parte o dell'intero emicorpo controlaterale all'area alterata, prevalentemente in sede parietale

Crisi visive: scotomi (punti luminosi o no) all'emicampo visivo di ambedue gli occhi controlateralmente al focolaio epilettico, oppure percezioni deformate della realtà, come le macropsie (aumento dimensione oggetti), le micropsie (riduzione dimensione oggetti), le metamorfopsie (alterazione della forma degli oggetti), allucinazioni complesse (percezioni senza oggetto, spesso complesse ed articolate, come scene, persone): la scarica patologica dei neuroni alterati si origina elettivamente dalla corteccia visiva, in sede occipitale, e dalle aree parietali e temporali vicine.

Crisi uditive: comportano ronzii, sibili, rumori che nascono da un focolaio a livello delle aree temporali controlaterali.

Crisi olfattive: percezione di odori sgradevoli; sono tipicamente localizzate a livello dell'area temporale profonda denominata uncus (da cui il termine di "crisi uncinata"), a volte anche a livello della corteccia frontale inferiore.

Crisi gustative: sensazione di gusti sgradevoli (acido, amaro ...), determinate da scariche patologiche a partenza dalla corteccia frontale inferiore.

- con segni o sintomi che dimostrano il coinvolgimento di aree cerebrali, in regione temporale profonda prevalentemente, destinate al governo delle attività **autonomico-vegetative**, "quelle funzioni che non comandiamo" a carico di organi interni, pupille, ghiandole salivari ecc. Vengono descritte da pazienti, oppure osservate dai testimoni, come sensazione di peso epigastrico, nausea, vomito, ipersalivazione, tachicardia o bradicardia, palpitazione, arrossamento o pallore, piloerezione, dilatazione pupillare, vampate, sudorazione. *E' facile comprendere come questo tipo di crisi si presti a difficoltà diagnostiche con malattie extra-neurologiche o con anomalie psichiche.*

A volte queste manifestazioni rappresentano segni premonitori di altre crisi, in particolare quelle di Grande Male, e in questo caso vengano chiamate *aure epilettiche*.

- con **sintomi psichici e cognitivi**, quando il focolaio epilettico è localizzato prevalentemente nelle strutture profonde del lobo temporale:

Crisi disfasiche: compromissione del linguaggio di vario tipo, per l'interessamento di aree frontali e temporo-parietali dell'emisfero dominante.

Crisi affettive: sensazioni, per la maggior parte spiacevoli, tipo ansia, terrore, depressione, rabbia, pianto o riso immotivati, esperienze mistiche o di estasi. Anche questo tipo di crisi si presta a difficoltà diagnostiche con malattie psichiatriche.

Crisi cognitive: percezione alterata della realtà (sensazione di vivere in un sogno "dreaming state" oppure sensazione di depersonalizzazione), pensiero forzato (idea che si impone al soggetto). **Crisi dismnesiche:** sensazione di familiarità, di già visto o vissuto (déjà-vu, déjà-vécu) o di estraneità (jamais-vu, jamais-vécu), incapacità di rievocare ricordi (*Transient Epileptic Amnesia*), che si presta a difficoltà nella diagnosi differenziale con la "benigna" Amnesia Globale Transitoria (**vedi Box**).

Spesso le crisi parziali complesse che nascono da un focolaio epilettogeno temporale profondo si caratterizzano anche per la presenza di *automatismi*, come deglutizione, masticazione, sfregamento delle mani, emissione di suoni o parole senza senso, fino a giungere a comportamenti complessi di fuga.

E infine, Crisi “miste”, con la partecipazione di diverse strutture cerebrali al “concerto” di una crisi, e di conseguenza manifestazioni con due o tre aspetti delle crisi descritte prima.

Le crisi parziali interessano un’area più o meno circoscritta dell’encefalo e sono quindi caratterizzate dal coinvolgimento iniziale di una parte ben localizzata della corteccia cerebrale, con la sua caratteristica funzione, un focolaio che può rimanere “elettricamente” localizzato oppure espandersi e diffondersi fino a coinvolgere strutture dello stesso lato o di entrambi gli emisferi: in questo caso, ben visibile se la crisi è motoria, si parla di crisi parziali secondariamente generalizzate.

Per concludere questa panoramica semplificata sull’Epilessia, un cenno allo “**Stato di Male Epilettico**”: si tratta di una drammatica situazione in cui l’individuo in preda a una crisi epilettica (soprattutto di GM, ma anche di altro tipo) presenta *crisi subentranti*, in maniera tale da non consentirgli la ripresa di coscienza. Questo fenomeno comporta un danno neuronale. Lo stato di Male Epilettico è da considerarsi una vera e propria emergenza medica.

Amnesia Globale Transitoria

Quell’improvviso allarmante disturbo della memoria

Una donna o un uomo, di età quasi sempre compresa fra i 50 e i 75 anni, senza alcuna malattia di rilievo nella propria storia clinica, diviene bruscamente incapace di apprendere nuovi ricordi e nello stesso tempo di ricordare ciò che è avvenuto nelle ore e spesso nei giorni o settimane (a volte nei mesi e negli anni precedenti). Si esprime normalmente, conosce la propria identità e riconosce i familiari, a cui risponde in maniera adeguata. In modo del tutto caratteristico ripete le stesse domande parecchie volte poiché ne comprende di volta in volta le risposte, risposte che è incapace di fissare nella memoria se non per pochi secondi. Appare perplesso, si chiede cosa gli stia accadendo, mostra in modo evidente che dimentica a mano a mano gli avvenimenti che si producono durante l’episodio.. Se il soggetto è colto dall’episodio mentre compie il proprio lavoro abituale, è in grado di portarlo a termine, e allo stesso modo, se presenta il disturbo mentre cammina o guida la macchina, è capace di tornare a casa.

L'episodio dura in genere ore (da mezz'ora a 12 ore circa), allarmando a dismisura il paziente stesso e i familiari. Quando finalmente i disturbi cessano, lasciano in eredità un " buco di memoria " non recuperabile che riguarda quanto accaduto durante l'episodio stesso. In compenso, i ricordi dei mesi, settimane, giorni precedenti, alterati durante l'episodio, vengono ripristinati pienamente permettendo al paziente di ritornare ad uno stato di normalità.

Questo evento apparentemente drammatico è nella realtà, nella maggioranza dei casi, di natura benigna ed è privo di risvolti seri per il presente ed il futuro del paziente, a parte la possibilità che si ripeta ancora una volta a distanza di tempo *in un quarto di casi*.

Predilige i soggetti di sesso femminile, gli iperemotivi e iperattivi, spesso con una storia di Eemicrania o di Ipertensione arteriosa.

Non ha cause e meccanismi certi, ma si pensa che sia provocato da un'ischemia cerebrale benigna, ovvero abbia le stesse modalità di un'altra patologia benigna, l'Eemicrania con aura. Non possiede quindi alcun collegamento con le "vere" Ischemie cerebrali, transitorie o meno: questo è stato più volte provato seguendo per anni gruppi di soggetti con Amnesia Globale Transitoria (AGT) e confrontandoli con soggetti sani e con altri che avevano avuto un' Ischemia cerebrale transitoria (AIT: vedi prima). Gli "amnesici" vanno incontro nel corso degli anni a Ictus ischemici cerebrali esattamente con la stessa frequenza dei soggetti sani, mentre gli altri, i soggetti con AIT, hanno una netta maggiore incidenza successiva di Ictus, come riferito prima, e ne patiscono le sue conseguenze devastanti.

Solamente pochi episodi di AGT sono secondari a patologie cerebrali rilevanti ed in questo caso assumono caratteristiche differenti (ad esempio, negli episodi epilettici del lobo temporale, nelle crisi isteriche, in certe lesioni cerebrali). Può accadere di riscontrare, nel corso di accertamenti di neuroimmagine con TC o RM, un tumore cerebrale benigno. Nei pochi casi della letteratura descritti è incerto il ruolo del tumore nello scatenamento dell'episodio amnesico: in un caso descritto da me e colleghi il meningioma era classificabile come reperto occasionale (non recidiva di episodi simili, non crisi epilettiche né AIT; evoluzione del tumore negli anni assente).

Negli ultimi 40 anni ho seguito almeno 300 casi di AGT, sia durante lo svolgimento dell'episodio, che nelle ore successive. Trovo ancora interessante descrivere questo insolito disturbo della memoria, noto da poco più di 50 anni, poiché continua tuttora a creare un indiscusso allarme nell'entourage familiare malgrado le conoscenze scientifiche ce lo abbiano riconsegnato negli ultimi decenni come evento a prognosi benigna.

La classe medica a volte, purtroppo, non ha nozioni chiare nei riguardi di questa manifestazione, rendendosi a volte responsabile di un ulteriore allarmismo, sostenendo di conseguenza *l'esecuzione di esami inutili o la prescrizione di molecole anti-aggreganti* (i farmaci che rendono il sangue più fluido evitando i fenomeni trombotici: sono l'Aspirina, la Ticlopidina, Clopidogrel, ecc.) come se si trattasse di un AIT cerebrale.

Esempio di fenomeno inquietante opposto è quello che ingloba pazienti, familiari e a volte anche medici, quando evitano di prendere sul serio gli AIT cerebrali di brevissima durata, che invece, come scritto prima, rappresentano una vera e propria punta di iceberg che nasconde in seno il pericolo. Se adeguatamente indagati e trattati, gli AIT possono perdere buona parte della loro pericolosità.

Una condizione particolare è rappresentata dai casi di manifestazioni del tutto simili all'AGT ma scatenate da farmaci, in genere Benzodiazepine (i ben noti Valium, Tavor e Control, EN, Minias, Lexotan, Halcion e Songar, ecc.....), più raramente da diverse altre molecole (anticolinergici, anestetici, diclofenac, cloroquina, ecc.), o sostanze di uso comune come l'alcol.

In un articolo di Morris HH ed Estes ML sono protagonisti paradossalmente tre neuroscienziati, una Benzodiazepina, il Triazolam (Halcion, Songar, ecc.)...e gli alcolici. Riporto l'abstract dell'articolo in lingua originale: *Three neuroscientists traveled on different occasions from New York to Europe to attend scientific meetings. In an attempt to minimize "jet lag," they all took triazolam, 0.5 mg, during the flight. In addition to the medication, they also consumed ethyl alcohol to a variable degree, none to clinical intoxication. All three experienced an episode of anterograde amnesia that lasted several hours. In two of the individuals, neurologists associated with them did not detect any memory disturbance at the time. These episodes of transient global amnesia were evidently secondary to the triazolam or the combination of triazolam and ethyl alcohol. These episodes suggest caution if using this medication to avoid jet lag, especially if ethyl alcohol will be consumed.*

Caratteristiche della Transient Epileptic Amnesia rispetto alla AGT

- Durata della crisi di pochi minuti, ma con stato post-critico prolungato, non tale da raggiungere una durata complessiva che può avvicinarsi a quella dell'AGT***
- Stato di coscienza: può essere alterato e senza le caratteristiche di "lucidità" dell'AGT***
- Possono essere presenti fenomeni di Aura o Automatismi oppure coesistono altri tipi di manifestazioni epilettiche***

- *Assenza di domande ripetute (come avviene nell'AGT)*
- *Lacuna mnemonica residua: il soggetto afferma, dopo, di “ ricordare di non essere stato capace di ricordare “*
- *L'EEG può rivelare il focolaio epilettogeno*
- *Gli esami di neuroimmagine di primo livello (TC o RM), in qualche caso, sono in grado di evidenziare una lesione ippocampale*
- *La Storia clinica nel complesso, seguendo il soggetto per qualche mese o anno, ha un'evoluzione diversa, ovvero con episodi recidivanti a frequenza variabile. Tuttavia, gli episodi recidivanti di AGT, anche se pochi, creano incertezza diagnostica.*

Come è opportuno comportarsi nel caso foste testimoni di un episodio di Amnesia Globale Transitoria o di Crisi epilettica tipo Transient Epileptic Amnesia (TEA) ?

Nel primo caso, non dovrete allarmarvi né allarmare paziente e familiari; si può consultare il neurologo, soprattutto per escludere la *rara* possibilità che si tratti di una forma di AGT secondaria ad altre patologie di interesse neurologico che ho segnalato sopra.

Nella seconda eventualità, che possiede aspetti clinici ed evolutivi un po' diversi (vedi sotto), il ricorso allo specialista neurologo è d'obbligo.

Poche parole (utili) sulle Cause dell'Epilessia.

In generale: si è soliti suddividere le epilessie dal punto di vista eziologico in tre famiglie: epilessie genetiche (idiopatiche), epilessie da cause sconosciute (criptogenetiche), epilessie da cause metaboliche o strutturali (sintomatiche o secondarie a diverse patologie extraneurologiche e, ovviamente, neurologiche).

Queste ultime, le **secondarie**, sono di enorme interesse in quanto offrono (non sempre) l'opportunità di riuscire a individuare e rimuoverne la causa. Il fatto rilevante è determinato, quindi, dalla possibilità che possano essere provocate da una qualsiasi lesione parenchimale *visibile* alle neuroimmagini attraverso la TC o la RM, come Tumori e Malformazioni artero-venose (su cui si può agire chirurgicamente o con altri mezzi), oppure i segni di lesioni relative ad eventi ictali noti (pregressi Infarti o Emorragie cerebrali) o di processi demielinizzanti (Sclerosi Multipla). Può

accadere a volte che le patologie a monte siano meno identificabili anatomicamente con questi mezzi diagnostici: ciò avviene con gli esiti “cicatriziali” di traumi cranici (anche quelli determinati da traumi da parto alla nascita, un tempo più frequenti), di malattie infiammatorie come encefaliti e meningiti, di malattie degenerative come la malattia di Alzheimer, di processi complessi che hanno a che fare con la migrazione embriologica neuronale.

In particolare nel soggetto anziano, la causa più frequente di crisi epilettica secondaria è in relazione a malattie cerebrovascolari note *o meno*. Nel primo caso è secondaria ad un ictus cerebrale ischemico o emorragico conosciuto, nel secondo a lesioni che riscontriamo alla TC o, molto meglio, alla RM, lesioni che si sono create nel tempo in maniera asintomatica, silente, prodotte nel tempo da alterazioni vascolari o da microemboli cardiaci o provenienti dall’arco aortico.

Il rapporto fra Epilessia ed Eventi vascolari cerebrali noti o silenti prevede anche la possibilità che la comparsa di una crisi epilettica sia persino un fattore di rischio per la successiva comparsa di ictus cerebrale (Cleary P).

Tra le cause extra-neurologiche di Epilessia tardiva cito: l’ipoglicemia, l’iperglicemia, la riduzione di sodio o calcio nel sangue, le malattie e i farmaci che ne sono la causa.

In qualsiasi modo si determinino le alterazioni strutturali o biochimiche cerebrali, trasformano la funzionalità neuronale di una parte o di tutto il tessuto cerebrale, anche attraverso modificazioni patologiche a carico della rete dei neurotrasmettitori.

Anziani ed Epilessia

“Cosa c’è di importante da apprendere sull’argomento *Epilessia negli anziani* ?” si chiedono Nancy S. Collins e colleghi nell’introduzione al loro articolo. Questo tipo di epilessia va inteso come un evento patologico che si manifesta *dopo* i 60-65 anni e, pertanto, deve essere distinta dall’epilessia *preesistente* da molti anni nei soggetti epilettici.

Riporto in modo schematico i vari aspetti che distinguono questa patologia spesso sottostimata.

I pazienti anziani hanno, rispetto agli individui più giovani, in tema di Epilessia, differenti dati che riguardano:

1. Incidenza e prevalenza

2. Cause

3. Presentazione clinica

4. Prognosi

5 Terapia. Buona risposta ai farmaci antiepilettici, associata ad una minore tolleranza agli stessi (almeno a quelli di prima generazione).

1. Alcuni dati sintetici di **Incidenza e prevalenza** (Hauser)

Incidenza a 50 anni 28\100.000

Incidenza a 60 anni 40\100.000

Incidenza a 75 anni 139\100.000

La Prevalenza va dall'1% per gli individui di età superiore a 60 anni ad oltre il 5% per quelli ricoverati in nursing home.

Come si può osservare, l'incidenza del fenomeno cresce con l'avanzare dell'età. Malgrado tale evidenza, tuttavia, la sottostima del problema "Crisi epilettiche" nell'anziano appare certa, frutto di una scarsa cultura neurogerontologica.

2. **Cause:** quella più comunemente identificabile nell'anziano è rappresentata dalle lesioni cerebrovascolari (40-50 %). Altre cause: Mal. Di Alzheimer, tumori e traumi cranici.

Le nostre usuali tecniche di neuroimaging (TC, RM), tuttavia, non sono in grado di stabilire una causa, una lesione fonte del fenomeno epilettico, nel 25-40 % dei nuovi casi. La cifra si restringe con l'uso di strumenti più sofisticati, come la RM di diffusione o funzionale, la SPECT e la PET cerebrale. Anche l'EEG standard non sempre consente di registrare le anomalie epilettiche, per cui il suo raggio di azione va allargato attraverso tecniche di registrazione che ne aumentino la sensibilità, ovvero eseguendo l'esame durante il sonno o, viceversa, dopo prolungata privazione di sonno.

3. **Presentazione clinica.** Probabilmente risiede nella maniera di manifestarsi delle crisi il motivo della sottostima degli episodi epilettici nell'anziano. Infatti, rispetto al soggetto giovane, questi sono rappresentati maggiormente dalle crisi parziali:

Crisi Parziali complesse nel 38,3 %

Crisi Grande Male nel 27,1 % *(da rilevare che le crisi tonico-cloniche generalizzate rappresentano invece i 2\3 nei pazienti sotto i 40 anni !)*

Crisi Parziali semplici nel 14,3 %

Crisi Parziali secondariamente generalizzate nel 12,8 %

Inoltre, le Crisi parziali nell'anziano differiscono per altri particolari che possono essere confondenti per riconoscimento da parte dei familiari e del personale sanitario per una tempestiva diagnosi:

- C. Le aure epilettiche sono meno frequenti
- D. ...così pure gli automatismi
- E. Lo stato confusionale post-critico può essere prolungato (ore o giorni !!)

19. Prognosi

Rispetto ai giovani adulti, gli anziani con crisi comiziali new-onset (esordite, appunto, nella tarda età) hanno un più alto tasso di recidive: dal 15 al 30 % nel primo gruppo si va dal 40 al 90 % per gli anziani, *soprattutto se le prime crisi non sono state trattate.*

Per essere trattate, è ovvio, vanno riconosciute. Provo ad analizzare e sintetizzare le ragioni del *mancato riconoscimento dell'Epilessia nell'anziano*, che giustificano, in parte, le difficoltà diagnostiche in questa popolazione:

- Le Crisi di GM, esperienze eclatanti che creano un indelebile turbamento in chi assiste, ben riconoscibili anche dalla popolazione, sono meno frequenti nell'anziano
- Gli episodi parziali, che sono, come ho scritto prima, più frequenti, vengono spesso diagnosticati come Attacchi Ischemici Transitori Cerebrali, meno come malattie metaboliche, come sindromi dovute a tossicità da farmaci, o altro
- E' frequente una seria comorbilità (l'anziano ha diverse malattie) e polifarmacoterapia (la popolazione dei pazienti anziani assume spesso numerosi farmaci): tale condizione crea complessità clinica
- Almeno il 30 % dei pazienti non riconosce la serietà degli episodi critici o li sottovaluta
- C'è un differente comportamento dell'EEG nel giovane e nell'anziano (maggiori risposte "negative" nell'anziano).

E' accertato da vari studi che per queste ragioni la diagnosi di Epilessia nell'anziano può avvenire con almeno 2 anni di ritardo.

Accanto a queste problematiche, già di non semplice approccio, esistono quelle relative alle **Crisi Epilettiche favorite da Farmaci**, che rivelano la possibilità che nell'anziano (e non...) compaiano crisi epilettiche alle quali concorrono diversi fattori legati, appunto, a molecole potenzialmente epilettogene, al loro dosaggio e alla durata del trattamento, allo stato clinico generale (insufficienza renale o epatica, anemia, influenza di altri farmaci, ecc.), in definitiva alla "bassa soglia epilettica" preesistente e potenziata o cretasi in seguito all'invecchiamento cerebrale.

Allego una tabella esemplificativa:

Farmaci che possono provocare o favorire l'insorgenza di Crisi epilettiche (i nomi commerciali di alcuni sono in grassetto):

- **Antipsicotici:** in particolare Clorpromazina (*Largactil*), Tioridazina (*Melleril e Mellerette*, sospesi dal commercio) e Clozapina (*Leponex*), con minore frequenza con altri antipsicotici.
- Antidepressivi: Triciclici (*Amitriptilina-Laroxyl ecc.*, *Clomipramina-Anafranil*, ecc.), Mianserina-*Lantanon*, Maprotilina-*Ludiomil*, raramente gli usatissimi SSRI (*Fluoxetina-Prozac*, *Fluvoxamina-Maveral ecc.*, *Paroxetina-Sereupin* e altre molecole e relativi nomi commerciali)
- Antiepilettici: effetto paradossoso di Fenitoina-*Dintoina*, Carbamazepina-*Tegretol*, Ac.Valproico-*Depakin* e *Depamag*
- Antistaminici (numerosi i nomi commerciali)
- Antibiotici: Chinolonici (*Ciprofloxacina-Ciproxin* e simili, ecc.), Beta-lattamici (*Penicilline* e *Cefalosporine*: numerosi i nomi commerciali)
- Antifungini, antimalarici, antivirali (numerosi i nomi commerciali)
- Antineoplastici e immunosoppressori
- Antiaritmici: *Mexiletina-Mexitil*, Beta-bloccanti (numerosi i nomi commerciali)
- Mezzi di contrasto radiologici
- Litio
- Teofillina (*Aminomal*, *Theodur*)
- **Tramadolo** (*Contramal*)
- Droghe pesanti
- Sindrome da Sospensione da vari farmaci.

5. Terapia: buona risposta agli antiepilettici ... tuttavia associata a una minore tolleranza ai vecchi farmaci

Il miglior trattamento antiepilettico richiede l'abbinamento di efficacia e tollerabilità, in particolare se rivolto ai soggetti anziani. L'età provoca un sostanziale cambiamento dei processi farmacocinetici (assorbimento...) e farmacodinamici (...), per cui, in generale, sono necessari minori dosaggi di farmaci antiepilettici. Tuttavia, malgrado la loro bassa concentrazione, questi tendono a provocare effetti indesiderati.

I vecchi farmaci (Fenobarbital-*Luminale e Gardenale*, Fenitoina-*Dintoina*, Carbamazepina-*Tegretol*, Ac. Valproico-*Depakin e Depamag*) possono provocare, in breve :

- Osteopenia e una maggiore incidenza di cadute e fratture (tutti)
- Artropatia (Fenobarbital)
- Atassia (Fenitoina e Carbamazepina)
- Sedazione, sonnolenza, effetti negativi sulla cognitiv  (Fenobarbital, Carbamazepina, Ac. Valproico)
- Iposodiemia (Carbamazepina)
- Tremori (Ac. Valproico)
- Aumento di peso (Ac. Valproico)

Possiamo immaginare, come esempio, le conseguenze di un terapia a base di Fenobarbital dato ad un anziano dopo una crisi epilettica di qualsiasi tipo presentatasi dopo un ictus cerebrale che ha provocato limitazioni motorie: da una parte queste ultime possono aggravarsi per coinvolgimento delle articolazioni per l'azione negativa del farmaco, in modo peculiare degli arti paretici, dall'altra il farmaco   in grado di "stordire" il soggetto, rendendolo incapace di collaborare alla rieducazione fisioterapica e collocandolo fra le persone a rischio di cadute, proiettandolo infine verso una dimensione di difficile ritorno alla ripresa, verso una Sindrome da immobilizzazione, una reclusione a letto, somma di limitazioni funzionali in parte evitabili con l'uso di una terapia diversa.

Con un occhio vigile alle spese sanitarie, aspetto oggi pi  che mai da non sottovalutare, la cura mancata e la cura inadeguata producono *anche* un dispendio di risorse economiche.

Stiamo imparando a conoscere sempre meglio gli antiepilettici pi  recenti, farmaci che ricevono continuamente delle conferme che mostrano effettivamente profili di sicurezza e tollerabilit  superiori agli antiepilettici di prima generazione. Gli studi

sull'Oxacarbazepina (*Tolep*), simile alla Carbamazepina (*Tegretol*), hanno evidenziato una marcata minore incidenza di effetti avversi negli anziani rispetto ai giovani adulti. Il Topiramato (*Topamax*) sembra ben tollerato, a parte qualche problema cognitivo di cui tener conto trattando anziani; questo farmaco può peraltro ridurre il peso corporeo e pertanto è consigliabile provarlo in pazienti in soprappeso. Anche il Leviracetam (*Keppra*, *Epitiram*) e la Lamotrigina (*Lamictal*) risultano promettenti e tollerati.

Gli Studi recenti rendono, pertanto, consigliabile affidarsi ai farmaci di nuova generazione e tentare di scardinare antichi condizionamenti e abitudini terapeutiche inveterate.

Conclusioni

Le sincopi “benigne” del giovane non destano in genere preoccupazioni, a meno che non siano ripetute e, pertanto, fonte di disagio e fragilità. Il loro trattamento farmacologico è risultato spesso deludente per cui sono ritenuti più utili i rimedi pratici (assumere abbastanza liquidi, evitare alcuni fattori scatenanti, distendersi per terra alle prime avvisaglie). Argomento diverso, come si è intuito, è quello relativo alle sincopi nell'adulto-anziano, alla cui complessa terapia non accenno, essendo peraltro in buona parte delegata ai cardiologi.

A questo punto un accenno alla **Morte Improvvisa** è doveroso, in quanto può essere in rapporto, anche se è una complicazione rara, con le Sincopi cardiogene e le Crisi Epilettiche. Una storia familiare di morte prematura o una storia personale di malattie cardiache giustificano degli sforzi diagnostici supplementari. Alcuni farmaci possono provocare o favorire, alleandosi con altri farmaci o condizioni, una Morte Improvvisa da aritmia ventricolare in soggetti predisposti (e ancora di più se di sesso femminile). Essi sono in grado di alterare la cinetica cardiaca agendo a livello di substrati chimici e “*allungando l'intervallo QTc*” che è possibile evidenziare ad un comune elettrocardiogramma (ECG). Fra i farmaci coinvolti, diversi psicofarmaci, fra cui l'usatissimo antipsicotico Aloperidolo (*Serenase* e *Haldol*) e alcuni antidepressivi, antibiotici, ecc. L'elenco può essere visionato sul sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Alcune conoscenze scientifiche di prevalente matrice neurologica che riguardano in modo predominante il mondo dei soggetti anziani fanno ancora fatica ad essere tenute nel debito conto, riconosciute, di conseguenza diagnosticate tempestivamente e

trattate nella maniera appropriata. Nella classe medica resiste il pregiudizio che l'Epilessia dell'Anziano sia un tema irrilevante. L'argomento che riguarda in generale gli episodi di perdita o di alterazione di coscienza, con le sue variegate manifestazioni di tipo epilettico (queste ultime numerose a causa della "ricchezza" delle funzioni del cervello umano), rappresenta per diversi motivi un capitolo di attualità in campo neurogeriatrico. Ne sono testimonianza i dati scientifici riguardanti il numero in progressivo aumento della popolazione anziana, le interazioni farmacologiche a causa delle diverse malattie (polipatologia) che possono affliggerli e della politerapia conseguente, la suscettibilità biologica del cervello dell'anziano e, infine, la sottostima di questo gruppo di manifestazioni e della loro complessità da parte della popolazione e della stessa classe dei professionisti della Salute.

Queste patologie hanno un costo umano di disagi immaginabile e, infine, una rilevanza economica non trascurabile che ricade sulle risorse, sempre più ridotte, dedicate alla Salute dei soggetti più vulnerabili.

Bibliografia essenziale

1. Bilo L, Meo R, Ruosi P, de Leva MF, Striano S. *Transient epileptic amnesia: an emerging late-onset epileptic syndrome*. *Epilepsia* 2009;50 . Suppl 5:58-61.
2. Brodie MJ, Elder AT, Kwan P. *Epilepsy in later life*. *Lancet Neurology* 2009;8:1019-1030.
3. Clark CE, Taylor RS, Shore AC, Campbell JL. *The difference in blood pressure readings between arms and survival: primary care cohort study*. *BMJ* 2012; 344).
4. Collins N, Shapiro RA, Do, Ramsay RE. *Elders with Epilepsy*. *Med Clin N Am*. 2006. 945-966.
5. Cleary P, Shorvon S, Tallis R. *Late onset seizures as a predictor of a subsequent stroke*. *Lancet* 2004; 263:1184-1186.
6. Hauser WA. *Seizures disorders: the change with age*. *Epilepsia*. 1992;33 (Suppl. 4):S6-S14.
7. Hauser WA. *Epidemiology of seizures and epilepsy in the elderly*. In Rowan AJ, Ramsay RE eds. *Seizures and Epilepsy in the elderly*. Boston: Butterworth-Heinemann, 1997:7-18
8. Lewy RH, Collins C. *Risk and predictability of drug interactions in the elderly*. *Int Rev Neurobiol* 2007;81:235-251.
9. McKeon A, Vaughan C, Delanty N. *Seizure versus syncope*. *The Lancet Neurology*, February 2006. Volume 5, Issue 2, 171 – 180.
10. Morris HH, Estes ML. *Traveler's amnesia. Transient global amnesia secondary to triazolam*. *JAMA* 1987 Aug 21;258(7):945-6.
11. Murphy, J.; B. Isaacs “The post-fall syndrome: a study of 36 elderly patients”. *Gerontology* 1982.28: 265–270.
12. Poda R, Guaraldi P, Solieri L, Calandra-Buonaura G, Marano G, Gallassi R, Cortelli P. *Standing worsens cognitive functions in patients with neurogenic orthostatic hypotension*. *Neurol Sci* 2012. 33; 469-473
13. Ramsay RE, Macias FM, Rowan AJ. *Diagnosing epilepsy in the elderly*. *Int Rev Neurobiol* 2007; 81:129-151.

14. Rowan AJ. *Epilepsy in older adults. Common comorbidities influence development, treatment strategies, and expected outcomes.* Geriatrics 2005; 60 (12):30-2,34.
15. Rowan AJ, Ramsay RE, Collins JF, Pryor F, Boardman KD, Uthman BM, Spitz M, Frederick T, Towne A, Carter GS, Marks W, Felicetta J, Tomyanovich ML. *New onset geriatric epilepsy: a randomized study of gabapentin, lamotrigine and carbamazepine.* Neurology 2005;64:1868-1873.
16. Schiavo F. *Gli Anziani Fragili, il Neurologo e gli Eventi Avversi da Farmaci.* Quaderni Europei del Nuovo Welfare. Quaderno n.16 marzo 2011. www.newwelfare.org.
17. Schiavo F, Rinaldi A, Dolso P, Gigli GL . *Transient Global Amnesia in a patient with fronto-basal meningioma: differential diagnosis.* Abstract della relazione alla SIN Rimini 2011. Neurol Sciences: September 2001, Suppl. Vol. 22 . S 161..
18. Schiavo F. *Amnesia Globale Transitoria: considerazioni cliniche e diagnostiche su 36 casi.* Friuli Medico.1984 . Vol. XXXIX° nr. 1; 59-64.
19. Striano S, Striano P. *La gestione dell'Epilessia nell'anziano.* La Neurologia Italiana 2010; 2: 20. Suter O-C, Kraftsik R; Straubel J; Darekar P, Khalili K, Miklossy J. *Cerebral hypoperfusion generates cortical watershed microinfarcts in Alzheimer disease.* Stroke 2002;33:1986-1992.

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA

Di Lucio Carnevali, Giuseppe Bellelli, Giorgio Annoni

* Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Università di Milano - Bicocca, S. C. C. Geriatria, A.O. San Gerardo, Monza

Lo scenario di invecchiamento della popolazione.

Il costante invecchiamento della popolazione mondiale, dovuto all'allungamento dell'aspettativa di vita e al calo del tasso di natalità, rappresenta una seria sfida sociale ed economica per la maggior parte dei Paesi industrializzati e per un numero crescente di Paesi in via di sviluppo. Le persone con più di 65 anni costituiscono attualmente il 20% della popolazione in Europa, e si stima che diventeranno il 36% nel 2050 (Costa and Sartori 2007). In Europa la cosiddetta *age dependecy ratio*, ossia il rapporto tra il numero di persone non in età lavorativa (<15 o >65 anni) rispetto a quelle in età lavorativa (15-64 anni), passerà da 50/100 a 58/100 entro il 2025 (Ilmarinen 2001). La *old-age dependecy ratio*, ovvero il rapporto tra i soggetti con più di 65 anni e quelli di età compresa tra i 20 e i 64 anni, aumenterà in modo ancora più significativo, passando dal 26% attuale al 56% nei prossimi 40 anni (Costa and Di Milia 2008). In Italia, uno dei Paesi con l'età media più elevata del mondo, il rapporto tra pensionati e occupati è attualmente di 1 a 3, e si prevede che diventerà 1 a 1 nel 2050, rispetto a 1 a 5 degli anni '80. Si stima che negli Stati Uniti nel 2040 vi saranno 80 milioni di persone con più di sessantacinque anni, il 15% dei quali avrà più di 85 anni. In Italia la percentuale di persone con più di 60 anni passerà dal 24% nel 2000 al 46% nel 2050. La transizione demografica sarà altrettanto marcata nei paesi in via di sviluppo.

Tale fenomeno, certamente, avrà significative ripercussioni anche dal punto di vista clinico. Sul segmento anziano della popolazione già oggi si concentra la maggior parte della spesa sanitaria e assistenziale (Meara, White et al. 2004), data la maggior prevalenza delle patologie croniche all'aumentare dell'età. Le malattie croniche sono infatti malattie complesse, che richiedono competenze multidisciplinari, si ripercuotono su vari aspetti della vita del paziente, necessitano provvedimenti terapeutici prolungati e, non ultimo, hanno un significativo impatto sulle dinamiche dei nuclei famigliari.

Il concetto di fragilità

Da un punto di vista clinico l'invecchiamento può essere definito come l'insieme di cambiamenti strutturali e funzionali cui ogni organismo va incontro fisiologicamente a partire dall'età matura. Sebbene i meccanismi causali e funzionali dell'invecchiamento non siano ancora completamente noti, i progressi della conoscenza sono stati considerevoli. Oggi l'invecchiamento è riconosciuto come un processo multifattoriale, risultante dall'interazione tra fattori genetici (invecchiamento intrinseco) e ambientali. Fisiologicamente l'invecchiamento si accompagna a una serie di cambiamenti che determinano un progressivo declino delle capacità funzionali, sebbene con ampie differenze individuali (Kenny, Yardley et al. 2008). Si osserva infatti una diminuzione del numero e delle dimensioni delle fibre muscolari scheletriche, un declino della forza muscolare e della capacità ossidativa, una riduzione della densità ossea e della mobilità articolare e una diminuzione di determinate funzioni neuro-sensoriali, in particolare vista, udito e coordinazione (Kenny, Yardley et al. 2008).

Nei pazienti anziani, il sommarsi degli effetti dell'invecchiamento con la presenza di una o più malattie croniche determina una progressiva riduzione della riserva funzionale che porta questi pazienti a essere dei pazienti "fragili". Sebbene non esista ancora una definizione condivisa da tutti i ricercatori, le varie definizioni di fragilità che sono state proposte in letteratura sono accomunate dalla presenza di uno stato di salute tendenzialmente instabile, con frequenti e pesanti ripercussioni su aspetti non strettamente medici, in particolare funzionali, economici e sociali (Clegg, Young et al. 2013). Tale condizione è caratterizzata da un elevato rischio di eventi avversi e di rapido deterioramento clinico e funzionale, oltre che da un elevato consumo di risorse. I pazienti fragili sono dunque pazienti complessi, la cui presa in carico presenta peculiarità rispetto alle altre branche mediche. La cura dell'anziano non può limitarsi all'aspetto puramente medico, ma deve tener conto dell'insieme delle capacità psichiche, funzionali e socio-economiche dei pazienti.

La valutazione multidimensionale geriatrica per "decifrare" la fragilità

La geriatria, in quanto branca della medicina che si occupa delle persone anziane malate, è la disciplina che ha il compito di considerare le peculiarità degli anziani fragili. E' una disciplina relativamente recente e in pieno sviluppo, che ha progressivamente acquisito un proprio ruolo ben definito nella pratica e nell'educazione medica.

Vista la complessità dei pazienti anziani, la presa in carico geriatrica necessita di un piano di cura integrato, complesso e dinamico per essere efficace. La valutazione multidimensionale (VMD) è lo strumento proposto per mettere a punto tale piano di cura ed evitare di frammentare gli interventi sul piano operativo. La VMD geriatrica (in inglese Geriatric Comprehensive Assessment, GCA) è “un processo interdisciplinare e multidimensionale, finalizzato a determinare le capacità mediche, psicologiche e funzionali di una persona anziana fragile, per sviluppare un piano di trattamento e presa in carico a lungo termine coordinato e integrato” (Rubenstein, Stuck et al. 1991). La VMD è dunque un processo diagnostico comprensivo, interdisciplinare e specifico, il cui obiettivo è identificare i problemi e i bisogni dei pazienti, in modo da sviluppare un piano adatto a migliorarne gli esiti clinici e funzionali. La VMD permette di acquisire una visione globale del paziente per sviluppare interventi mirati omnicomprensivi (Laurence Z. Rubenstein 2004).

Il primo lavoro presente in letteratura sulla valutazione multidimensionale risale già agli anni '40 ed era stato condotto in un ospedale per malati cronici (WARREN 1946). Il primo studio randomizzato e controllato fu pubblicato nel 1984, e dimostrò una significativa riduzione della mortalità nei pazienti curati in un'unità di valutazione geriatrica che utilizzava la valutazione multidimensionale rispetto al gruppo di controllo (Rubenstein, Josephson et al. 1984).

Da allora il numero di studi sulla VMD si è moltiplicato, ed esiste ormai una robusta quantità di evidenze sull'efficacia della valutazione in strutture dedicate alla cura di pazienti acuti. Una recente revisione di studi clinici randomizzati e controllati ha dimostrato un significativo effetto dell'uso della valutazione multidimensionale sulla probabilità di vivere al proprio domicilio a un anno dalla dimissione in pazienti anziani ricoverati, rispetto al rischio di essere morti o istituzionalizzati. Il number needed to treat (NNT), ossia il numero di pazienti da sottoporre a VMD per evitare un decesso o un'istituzionalizzazione era pari a 33. Un'interessante sottoanalisi ha mostrato che il beneficio della VMD era dipendente dalla modalità di organizzazione del servizio. Vi erano migliori esiti solo per i pazienti ricoverati in reparti geriatrici, e non per pazienti ricoverati in reparti ordinari con servizio di consulenza di personale dedicato alla valutazione multidimensionale.

Una precedente revisione della letteratura, pur non ritrovando differenze significative sulla mortalità, la durata della degenza e i re-ricoveri, aveva comunque confermato un significativo beneficio dell'uso della valutazione multidimensionale su altri esiti rilevanti, in particolare un ridotto tasso di declino funzionale e di istituzionalizzazione (Van Craen, Braes et al. 2010).

Anche in contesti diversi, in particolare nelle cure territoriali e post-acute, esistono evidenze positive, sebbene meno robuste, dell'uso della valutazione multidimensionale geriatrica.

La VMD rappresenta pertanto una pietra angolare della pratica geriatrica moderna e ogni progetto di cura in geriatria dovrebbe basarsi su una valutazione multidimensionale che permetta di individuare tutti gli elementi di fragilità nella persona anziana e valutarne le capacità di adattamento fisico, psicologico e socio-economico.

Per definizione la VMD non si limita agli aspetti medici, ma esplora varie dimensioni della vita del paziente. Sebbene non esista un elenco definito, queste valutazioni solitamente comprendono [adattato da (Wieland and Hirth 2003)]:

- Valutazione medica: identificazione dei problemi attivi, delle comorbilità, della farmacoterapia e dello stato nutrizionale;
- Valutazione funzionale: grado di autonomia nelle attività strumentali e di base della vita quotidiana; valutazione della forza, del cammino e dell'equilibrio;
- Valutazione psichica: stato cognitivo e tono dell'umore;
- Valutazione sociale: rete di supporto, disponibilità finanziarie;
- Valutazione ambientale: situazione abitativa e dei trasporti.

Essenzialmente i grandi domini esplorati sono quattro (salute fisica, stato funzionale, salute mentale e parametri socio-ambientali), di cui solo il primo è di solito considerato nella valutazione medica tradizionale.

E' importante sottolineare che la valutazione multidimensionale è allo stesso tempo un processo diagnostico e terapeutico (Ellis, Whitehead et al. 2011). Perciò punti fondamentali della valutazione sono l'attuazione e la verifica del piano di cura.

Il processo attraversa tre fasi: esecuzione della valutazione, analisi dei risultati ed elaborazione di un piano di cura individuale. La valutazione da sola, in assenza di provvedimenti, non porta migliori esiti, perciò deve essere completata da interventi concreti, mirati ai problemi del paziente, prolungati nel tempo e d'intensità tale da modificare la storia naturale delle fragilità affrontate. La valutazione multidimensionale geriatrica è quindi molto lontana dalla semplice raccolta di dati e dalla automatica messa in atto di protocolli medici secondo i dati raccolti (Wieland and Hirth 2003).

Alla valutazione devono seguire varie misure, in particolare la definizione di un piano di cura, la sua realizzazione e la sua verifica attraverso un follow-up programmato (Van Craen, Braes et al. 2010). Man mano che la complessità del paziente aumenta, il piano di cura comprenderà raramente solo provvedimenti medici (Wieland and Hirth 2003). I pazienti fragili solitamente necessitano anche provvedimenti di altro tipo, che saranno individuati e programmati grazie alla valutazione multidimensionale. Ad esempio potrebbero essere necessari interventi riabilitativi, di assistenza domiciliare, di segnalazione ai servizi sociali, di supporto ai *care-giver*, di modifiche dell'ambiente abitativo, dello stile di vita o altro ancora a seconda delle situazioni.

I dati della letteratura suggeriscono una maggiore efficacia della valutazione multidimensionale quando essa è realizzata dalle stesse figure che l'effettuano (unità geriatriche), piuttosto che da figure differenti (*team* di consulenza) (Ellis, Whitehead et al. 2011). Il dato è simile a quello riportato in altri ambiti della medicina (ad esempio la diversa efficacia delle *stroke unit* rispetto ai *team* di consulenza). Ne sono state proposte varie spiegazioni, non mutuamente escludibili (Ellis, Whitehead et al. 2011):

- Il maggior tempo trascorso a contatto con i pazienti nei reparti dedicati, e quindi la maggior possibilità di maturare esperienza;
- La maggior vicinanza dei membri del personale nei reparti dedicati, che permette una collaborazione interdisciplinare più efficace e un maggior affiatamento;
- La difficoltà dei *team* di consulenza di modificare effettivamente i comportamenti di altri professionisti;
- La più facile comunicazione con i pazienti e le loro famiglie nei reparti dedicati;
- Maggior facilità di sviluppare protocolli condivisi e metterli in atto nei reparti dedicati.

Attualmente, gli studi sulla valutazione multidimensionale presentano significative eterogeneità a proposito dei seguenti punti:

- Popolazione valutata: negli studi sull'utilizzo della valutazione multidimensionale non c'è uniformità nei criteri di inclusione. Tuttavia, la valutazione multidimensionale non si è dimostrata efficace solo in popolazioni selezionate (Stuck and Iliffe 2011). Inoltre, nei reparti che utilizzano la valutazione multidimensionale non ci sono differenze di efficacia se il criterio

di accesso al reparto è l'età o specifici bisogni del paziente (Ellis, Whitehead et al. 2011);

- **Composizione dello staff:** non tutti gli studi riportano la composizione del personale dedicato all'utilizzo della valutazione multidimensionale. Quando riportata, la composizione è variabile tra i vari studi, ma incentrata su gruppi multidisciplinari, il cui personale comprende quasi costantemente almeno un medico geriatra e un infermiere. A questi possono affiancarsi altre figure. In particolare il gruppo è spesso integrato da assistenti sociali, fisioterapisti, psicologi, dietologi e altri professionisti dove necessario. Verosimilmente la composizione del gruppo dovrebbe essere proporzionale alla complessità dei pazienti in carico. In un ospedale per acuti, dove la complessità dei pazienti e il rischio di sviluppare sindromi (e complicanze) geriatriche è elevata, sono necessarie gruppi che integrino varie competenze. In altre situazioni, ad esempio nelle cure subacute o territoriali, gruppi più ridotti sono possibili secondo le necessità (Wieland and Hirth 2003). Il personale si riunisce periodicamente per discutere la valutazione multidimensionale. La frequenza degli incontri varia da giornaliera a settimanale a seconda degli studi;
- **Strumenti utilizzati:** nei vari studi sono riportati strumenti diversi per valutare le dimensioni esplorate. L'utilizzo di strumenti standardizzati rende la valutazione più affidabile ed efficiente. Inoltre facilita la comunicazione con altri professionisti sanitari. La valutazione multidimensionale costituisce di fatto un "linguaggio comune" per i servizi geriatrici (idem).
- **Protocolli di dimissione e follow-up.**

Conclusioni

La VMD è dunque lo strumento principe della geriatria per "decifrare" la complessità del paziente anziano. Ciò nonostante, la VMD non è ancora, purtroppo, lo standard di cura per molti pazienti geriatrici. Affinché essa si affermi diffusamente sono necessari modifiche strutturali, che coinvolgano più livelli: formazione, cultura medica, organizzazione dei servizi sanitari, strumenti di applicazione.

Ulteriori studi sono auspicabili per risolvere le controversie ed eterogeneità presenti in letteratura sulla valutazione multidimensionale. Solide evidenze sono necessarie per sviluppare una valutazione multidimensionale sistematica, formalizzata e standardizzata.

BIBLIOGRAFIA

- Clegg, A., J. Young, S. Iliffe, M. O. Rikkert and K. Rockwood (2013). "Frailty in elderly people." Lancet **381**(9868): 752-762.
- Costa, G. and L. Di Milia (2008). "Aging and shift work: a complex problem to face." Chronobiol Int **25**(2): 165-181.
- Costa, G. and S. Sartori (2007). "Ageing, working hours and work ability." Ergonomics **50**(11): 1914-1930.
- Ellis, G., M. A. Whitehead, D. Robinson, D. O'Neill and P. Langhorne (2011). "Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials." BMJ **343**: d6553.
- Ilmarinen, J. E. (2001). "Aging workers." Occup Environ Med **58**(8): 546-552.
- Kenny, G. P., J. E. Yardley, L. Martineau and O. Jay (2008). "Physical work capacity in older adults: implications for the aging worker." Am J Ind Med **51**(8): 610-625.
- Meara, E., C. White and D. M. Cutler (2004). "Trends in medical spending by age, 1963-2000." Health Aff (Millwood) **23**(4): 176-183.
- Rubenstein, L. Z., K. R. Josephson, G. D. Wieland, P. A. English, J. A. Sayre and R. L. Kane (1984). "Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial." N Engl J Med **311**(26): 1664-1670.
- Rubenstein, L. Z., A. E. Stuck, A. L. Siu and D. Wieland (1991). "Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence." J Am Geriatr Soc **39**(9 Pt 2): 8S-16S; discussion 17S-18S.
- Stuck, A. E. and S. Iliffe (2011). "Comprehensive geriatric assessment for older adults." BMJ **343**: d6799.
- Van Craen, K., T. Braes, N. Wellens, K. Denhaerynck, J. Flamaing, P. Moons, S. Boonen, C. Gosset, J. Petermans and K. Milisen (2010). The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc. United States. **58**: 83-92.
- WARREN, M. W. (1946). "Care of the chronic aged sick." Lancet **1**(6406): 841-843.
- Wieland, D. and V. Hirth (2003). "Comprehensive geriatric assessment." Cancer Control **10**(6): 454-462.

LA TUTELA GIURIDICA DELL'ANZIANO NELL'ORDINAMENTO ITALIANO

PROFILI CIVILISTICI E PENALI

di Alberto Polacco e Andrea Polacco

1. L'anziano non autosufficiente nel diritto civile:

Prima di entrare nel merito degli istituti giuridici che tutelano il soggetto anziano non in grado autonomamente di provvedere alle proprie esigenze di vita appare necessario delineare due concetti fondamentali che ricorrono nell'ambito del diritto civile ma anche, come vedremo, in quello del diritto penale.

In particolare quando si parla di rimedi a tutela dell'anziano anche “ giuridicamente non autosufficiente “ è necessario fare riferimento alla nozione di capacità di agire.

Se da una parte qualsiasi persona al momento della nascita acquisisce la capacità giuridica ovvero la capacità di essere titolare di tutte le situazioni giuridiche soggettive collegate alla tutela dei propri interessi, dall'altra per esercitare tali diritti è necessario disporre della capacità di agire da intendersi quale idoneità a porre in essere in proprio atti volontari destinati ad incidere sulla propria sfera giuridica .

La capacità di agire si acquista, di norma, al raggiungimento della maggiore età cioè al compimento del diciottesimo anno (art. 2 comma 1 del codice civile).

Non sempre la persona fisica è in grado per malattia, per decadenza delle facoltà intellettive e/o volitive (si pensi proprio all'anziano) di gestire in prima persona le situazioni giuridiche che alla stessa pur fanno capo .

Quando difetta tale requisito il nostro ordinamento prevede una serie di rimedi per salvaguardare la persona incapace di agire dal rischio di porre in essere atti negoziali destinati a ledere i propri interessi: si pensi ad esempio al rischio di svendere la propria casa, fare acquisti sconsiderati, prestare denaro senza garanzie o compiere altri atti di liberalità dannosi.

Proprio per questi motivi il legislatore ha individuato una serie di istituti contenuti nel titolo XII del libro primo del codice civile tra i quali particolare rilievo assume l'amministrazione di sostegno, istituto che ricorre molto spesso nella pratica

giudiziaria risultando molto più rari i casi d'interdizione legale e giudiziale stante la loro consistente invasività sull'autonomia soggettiva.

L'amministrazione di sostegno trova la sua disciplina nel Capo I del Titolo XII del Libro I che, come abbiamo visto, regola le misure di protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia.

L'articolo 404 del codice civile stabilisce in particolare che “ la persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio “.

Competente a decidere in materia è il giudice tutelare.

Come si può notare dal tenore della disposizione della norma sopra indicata per ricorrere alla nomina di un amministratore di sostegno è sufficiente essere in presenza di una persona affetta da un'infermità o menomazione parziale, anche temporanea, che incide anche su taluni profili della personalità (si pensi ad esempio al soggetto che, pur dotato di una capacità di gestire i propri affari superiore alla media, sia dedito al gioco d'azzardo).

Rileva, tuttavia, anche l'abituale infermità di mente con l'avvertenza che di fronte ad una patologia che legittimerebbe sia una pronuncia di interdizione sia l'apertura di un'amministrazione di sostegno, la prima alternativa è praticabile soltanto allorquando lo strumento di protezione costituito dall'amministrazione di sostegno risulti idoneo ad assicurare adeguata protezione agli interessi della persona incapace.

Per cui si ricorre alla nomina di un tutore o di un curatore allorquando la persona sia affetta da patologie tali da comprometterne sensibilmente la capacità cognitiva e volitiva (si pensi alle più gravi forme di demenza, alle patologie neurodegenerative, ovvero alle più gravi patologie di tipo psichiatrico).

Di qui il carattere residuale dell'interdizione giudiziale come già sopra riferito (sul punto si prendano ad esempio alcune pronunce della Corte di Cassazione quali Cass. 1 marzo 2010 n. 4866, Cass. 24 luglio 2009 n. 17421).

La questione, come già accennato, non è di poco conto dal momento che in caso d'interdizione si provvede alla nomina di un tutore che si sostituisce in tutto e per tutto all'interdetto, mentre l'amministratore di sostegno ha la funzione di affiancare e

non sostituire la persona che necessita di assistenza nel compimento dei propri atti giuridici.

Il procedimento di amministrazione di sostegno può essere promosso dallo stesso soggetto interessato, dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal tutore o dal curatore e dallo stesso pubblico ministero nonché dai responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura della persona.

La fase più importante del procedimento in questione è l'audizione dell'interessato da parte del giudice tutelare che, qualora necessario, deve recarsi nel luogo di residenza o domicilio del beneficiario.

Infatti l'articolo 407 comma 2 c.c. stabilisce che il giudice nell'emettere il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve valutare non solo gli effettivi bisogni o necessità dell'amministrando, ma anche le sue esplicite richieste.

Il decreto di apertura dell'amministrazione di sostegno una volta emesso viene depositato nella cancelleria del giudice tutelare e da quel momento decorrono gli effetti del provvedimento.

Lo stesso viene poi annotato nel registro delle amministrazioni di sostegno e comunicato, entro dieci giorni, all'ufficiale di stato civile per essere annotato a margine all'atto di nascita.

Gli effetti dell'amministrazione di sostegno, a differenza di quelli dell'interdizione e dell'inabilitazione che sono predeterminati per legge, sono determinati di volta in volta dal giudice tutelare che può anche modificarli in corso d'opera.

In particolare oltre ad individuare la persona dell'amministratore di sostegno, preferibilmente nella cerchia dei familiari e comunque nelle persone indicate dall'articolo 408 comma 1 c.c., il giudice tutelare provvede anche a dettagliarne i compiti ovvero ad individuare gli atti che l'amministratore può compiere in nome e per conto dell'amministrato, con conseguente annullabilità degli stessi nel caso in cui il beneficiario provveda a porli in essere personalmente.

Parimenti vengono individuati gli atti per i quali l'amministratore, invece, deve dare il proprio assenso, limitandosi così a prestare assistenza al beneficiario (art. 412 comma 2 c.c.).

Per tutti gli altri atti il soggetto sottoposto all'amministrazione di sostegno continua a godere della piena capacità di agire.

Nel determinare gli atti per cui è richiesta la rappresentanza o l'assistenza dell'amministratore di sostegno il giudice deve perseguire l'obiettivo della “ minore limitazione possibile della capacità di agire dell'interessato (art. 1 l. 6/2004 che codifica il principio *della massima salvaguardia dell'autodeterminazione del soggetto amministrato*).

L'amministratore di sostegno, infine, deve relazione periodicamente il giudice tutelare in ordine all'attività svolta.

Si può procedere alla revoca del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, qualora il beneficiario riacquisti la piena capacità di agire.

In conclusione: si auspica che questa breve panoramica su un istituto giuridico frequentissimo nella pratica giudiziaria possa rendere l'idea di come il nostro ordinamento si preoccupi di fornire assistenza giuridica anche all'anziano attraverso figure che hanno il compito di accompagnare quest'ultimo nella propria vita quotidiana sotto la vigilanza di un giudice chiamato a verificare di volta in volta la corretta esecuzione delle disposizioni impartite.

2. Brevi cenni sull'ordinamento penale: il reato di circonvenzione di persone incapaci

Una delle più frequenti fattispecie penali che purtroppo riguardano l'anziano come persona offesa o meglio vittima del reato è il delitto di circonvenzione di persone incapaci previsto e punito dall'art.643 del codice penale.

Proporremo un'analisi per sommi capi del delitto in questione richiamando in parte quanto già delineato in tema di capacità d'agire.

La norma in questione sanziona “chiunque, per procurare a sé o ad altri un profitto, abusando dei bisogni, delle passioni o dell'inesperienza di una persona minore, ovvero abusando dello stato d'infermità o deficienza psichica di una persona, anche se non interdetta o inabilitata, la induce a compiere un atto, che importi qualsiasi effetto giuridico per lei o altro dannoso, è punito con la reclusione da due a sei anni e con la multa da euro 206 a euro 2065”.

La disposizione in questione si pone il fine di tutelare la libertà del consenso del soggetto incapace oltre al suo patrimonio.

Ciò che più interessa ai fini della presente analisi è comprendere quale sia il significato in ambito penale di persona in stato d'infermità o deficienza psichica.

L'infermità esprime un concetto essenzialmente clinico non richiedendo, tuttavia, un'indagine psichiatrica.

Infatti lo stato d'infermità comprende sia le alterazioni psichiche che prendono vita da processi patologici, sia più in generale le alterazioni psichiche che siano sintomatiche dell'incapacità d'integrarsi nella struttura sociale (si pensi alle depressioni affettive, alle isterie, alle psicoastenie etc. sul punto si confronti FIANDACA MUSCO PtS II, 21, Mantovani PtS II, 220 C.app. Milano 26.5.2004 etc.).

Il termine deficienza psichica assume un'accezione essenzialmente giuridica dal momento che comprende tutti gli stati di minorazione della sfera intellettuale, volitiva o affettiva produttivi di un effetto deviante dal pensiero critico (non necessariamente fondati su cause patologiche od ambientali cfr. BANDINI – LAGOZZI, SPIROLAZZI, *L'indagine psichiatrica forense sull'anziano vittima di circonvenzione di incapace*, RIML, 1990, 772) che influisce sulla realizzazione dell'azione e quindi sulla capacità di agire.

Questa distinzione per la Dottrina palesa l'intento del legislatore di tutelare, con la disposizione in oggetto, non solo le persone totalmente o parzialmente incapaci dall'abuso del soggetto attivo del reato ma anche quei soggetti che a causa della loro età ovvero di uno stato, anche non morboso, di indebolimento della funzione cognitiva, volitiva e affettiva o di menomazione del potere di critica, siano resi facilmente soggetti all'altrui opera di suggestione e agevolmente determinabili al compimento di atti a sé pregiudizievoli. (si confronti Cass. Pen. 23.01.2009 Di Maio etc.).

L'abuso consiste nello sfruttamento delle caratteristiche della persona che la rendono vulnerabile; perchè si perfezioni la condotta tipica del delitto di cui all'articolo 643 del codice penale è necessaria anche l'induzione a compiere un atto dannoso.

Abbiamo già visto che per atto deve intendersi qualsiasi disposizione di un diritto soprattutto di natura patrimoniale.

Analizzando la casistica data dalla Giurisprudenza è interessante la pronuncia della Corte di Cassazione per cui risponde del reato di circonvenzione d'incapace chi si approfitta dello stato di solitudine di una persona psicologicamente fragile per ottenere un" soccorso finanziario " anche se non esercita una vera e propria pressione morale (a riguardo si confronti Cass. Pen. 11 febbraio 2010 n. 18158).

Rileva la Suprema Corte che l'attività di induzione può consistere anche nel subdolo condizionamento attraverso la prospettazione di pretese difficoltà economiche da

parte di un soggetto che strumentalizzi lo stato di debolezza psichica e l'isolamento del soggetto passivo, così determinandolo a compiere gli atti pregiudizievoli.

La sentenza in esame appare paradigmatica della volontà del legislatore di tutelare i molti anziani che nella società odierna si trovano a vivere da soli senza una rete di affetti anche familiari che ne riesca a migliorare la propria vita.

E' interessante notare come nel caso di specie non siamo di fronte ad uno stato di deficit cognitivo imputabile ad un processo morboso, ma ad una condizione di debolezza psicologica imputabile esclusivamente alla solitudine.

Ed il fatto di abusare di tale condizione per indurre l'anziano a disporre in modo dannoso del suo patrimonio a favore di una persona che millanta uno stato di difficoltà economica integra il reato di circonvenzione d'incapace.

Purtroppo nella società odierna tali fatti si verificano ormai con preoccupante frequenza ed è proprio nell'ottica di una più efficace prevenzione il legislatore prima, e la Giurisprudenza poi, tentano di adeguare con maggiore aderenza le norme già in vigore ad una realtà in continua evoluzione.

In questo filone s'innesta anche il delitto di truffa che vede molto spesso vittime anche gli anziani.

Proprio per questa ragione lo strumento dell'amministrazione di sostegno, in un'ottica di ausilio alla persona in difficoltà anche dal punto di vista cognitivo, può rivelarsi un prezioso aiuto per l'anziano e per chi lo circonda.

LE DIFFERENZE DI GENERE ALLA MORTE IN ITALIA: EVOLUZIONE RECENTE E TENDENZE IN ATTO.

di Carlo Maccheroni – Tiziana Barugola

Introduzione

Una recente sentenza della Corte di Giustizia Europea – marzo 2011 – ha stabilito che non è più possibile discriminare tra uomo e donna “per quanto riguarda l’accesso a beni e servizi e loro fornitura”. Per quanto concerne l’Italia, questa direttiva comporta, tra l’altro, per il settore assicurativo/previdenziale la costruzione di una base tecnica unica in sostituzione delle precedenti che erano distinte per uomo e donna, in contrasto quindi col principio di parità dei sessi che è un principio fondamentale dell’Unione europea. Sempre per quanto concerne il settore previdenziale, va anche segnalato che già nel 2008 la stessa Corte era intervenuta per imporre la parificazione dell’età pensionabile delle donne a quella dei colleghi uomini.

La costruzione di basi tecniche distinte di cui si diceva prima derivava dal fatto che in Italia, come in tutti gli altri paesi del mondo occidentale, esiste un netto divario tra i rischi di morte dei due sessi a tutto vantaggio di quello femminile, vantaggio che è generalmente presente ad ogni età, e ad alcune età in particolare è anche molto consistente; proprio questi divari erano all’origine di differenze di tariffazione ora sanzionate dalla Corte.

L’analisi della mortalità differenziale è sempre stata un campo d’indagine di particolare interesse per i demografi, e su quella per sesso in particolare si è andato accumulando un ricco materiale per lo studio della problematica e della sua evoluzione. Le differenze genetiche e biologiche tra i due sessi non potevano non stimolare già nel passato un importante filone di studio (Federici, 1950; Madigan, 1957; Vallin, 1993; Waldron, 1995) e i continui progressi della ricerca in campo bio-medico, hanno via via ampliato la conoscenza dei possibili fattori di rischio all’origine dell’attuale gap di mortalità. Tra i risultati più recenti (Rogers *et al.*, 2010) si può richiamare qui la scoperta che il minor rischio di malattie cardiovascolari fra le donne, e quindi la più bassa mortalità, sarebbe dovuta all’azione positiva degli

ormoni sessuali femminili sui livelli di lipidi nel sangue, mentre nel caso degli uomini un alto livello di testosterone nel sangue ha effetti negativi sul colesterolo. Altri fattori biologici contribuiscono ad aumentare i rischi di cardiopatie per l'uomo, ma nelle analisi differenziali è tuttavia difficile, se non impossibile, separare il peso dei fattori biologici da quelli sociali e ambientali che vengono indicati anche come la principale chiave di lettura del fenomeno.

Le differenze di mortalità infatti non sono riconducibili solo al *sex*, ma sono anche una questione di *genere*. L'introduzione del sociale ha portato ad un approccio globale del problema in quanto i fattori di rischio nelle abitudini e nei comportamenti non possono essere sganciati dall'ambiente familiare, dall'istruzione, dal lavoro svolto (Suardi, 1993; Conell 2006); a questo proposito va osservato che i lavori più pesanti e/o pericolosi sono generalmente di competenza degli uomini. Alcuni fattori comportamentali poi, quali la scarsa attenzione alla sicurezza stradale, l'uso di droghe e l'abitudine al fumo, che hanno un pesante riflesso sulla supermortalità maschile, sono connotati importanti delle scelte di stile di vita e della differente attenzione che hanno i due sessi riguardo al proprio stato di salute.

Più recentemente nei paesi sviluppati altre ipotesi esplicative della maggior longevità femminile hanno preso spunto dalle profonde trasformazioni nella struttura per età prodotte dal processo di invecchiamento della popolazione, trasformazioni che evidenziano una preponderante presenza femminile rispetto a quella maschile nella fasce d'età anziana e senile. In Italia, ad esempio, nel 2011 le donne costituivano il 57,7% della popolazione con più di 65 anni e arrivavano al 69,7% di quella con oltre 85. Lo studio dei percorsi di vita delle donne giunte a queste età avrebbe individuato un ulteriore fattore esplicativo nella psicologia femminile, nella loro maggior capacità di adattamento ai cambiamenti della vita e delle fasi della vita, al loro differente modo di relazionarsi al mondo esterno che ha la peculiarità di costruire reti sociali e di solidarietà molto più efficienti rispetto agli uomini, col vantaggio di invecchiare meglio e, conseguentemente, vivere più a lungo (Friedan, 1994).

In ogni paese tutti questi fattori sono venuti ad assumere nel tempo pesi diversi e ad interagire fra loro differentemente, per cui, comparativamente, si riscontra un'ampia gamma di profili della mortalità differenziale per sesso (Gjonça *et al.* 1999; Nobile, 2003). Se si fa riferimento all'Europa occidentale, e se per valutare questi differenziali si utilizza il gap (${}^F e_0 - {}^M e_0$) fra la speranza di vita alla nascita dell'uomo (${}^M e_0$) con quella della donna (${}^F e_0$) – che è l'indicatore spesso usato per mettere a fuoco il fenomeno – è subito evidente la grande variabilità. Dalla tab. 1 si nota infatti che nel 2009 questa differenza presentava un range compreso tra i 3,3 anni dell'Islanda e gli 11,1 della Lituania; l'Italia si collocava quasi in posizione mediana

(5,2 anni). Ancora una volta questi dati evidenziano una forte correlazione negativa ($-0,908$) tra speranza di vita dell'uomo (${}^M e_0$) ed il divario (${}^F e_0 - {}^M e_0$), mentre decisamente più bassa ($-0,688$) è la correlazione tra speranza di vita della donna (${}^F e_0$) ed il suo vantaggio rispetto all'uomo (${}^F e_0 - {}^M e_0$). Questa concordanza inversa tra ${}^M e_0$ ed (${}^F e_0 - {}^M e_0$) è il risultato delle profonde differenze nell'evoluzione passata della mortalità nei tre sottoinsiemi in esame: il grafico di dispersione (fig. 1) costruito su queste due variabili evidenzia infatti tre cluster: il primo, in alto a sinistra, costituito dai tre Paesi baltici dell'ex-Unione Sovietica, il secondo dai Paesi a suo tempo confinanti con l'ex-Unione Sovietica, ovvero dalla Polonia fino alla Romania, ed infine il terzo cluster costituito dal resto dei Paesi europei. Com'è noto, i Paesi dei primi due cluster sono stati coinvolti, sia pur con intensità differente, nella crisi di mortalità conseguente al crollo dei regimi comunisti all'inizio degli anni '90 (Vallin, Meslé, Valkonen, 2001); questo ha generato un netto divario col resto d'Europa che la tab. 1 presenta in termini di speranze di vita, divario che richiederà ancora molto tempo per essere colmato.

Tab. 1 - Differenze fra speranze di vita alla nascita fra i sessi nel 2009 – Confronti fra Paesi europei (anni e decimali di anno)

	Maschi	Femmine	Differenze		Maschi	Femmine	Differenze
Islanda	80,2	83,5	3,3	Belgio	77,2	82,7	5,5
Malta	78,1	82,2	4,1	Rep.ca Ceca	74,2	80,3	6,1
Olanda	78,4	82,6	4,2	Spagna	78,5	84,6	6,1
Svezia	79,2	83,4	4,2	Portogallo	76,3	82,4	6,1
Regno Unito	78,0	82,2	4,2	Finlandia	76,6	83,2	6,6
Danimarca	76,9	81,2	4,3	Slovenia	75,6	82,2	6,6
Norvegia	78,7	83,1	4,4	Francia	77,8	84,8	7,0
Svizzera	79,9	84,4	4,5	Bulgaria	70,0	77,2	7,2
Cipro	78,2	83,0	4,8	Romania	69,7	77,3	7,6
Germania	77,7	82,7	5,0	Slovacchia	71,3	78,9	7,6
Irlanda	77,0	82,0	5,0	Ungheria	70,1	78,1	8,0
Lussemburgo	77,9	83,1	5,2	Polonia	71,5	79,9	8,4
Italia	79,2	84,4	5,2	Estonia	69,8	80,1	10,3
Grecia	77,6	82,9	5,3	Lettonia	66,9	77,4	10,5
Austria	77,5	82,9	5,4	Lituania	67,5	78,6	11,1

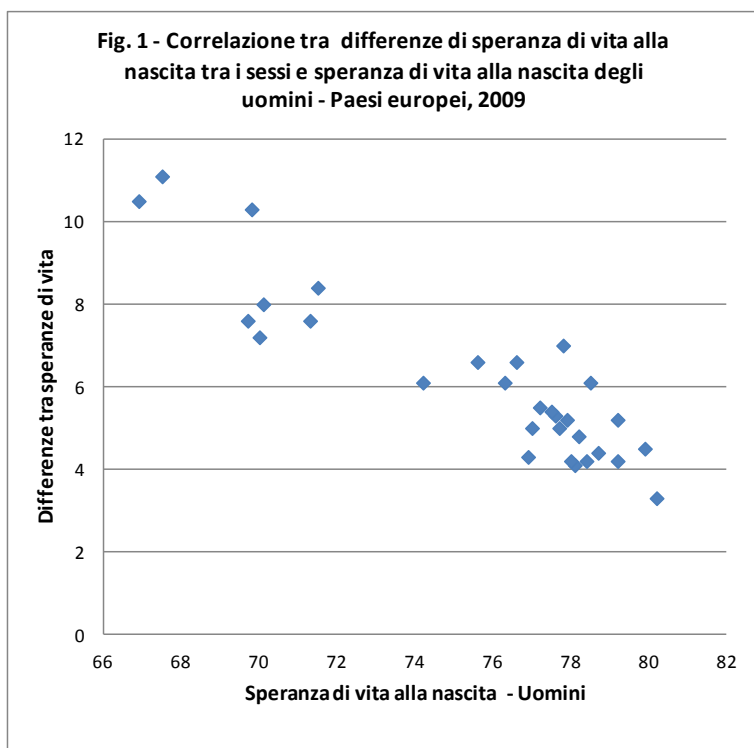
Fonte: World Health Statistics, 2012.

Il confronto che riguarda l'Italia va fatto quindi all'interno dell'ultimo cluster dove essa è ancora quasi in posizione mediana. Va osservato però che, nonostante la maggior omogeneità socio-economica e culturale dell'area in questione, i differenziali di mortalità misurati da (${}^F e_0 - {}^M e_0$) presentano ancora una variabilità non

trascurabile in quanto in Francia ed in Finlandia il gap di speranza di vita fra i sessi è alto (tab. 1), pur in presenza di livelli di mortalità generale tra i più bassi al mondo.

Questa rapida rassegna dei risultati più recenti riflette quindi con quanta variabilità si concretizzi l'integrazione dei fattori biologici e genetici con le determinanti psicosociali della salute per effetto anche di differenti situazioni ambientali e delle differenze dei sistemi sanitari nei vari paesi.

Rinviamo alla bibliografia citata per gli approfondimenti di queste tematiche anche nei confronti internazionali, essendo il nostro obiettivo quello di mettere a fuoco gli aspetti più strettamente demografici della mortalità differenziale di genere del caso italiano e della sua evoluzione più recente prendendo in esame la serie storica 1974-2009 delle tavole di mortalità costruite dall'Istat (<http://demo.istat.it>).



Fonte: World Health Statistics 2012

In Italia come in molti altri paesi si assiste negli anni più recenti ad un'attenuazione delle differenze (${}^F e_0 - {}^M e_0$), ma non è così a tutte le altre età; infatti una volta superata la soglia delle età anziane la sovramortalità maschile è andata aumentando, tendenza questa che introduce margini d'incertezza circa l'evoluzione del fenomeno. Infatti la

sopravvivenza fino alle età adulte è oggi un evento quasi certo sia per maschi che per femmine, per cui l'ulteriore crescita della speranza di vita, e dinamiche dei relativi differenziali per sesso, è sempre più legata all'evoluzione della mortalità alle età avanzate.

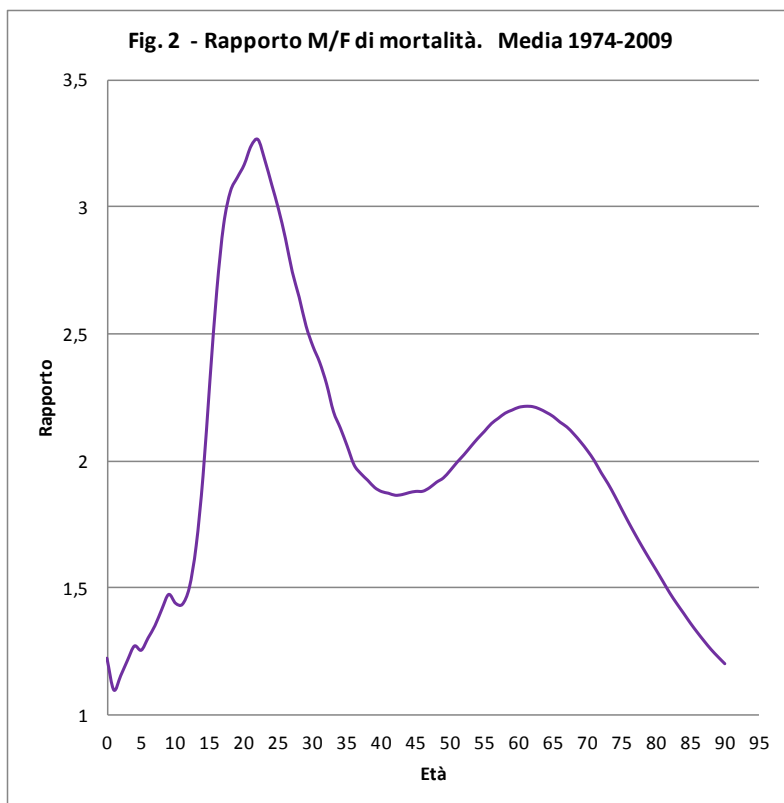
Per cogliere queste problematiche si è cercato quindi di condurre un'analisi comparata sulla base di due approcci differenti: da un lato esplicitando l'evoluzione della mortalità considerando maschi e femmine come due componenti indipendenti della popolazione, che è la prassi generalmente seguita nelle previsioni demografiche (Giroi e King, 2008); dall'altro, considerando l'interazione fra regimi di mortalità di maschi e femmine all'interno della popolazione di cui fanno parte. Per quanto concerne il primo aspetto, si è ricorso alle previsioni ricavate dal modello di Lee e Carter (1992) nella sua formulazione originaria; per quanto concerne il secondo, si è fatto riferimento alle previsioni ottenute con l'estensione del modello precedente proposta da Li e Lee (2005) allo scopo di fornire per le "popolazioni" – in questo caso quella maschile e quella femminile che compongono lo stesso aggregato demografico – previsioni coerenti con quella della popolazione complessiva.

Le tendenze recenti nelle diseguaglianze di genere di fronte alla morte: i risultati del rapporto M/F di mortalità

I differenziali di mortalità alle varie età vengono misurati secondo due approcci:

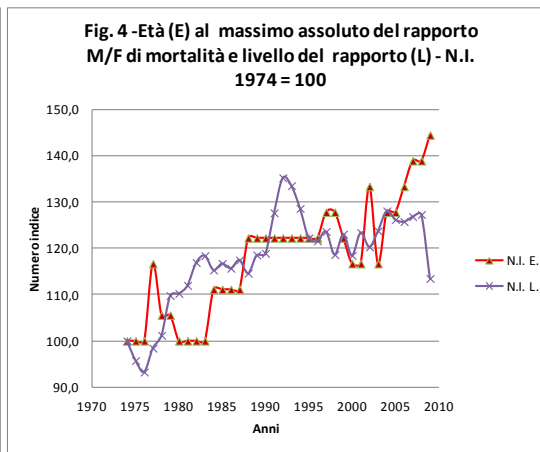
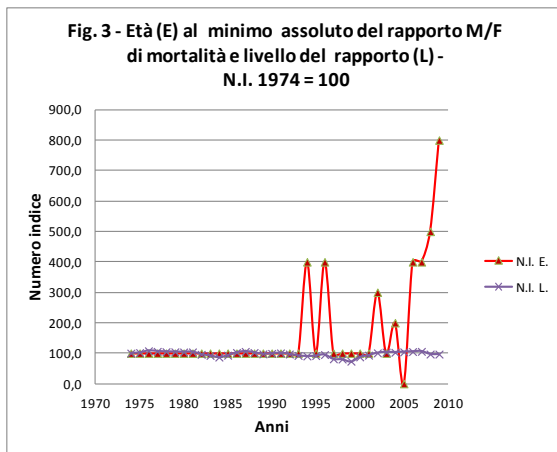
- a) sulla base delle differenze di speranza di vita ed in particolare di quella alla nascita, come si è già accennato prima,
- b) mettendo a rapporto tra loro i corrispondenti tassi specifici di mortalità m_x o le probabilità di morte q_x dei maschi con quelle delle femmine; questo tipo di indicatore viene costruito per tutte le età x ($x = 0, 1, \dots$) ed è noto come rapporto M/F di mortalità.

Cominciamo quindi col prendere in esame i questi rapporti che sono stati costruiti sulle probabilità di morte.



In Italia il profilo del rapporto M/F di mortalità al variare dell'età presenta, come in altri paesi del mondo occidentale (Nobile, 2003), due minimi e due massimi (fig. 2) manifestatisi via via ad età che si sono spostate in avanti nel tempo. L'ascissa del primo minimo, che è anche quello assoluto, si è andata collocando prevalentemente tra il primo ed il quarto anno di vita (N. I. E., fig. 3). Una caratteristica del caso italiano è che per diversi anni, ed in particolare ininterrottamente dal 1997 al 2000, il rapporto M/F di mortalità a un anno d'età è stato inferiore all'unità (N. I. L., fig. 3), scendendo fino a 80,49 nel 1999.

Questi risultati mettono quindi in crisi la convinzione secondo cui, essendo il rischio di morte dell'uomo sempre superiore a quello della donna, a quest'età si possa cogliere il "peso" dei fattori biologici nel determinare la maggior mortalità maschile, in quanto alla nascita o nel primo anno di vita i fattori cosiddetti "esterni" avrebbero un ruolo del tutto trascurabile su questo tipo di mortalità differenziale (Pressat, 1973).



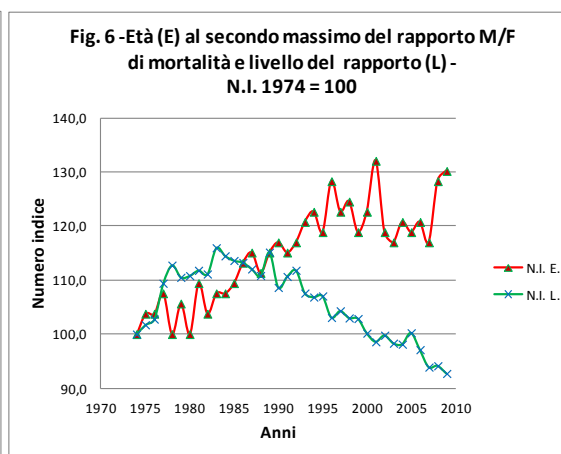
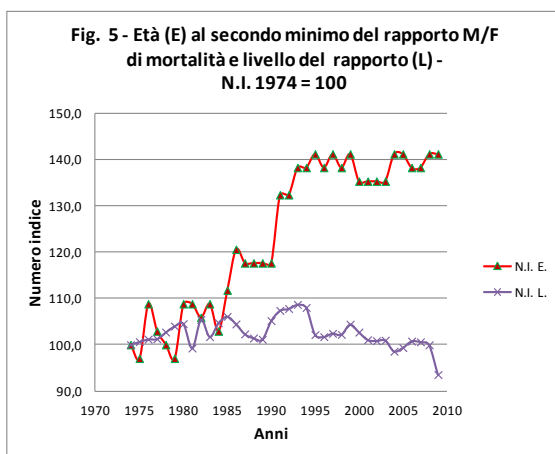
Spostamenti di un certo rilievo si osservano anche per il primo massimo, quello assoluto; nel 1974 aveva ascissa a 18 anni per giungere poi a collocarsi a 26 anni nel 2009 (N. I. E., fig. 4). E' in questa fascia d'et  che la mortalit  maschile   stata superiore di oltre tre volte a quella femminile (fig. 2) a causa soprattutto di traumatismi conseguenti ad incidenti stradali (Remund, 2012). Notiamo che il rapporto M/F di mortalit , dopo aver toccato il valore pi  elevato nel 1992 (N. I. L., fig. 4), si   poi stabilizzato su livelli pi  bassi, senza tuttavia ulteriormente diminuire: ci  fa pensare che gli interventi messi in atto per garantire la sicurezza sulle strade e per indurre a cambiare gli stili di vita pericolosi, soprattutto nei maschi, non hanno sortito ancora gli effetti attesi. Se questi eventi pesano drammaticamente sul piano umano, non sono tali da incidere in misura rilevante sul gap dell'aspettativa di vita alla nascita tra uomo e donna, perch  la mortalit  a queste et    comunque bassa. Non altrettanto si pu  dire per le et  successive.

Per cogliere ulteriori sviluppi importanti di come sia cambiata nel tempo l'intensit  della supermortalit  maschile bisogna prendere in esame l'evoluzione del rapporto M/F di mortalit  nella fascia d'et  a partire dalla soglia delle et  adulte, che sono anche quelle accomunate da modelli di trend dalle caratteristiche simili.

L'ascissa del secondo minimo che all'inizio degli anni '70 era posizionata poco dopo i 30 anni, tra il 1974 ed il 2009   andata spostandosi fin verso i 46-48 anni (N. I. E. - fig. 5), rimanendovi poi fin dall'inizio degli anni '90. E' a queste et  che la velocit  con cui si   ridotta la mortalit  maschile   risultata di gran lunga superiore a quella femminile, il che ha mantenuto il minimo del rapporto M/F approssimativamente sullo stesso livello (N. I. L. - fig. 5). Per contro   la mortalit  femminile che si   andata riducendo pi  rapidamente alle et  successive dove si trova l'altro massimo, quello secondario; la sua ascissa inizialmente (1974) era posizionata verso i 55 anni,

ma oggi essa si presenta intorno ai 65 ed è giunta a toccare anche i 70 anni (N. I. E. - fig. 6). A queste età la probabilità di morte degli uomini è oltre due volte quella delle donne (fig. 2) ed è imputabile soprattutto alla differente incidenza della mortalità per tumori, malattie cardiovascolari e malattie dell'apparato respiratorio, cui nel 2009 era imputabile rispettivamente circa il 30%, il 38% ed il 7% di tutti i decessi. Non è però possibile effettuare analisi retrospettive su questo tema in quanto il recente passaggio dalla 9a alla 10a classificazione delle cause di morte (Istat, 2010) consente di costruire continuamente i corrispondenti tassi specifici solo a partire dal 2006.

La sovramortalità maschile pesa decisamente di più qui, perché si manifesta ad età in cui le probabilità di morte sono molto più elevate e ciò, come si vedrà più avanti, ha effetti di rilievo nel differenziare l'aspettativa di vita dei due sessi.

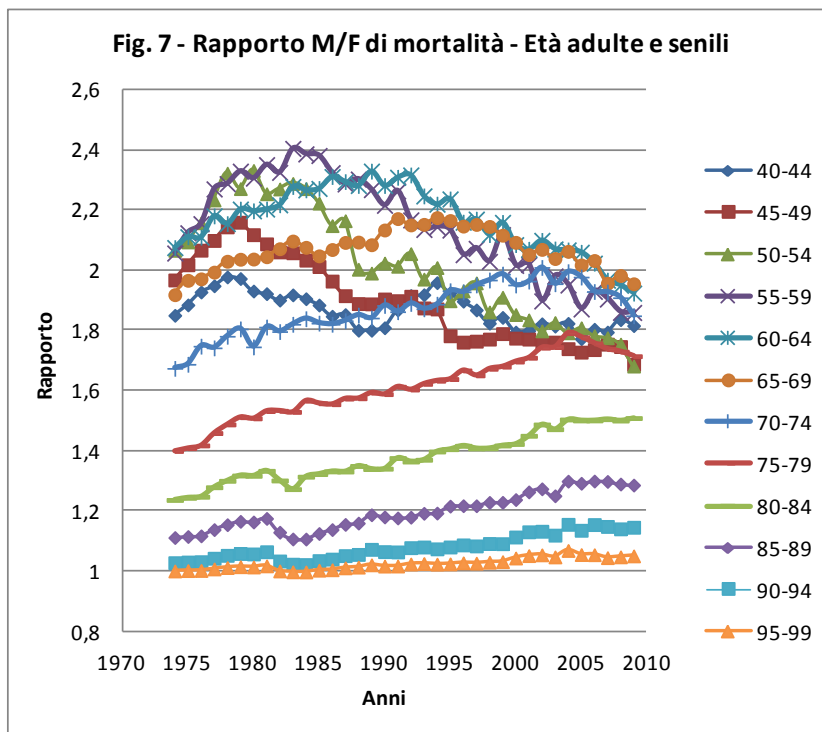


Per cogliere più approfonditamente i cambiamenti intervenuti sono state utilizzate le tavole di mortalità abbreviate; come si vede dalla fig. 7, il trend dell'indicatore è decrescente nelle fasce d'età dai 45-49 ai 55-59 anni, mentre dai 70-74 anni in avanti esso presenta un andamento decisamente crescente dalla seconda metà degli anni '80 fin verso l'inizio degli anni 2000, crescita che va poi rallentando. In particolare, superati i 70 anni il trend del rapporto M/F di mortalità è tendenzialmente lineare e fa segnare incrementi sostenuti soprattutto nelle classi d'età 75-79 e 80-84 anni.

Si constata quindi una continua crescita della sovramortalità maschile all'interno di fasce d'età che pesano sempre di più nel contesto della mortalità generale, anche perché nel quadro dell'attuale processo di "rettangolarizzazione" della funzione di

sopravvivenza i decessi tendono a concentrarsi a partire da età sempre più avanzate. Infatti, sempre con riferimento alle tavole di mortalità qui utilizzate, per le donne la quota dei decessi dopo gli 85 anni si è quasi raddoppiata tra il 1974 ed il 2009 – sono giunti al 57,4% di tutti i decessi – e quella dei decessi oltre i 90 anni si è praticamente triplicata (35%). Per quanto riguarda gli uomini, la quota di decessi dopo gli 85 anni risulta moltiplicata per 2,5 rispetto al 1974, quella oltre i 90 anni (19%), si è quasi quadruplicata.

Sempre riguardo a questo indicatore, va osservato che tra fine anni '80 e prima metà anni '90 nelle classi d'età precedenti (in particolare dai 15-19 ai 35-39 anni, (fig. 4) età in cui si è manifestato il primo massimo) si è avuta una crescita, in alcuni casi sostenuta, del rapporto M/F di mortalità. Tale crescita, oltre che alla incidentalità stradale, va imputata anche al rapido diffondersi in quell'arco di tempo dell'AIDS e delle patologie droga-correlate (Istat, 2008). Alle altre età si assiste invece ad una diminuzione del rapporto, diminuzione che non risulta consolidarsi nel tempo.



Le tendenze recenti nelle diseguaglianze di genere di fronte alla morte: il gap tra le speranze di vita

L'approccio, complementare a quello fin qui presentato, porta a valutare i differenziali di mortalità in termini di scostamenti fra speranze di vita.

Dal confronto fra i sessi emerge preliminarmente che tra il 1974 ed il 2009 c'è stata fortissima correlazione tra la crescita della speranza di vita degli uomini e quella delle donne; tuttavia, pur in presenza di questa forte concordanza nell'evoluzione storica, i ritmi con cui essa è andata aumentando alle varie età sono stati differenti, e lo vedremo anche più avanti.

Tab. 2 - Correlazione tra le aspettative di vita alle varie età ed i corrispondenti gap tra aspettative di vita dei i sessi. Italia 1979-2009

Età	Maschi	Femmine	Età	Maschi	Femmine
0	-0,9525	-0,9304	50	-0,9579	-0,9429
5	-0,9391	-0,9097	55	-0,8975	-0,8711
10	-0,9365	-0,9061	60	-0,5759	-0,5208
15	-0,9332	-0,9016	65	0,4450	0,5035
20	-0,9306	-0,9001	70	0,8709	0,9023
25	-0,9401	-0,9146	75	0,9487	0,9676
30	-0,9538	-0,9340	80	0,9392	0,9676
35	-0,9690	-0,9557	85	0,8857	0,9502
40	-0,9746	-0,9636	90	0,8649	0,9471
45	-0,9722	-0,9606	95	0,8685	0,9356

Oggi (2009), secondo i dati Istat, la differenza di genere per la speranza di vita alla nascita è di 5,11 anni (${}^F e_0 = 84,128$ ed ${}^M e_0 = 79,014$) e rispetto al 1974 (${}^F e_0 = 79,01$ ed ${}^M e_0 = 69,63$) l'uomo ha guadagnato (1,12 anni) di più rispetto alla donna, il che ha attenuato il divario, se calcolato a questa età. Gli attuali cinque anni circa di gap derivano da una dinamica che ha visto il rafforzarsi di una certa convergenza fra i livelli di ${}^M e_0$ ed ${}^F e_0$ (fig. 8), grazie alla più rapida riduzione della mortalità maschile alle età adulte e, in anni a noi più vicini, anche a quelle infantili. Nel contesto della diminuzione della mortalità nell'intero arco di tempo c'è stata più in generale una maggior correlazione inversa tra allungamento dell'aspettativa di vita e_x^M degli uomini e riduzione delle differenze ($e_x^F - e_x^M$) ($x = 1, 2, \dots$), ma questo fin verso la

fascia d'età 50-55 anni (tab. 2). Alle età anziane e senili, al contrario, non si rileva un'attenuazione del gap di genere in quanto le donne si sono avvantaggiate di più la diminuzione della mortalità, come già detto nel paragrafo precedente e ulteriormente precisato più avanti (figg. 13, 14 e 15); lo fa rilevare (tab. 2) la maggior correlazione fra e_x^F e differenze ($e_x^F - e_x^M$) ($x = 0, 1, 2, \dots$).

Nell'arco di tempo in esame le differenze di vita attesa avevano toccato divari ben maggiori (fino a quasi 7 anni nel 1979) per poi tornare a diminuire; in questo processo di avvicinamento alcune date in particolare: 1979, 1992 e 2001 (fig. 8) hanno segnato una interruzione o una pausa (2001) nei trend delle relative serie storiche.

Passando ad un esame età per età, lo svantaggio degli uomini è sempre aumentato fino al 1979 (fig. 8), dopo ha preso avvio una progressiva, netta differenziazione avvenuta con ritmi e trend differenti a seconda dell'intervallo di tempo preso in esame. Dalla fig. 8 è immediato cogliere il netto contrasto nell'evoluzione delle differenze ($e_x^F - e_x^M$) ($x = 1, 2, \dots$): da un lato quelle crescenti a partire dalle soglie della vecchiaia in poi e molto simili come profili a quelli del rapporto M/F di mortalità (figg. 7 e 8) alle stesse età, dall'altro quelle in diminuzione a tutte le età precedenti.

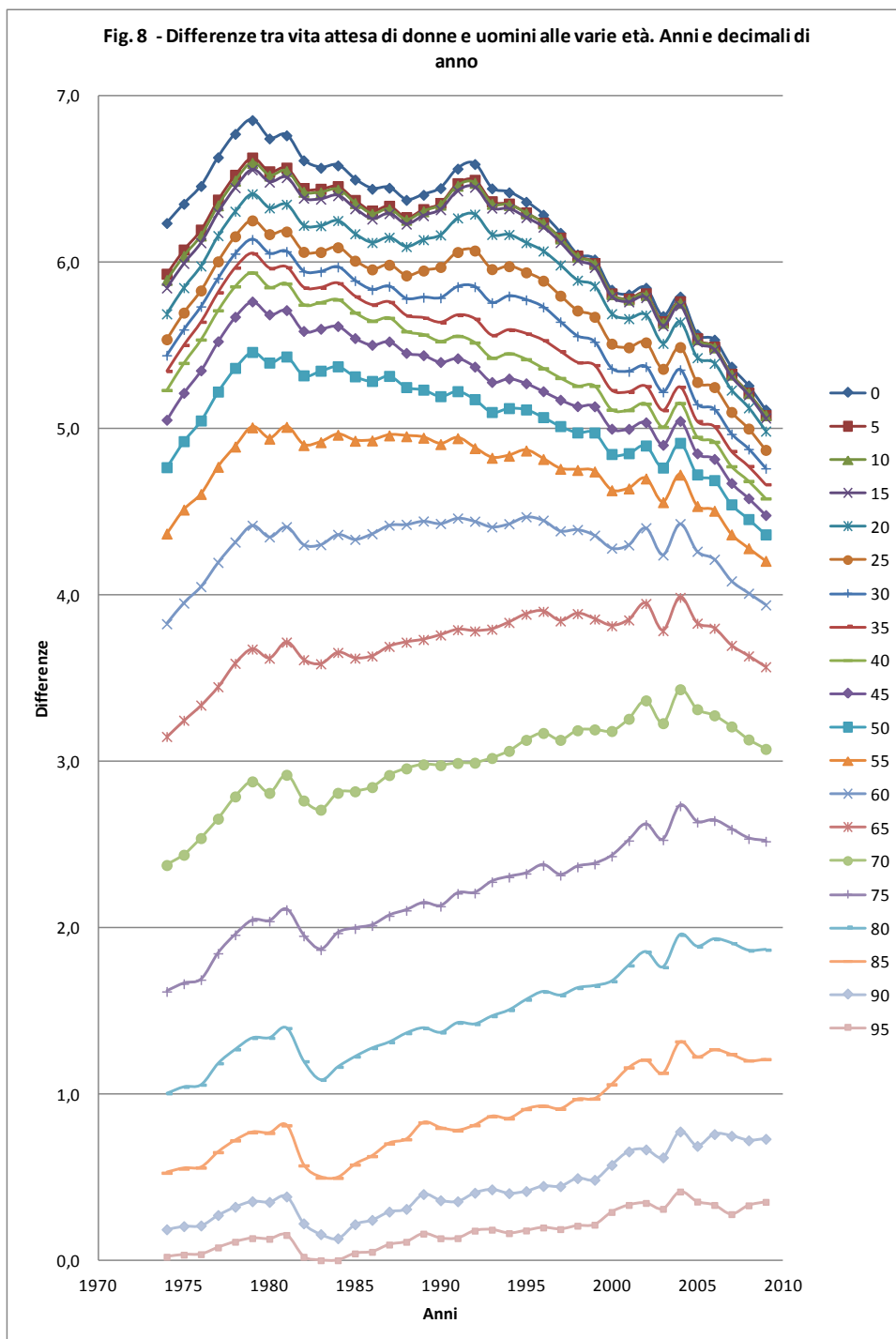
Tab. 3 – Le tre più importanti cause di morte che hanno contribuito ai guadagni della speranza di vita alla nascita (anni e frazione di anno). Italia 1970/72-1980/82 e 1980/82-1990/92

Malattie	Periodo 1970/72-1980/82				Periodo 1980/82-1990/92			
	0-54	55-74	75 e più	Tutte le età	0-54	55-74	75 e più	Tutte le età
	Maschi							
<i>Infettive</i>	0,256	0,056	0,007	0,319	0,039	0,024	0,006	0,069
<i>Sistema circolatorio</i>	0,075	0,184	0,035	0,294	0,218	0,73	0,548	1,496
<i>Apparato respiratorio, ecc. (*)</i>	0,375	0,127	0	0,502	0,101	0,151	0,091	0,343
Tutte le cause	1,77	0,328	-0,018	2,08	0,912	1,132	0,697	2,74
	Femmine							
<i>Infettive</i>	0,224	0,02	0,017	0,261	0,028	0,011	0,005	0,044
<i>Sistema circolatorio</i>	0,159	0,477	0,166	0,802	0,108	0,602	0,894	1,604
<i>Apparato respiratorio, ecc. (*)</i>	0,361	0,097	0,141	0,599	0,076	0,058	0,108	0,242
Tutte le cause	1,743	0,724	0,433	2,9	0,712	0,814	1,054	2,58

(*) *Apparato respiratorio, apparato digerente, apparato genitourinario, anemia.*

Fonte Istat (2002).

Illuminante a questo proposito quanto emerge per il passato, agli inizi della serie storica considerata, in un momento importante qual è stato quello che vide l'avvio della riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari.



Utilizziamo a questo scopo uno specifico studio dell'Istat (1999) e concentriamo la nostra attenzione su questa causa di morte che determina ancora oggi la quota più

consistente di decessi, la cui riduzione tra il 1980 ed il 1990 è stata all'origine di oltre metà dei guadagni conseguiti dalla speranza di vita di maschi e femmine. Dalla tab. 3 emergono immediatamente le differenze e i ritardi con cui sono state recepite dapprima nelle fasi centrali della vita le nuove cure, i nuovi stili di vita e la prevenzione e poi in quelle successive. Le donne infatti avevano cominciato a beneficiare del calo della mortalità per malattie cardiocircolatorie già tra il 1970 ed il 1980, soprattutto nella fascia d'età 55-74 anni; nel decennio successivo ne beneficiano ulteriormente sia a partire dai 55 anni che dopo i 75 (tab. 3) e a queste età in misura considerevole.

Nel caso degli uomini invece gli effetti della riduzione della mortalità per questa causa sono evidenti con dieci anni di ritardo – tra il 1980 e 1990 – in quanto tra il 1970 ed il 1980 erano circoscritti tra i 55 e 74 anni. Sempre dalla tab. 3 si vede che, ancora negli anni '70 e sempre per gli uomini, l'evoluzione della mortalità dopo i 75 non ha contribuito all'aumento della loro speranza di vita, contrariamente a quanto avvenuto per l'altro sesso; del resto, come mostra la fig. 8, la mortalità differenziale era in aumento fino al 1979. Questi sfasamenti concorrono quindi a chiarire, almeno per quanto concerne il passato, come le donne abbiano cominciato prima e siano arrivate prima alla conquista di una vecchiaia “migliore”.

Per il 2009 – l'ultimo anno della nostra serie storica – si constata in ogni caso che, rispetto al 1974, tra i 65 anni e gli 80 anni il vantaggio della donna è quasi sempre risultato dell'ordine del 25% rispetto a quello di un uomo, a 80 anni il divario di vita residua si è quasi raddoppiato, a 90 sfiora il quadruplo, a 95 è pari a 17 volte il valore del 1974. Quest'ultimo risultato segna un'accelerazione tanto improvvisa quanto rilevante dell'aggravarsi dei differenziali di mortalità che è certamente difficile da spiegare; non si può escludere che su questo risultato possa avere un qualche ruolo anche il modello utilizzato dall'Istat (2001) per la chiusura delle tavole, modello che trova applicazione proprio a partire dai 95 anni.

Un'ulteriore indicazione di come siano andate cambiando le caratteristiche della mortalità si ricava dall'analisi di quanto pesano le differenze di mortalità alle varie età sul divario di speranza di vita alla nascita dei due sessi. La metodologia utilizzata è quella proposta da Arriaga (1984); l'analisi è stata condotta secondo un'articolazione per età analoga a quella adottata per le due analisi precedenti e si riferisce alle date che hanno segnato i cambiamenti descritti prima. Nel 1974 la differenza tra e^F_0 ed e^M_0 era pari a 6,2 anni; dalla fig. 9 appare subito che il contributo maggiore a questo divario – contributo pari a 0,41 decimali di anno, ovvero circa 5 mesi – era attribuibile alla più elevata mortalità alla nascita dell'uomo; minore

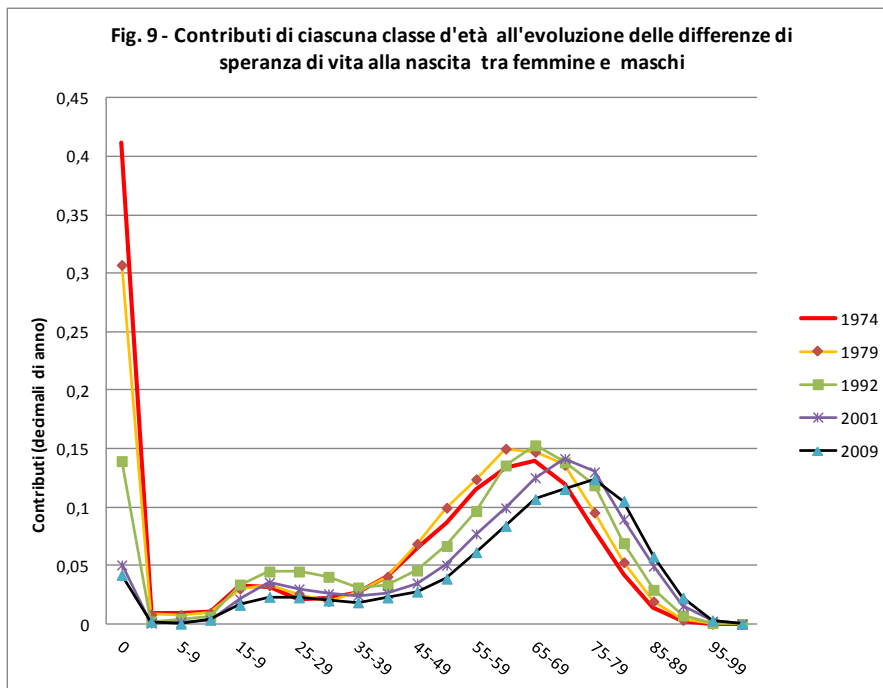
invece il ruolo di ciascuna classe d'età dalle soglie della vecchiaia in avanti, che tuttavia nel loro insieme avevano un peso di rilievo.

Ancora dalla fig. 9, che richiama molto il profilo dell'andamento dei decessi di una tavola, si nota il profondo cambiamento intervenuto nel corso di questi 35 anni: diventa via via preponderante il ruolo delle differenze di mortalità alle età senili ed avanzate, mentre si ridimensiona notevolmente quello della differenza di mortalità alla nascita. Quest'ultima nel 2009 contribuiva per 0,042 decimali di anno (ovvero 15 giorni) al divario allora di 5,11 anni fra e^F_0 ed e^M_0 . Non solo, ma come si vede sempre dalla fig. 9, dopo la soglia della vecchiaia, le età dove i differenziali hanno maggior peso si spostano sempre più avanti, cioè dai 65-69 anni del 1974 ai 75-79 del 2009, e con esse si sposta in avanti anche tutta l'ultima fascia d'età entro cui si colloca il maggior svantaggio maschile.

Ancora dalla fig. 9 appare infine il ruolo minore, rispetto alle età della vecchiaia, che ha avuto su $(e^F_0 - e^M_0)$ la supermortalità maschile tra i 15 e i 35 anni; ciò avviene nonostante in questa fascia d'età il rapporto M/F di mortalità abbia toccato il suo massimo assoluto, come visto prima (fig.4).

L'interrogativo che sorge è relativo quindi all'intensità e all'evoluzione dell'aumento dello svantaggio maschile alle età sempre più avanzate, posto che, come si immagina, dovrebbe perdurare il ridursi della mortalità differenziale alle età precedenti. Lo stesso rallentamento che si nota dal 2004 (fig. 8) della mortalità differenziale alle età avanzate potrebbe preludere ad un processo di riduzione in questa fascia d'età analogo a quello che è avvenuto alle età precedenti dopo il 1979; quindi proprio per dare una risposta a questo interrogativo sviluppiamo nelle pagine che seguono alcune previsioni per la mortalità.

Per studiare il problema si è cominciato col cercare di individuare quando sono avvenuti cambiamenti strutturali nell'evoluzione della mortalità avvalendoci di alcune caratteristiche del modello originale di Lee-Carter (Lee e Carter, 1992; Lee, 2000; Lee e Miller, 2001), modello che ha trovato numerose applicazioni e successive varianti ed estensioni tra cui anche quella di Lee e Li (2005), anch'essa presa in esame nelle pagine successive.



Un'analisi esplorativa col modello di Lee-Carter

Nella loro formulazione originaria (1992) Lee e Carter (LC da ora in avanti) proposero un modello di previsione che utilizza una serie storica di tassi specifici di mortalità per coglierne le caratteristiche dell'andamento generale; poi impiegando metodi standard di proiezione delle serie temporali, si ottiene la prevista distribuzione di probabilità della mortalità alle varie epoche della previsione. Questi ultimi risultati saranno però esaminati in un paragrafo successivo, dopo aver concluso la rassegna di tutta la modellistica previsiva utilizzata; qui cominciamo col prendere in esame le caratteristiche della mortalità differenziale alla luce dell'adattamento del modello sul periodo 1974-2009.

Nell'approccio di LC i tassi specifici di mortalità sono espressi mediante un modello esponenziale del tipo

$$m_{x,i,t} = \exp(a_{x,i} + b_{x,i}k_{t,i} + \varepsilon_{x,i,t}) \quad [1]$$

dove gli $m_{x,i,t}$ sono i tassi in questione all'età x e al tempo t ; l'analisi è stata effettuata distintamente per sesso i ($i = 1$ per maschi, $i = 2$ per femmine) e per maschi e femmine insieme ($i = 3$).

Gli $m_{x,i,t}$ della [1] sono stati ricavati direttamente dalle tavole di mortalità 1974-2009 sulla base della nota relazione

$$m_{x,i,t} = \frac{d_{x,i,t}}{L_{x,i,t}} \quad [2]$$

dove $d_{x,i,t}$ ed $L_{x,i,t}$ sono i decessi e gli anni di vita vissuti con $x = 0, 1, 2, \dots, 105$ e più.

Sempre nella [1]

- $a_{x,i}$ e $b_{x,i}$ sono le componenti del tasso relative all'età x ,
- $k_{i,t}$ quella che dà conto della sua evoluzione generale nel tempo t ($t = 1, 2, \dots, T$),
- $\varepsilon_{x,i,t}$ è invece la componente relativa all'errore e riflette specificità connesse all'età x o al momento t che non sono colte dal modello.

Si fa rinvio alla bibliografia prima citata per gli approfondimenti in materia, mentre si danno qui le precisazioni per la lettura dei risultati che vengono presentati alle figg. 10, 11 e 12.

Per l'analisi delle caratteristiche della [1] come pure per la stima dei parametri si ricorre alla sua trasformazione logaritmica

$$\ln(m_{x,i,t}) = a_{x,i} + b_{x,i}k_{i,t} + \varepsilon_{x,i,t} \quad [3]$$

e nella [3] la stima del primo parametro è data dal livello medio, sull'arco di tempo considerato, del $\ln(m_{x,i,t})$ ad ogni età, ovvero

$$\hat{a}_{x,i} = \frac{\sum_{t=1}^T \ln(m_{x,i,t})}{T} \quad [4]$$

Sempre nella [3] il parametro $b_{x,i}$ costante nel tempo come il precedente [4], misura la sensibilità alle diverse età x del $\ln(m_{x,t})$ nel periodo osservato rispetto all'andamento del livello generale della mortalità, informazione questa fornita da $k_{i,t}$.

Le stime di questi due parametri $b_{x,i}$ e $k_{i,t}$ si ottengono generalmente facendo ricorso al metodo della decomposizione a valori singolari (Strang, 2003) della matrice $\{ \ln m_{x,i,t} - \hat{a}_{x,i} \}$; per garantire l'unicità delle soluzioni si impone che

$$\sum_x b_x = 1 \text{ e } \sum_t k_t = 0 \quad [5]$$

Dopo la stima dei parametri $a_{x,i}$, $b_{x,i}$ e $k_{i,t}$, Lee e Carter hanno proposto di aggiustare le stime ottenute per $k_{i,t}$, affinché il modello [1] fornisca lo stesso numero di decessi e la loro distribuzione per età osservata nell'ambito delle tavole di mortalità o della popolazione che costituiscono la serie storica di partenza della previsione. Nel nostro caso deve quindi valere l'uguaglianza:

$$\sum_x d_{x,i,t} = \sum_x e^{(\hat{a}_{x,i} + \hat{b}_{x,i} \hat{k}_{i,t})} L_{x,i,t} \quad [6]$$

Ove $d_{x,i,t}$ ed $L_{x,i,t}$ sono le funzioni già viste alla [2] ed $\hat{a}_{x,i}$, $\hat{b}_{x,i}$, $\hat{k}_{i,t}$ le stime di $a_{x,i}$, $b_{x,i}$ e $k_{i,t}$. A questo proposito va osservato che se, da un lato la procedura utilizzata (Süli and Mayers, 2003) ha sempre garantito il risultato della [6] relativamente alla somma dei decessi, non altrettanto può dirsi per la loro distribuzione per età; in alcuni anni, soprattutto in quelli alla fine della serie storica (2008 e 2009) la distribuzione dei decessi per età ricostruita col modello presenta un certo scostamento da quella osservata. Per quanto concerne il 2009 si osserva anche che il profilo della funzione di mortalità fornita dall'Istat ha un andamento non del tutto regolare alle età avanzate sia per maschi che per femmine; questo può aver contribuito a rendere meno soddisfacente il risultato fornito dalla [6].

La stima $\hat{k}_{i,t}$ è stata quindi modificata affinché valga la [6]. I nuovi risultati che ora indichiamo con $\hat{\hat{k}}_{i,t}$, non rispettano più il vincolo posto dalla procedura di identificazione dei parametri [5], per cui si è reso necessario apportare ulteriori correzioni (At *et al.*, 2004) come qui di seguito indicato

$$k_{i,t}^* = \hat{\hat{k}}_{i,t} - \hat{k}_i \text{ e } a_{x,i}^* = \hat{a}_{x,i} + \hat{b}_{x,i} \hat{k}_i \quad [7]$$

dove \hat{k}_i è la media dei $\hat{k}_{i,t}$ ricavata dalla procedura di aggiustamento [6]. I risultati di tutte le elaborazioni effettuate sono, come già detto, alle figg. 10, 11 e 12 da cui riemergono alcune specificità della mortalità differenziale.

Il grafico del parametro $a_{x,i}^*$ (fig. 10) mette in evidenza una significativa *accident bump* tra i 10 ed i 35 anni relativamente alla mortalità maschile, *accident bump* che tra l'altro insiste su una fascia d'età più ampia rispetto a quella delle femmine (10-25 anni). E' anche questo sfasamento che contribuisce alla notevole variabilità dell'età al primo massimo del rapporto M/F di mortalità (fig. 2) rilevata nella fig. 4.

Ancora dalla fig. 10 si vede che dopo i 99 anni l'andamento di $a_{x,i}^*$ denuncia sorprendentemente un lieve svantaggio per le donne. E' difficile valutare le cause del capovolgimento delle caratteristiche finora viste della mortalità differenziale. Effettivamente, se calcolato sui tassi, il rapporto M/F di mortalità oscilla intorno all'unità in prossimità delle età estreme, il che vale soprattutto fin verso la fine degli anni '90. Questo non accade se il rapporto è calcolato sulle probabilità di morte anche perché – come si è già accennato – l'andamento di queste ultime dopo i 95 anni viene reso regolare dall'Istat (2001) mediante un modello demografico finalizzato alla chiusura della tavola, modello che dovrebbe manterrebbe sempre uno scarto tra la mortalità dei sessi.

Dal grafico delle stime di $b_{x,i}$ si osserva (fig. 11) che le variazioni più consistenti del parametro nel periodo in esame si sono collocate a tre età; due sono comuni ad entrambi i sessi

- alla nascita,
- alla prima infanzia,

la terza non lo è

- si tratta dell'età adulta per gli uomini, alla soglia delle età senili per le donne.

Chiaramente le prime due sono il risultato dei successi nel combattere la mortalità infantile in senso lato; della terza (fig. 11) si è già parlato al paragrafo precedente.

Il profilo di $k_{i,t}$ mostra (fig. 12), come tendenza di fondo, una costante diminuzione della mortalità generale, riflesso ovviamente dei progressi della medicina e del continuo miglioramento del tenore di vita avvenuti nel corso dei trentacinque anni presi in esame. Come si poteva presumere, i risultati per gli uomini e le donne presentano andamenti in sintonia tra loro (fig. 12), ma non certamente coincidenti anche perché nella procedura di stima, maschi e femmine sono stati considerati, secondo la prassi, come due popolazioni distinte e indipendenti.

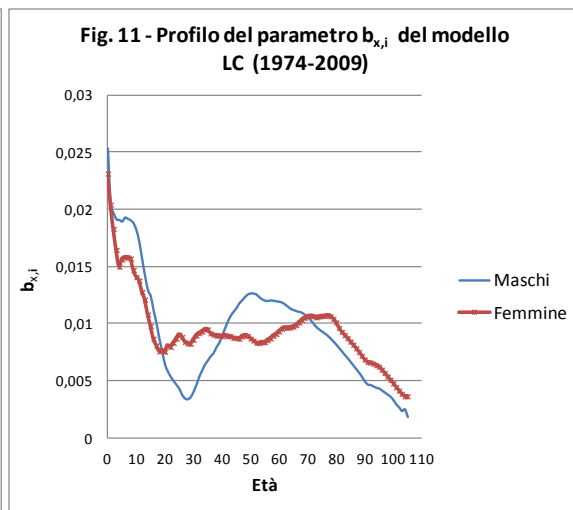
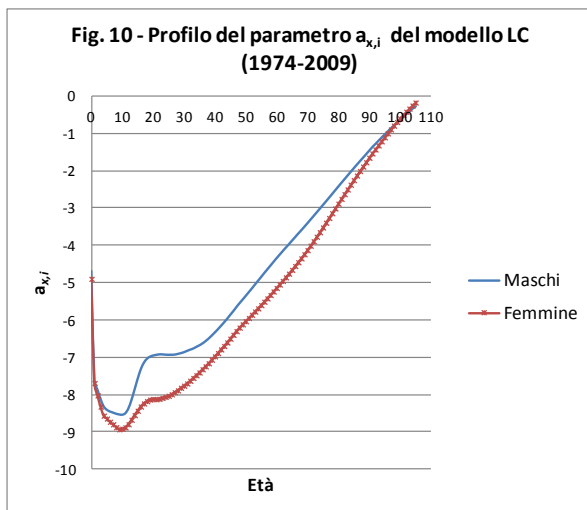
Una volta determinati i tre parametri per i due sessi, il passo successivo è quello di estrapolare/proiettare la componente temporale $k_{i,t}$ del modello, estrapolazione che, seguendo la metodologia indicata da LC, fornisce un intervallo di confidenza

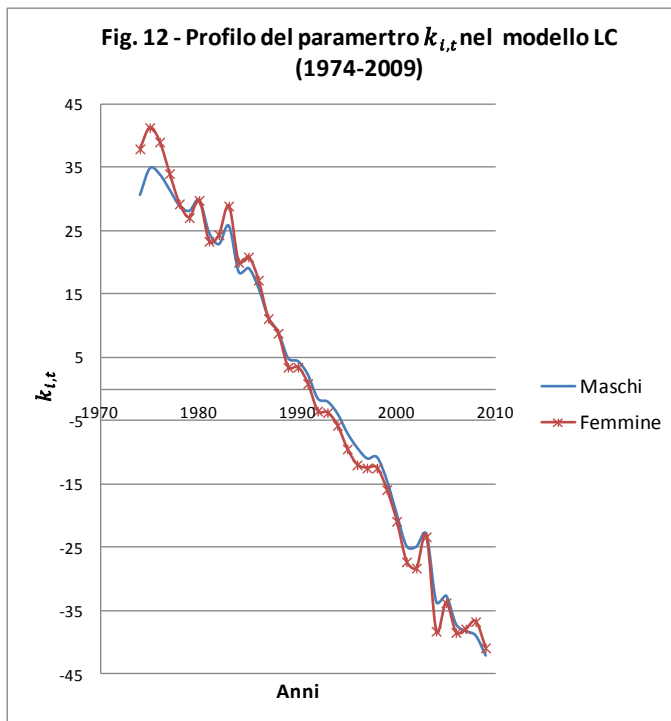
(Brockwell e Davis, 1996) per ognuno dei valori estrapolati di $k_{i,t}$ e quindi anche per la previsione della mortalità.

In molte applicazioni un semplice modello del tipo *random walk with drift* (RWD) si adatta bene ai dati e, anche se talvolta non viene ritenuto il modello migliore, questo approccio viene preferito per la sua semplicità di adattamento e di interpretazione. In generale, un semplice RWD è espresso come segue

$$k_t = k_{t-1} + d + \varepsilon_t, \quad \varepsilon_t \sim N(0,1), \quad E(\varepsilon_s, \varepsilon_t) = 0 \quad [8]$$

dove il termine d è la deriva, che solitamente negativa, rappresenta la componente lineare del trend nell'evoluzione di k_t , ed ε_t è l'errore; in alternativa, per ottenere un adattamento migliore, molti studi utilizzano un modello *Auroregressive Integrated Moving Average* (ARIMA).





Col modello di LC [1] lo sforzo della previsione si concentra quindi solamente sull'indice di mortalità k_t , per cui è necessario, ai fini dell'applicazione, aver individuato il periodo più adatto riguardo alla continuazione negli anni a venire dei progressi in campo medico e dei cambiamenti negli stili di vita che portino ad ulteriore aumento dell'aspettativa di vita. Queste considerazioni valgono oltre che per l'applicazione del modello di LC, anche per le sue estensioni ed in particolare per quella proposta da Li and Lee (2005) che costituisce il secondo approccio metodologico su cui si basa il nostro approccio prospettico.

Nell'attuale fase di evoluzione della mortalità non è semplice inquadrare i momenti di cambiamento sulla base della lettura del grafico dei $k_{i,t}^*$ (fig.12), tenuto conto anche delle differenze che ci sono state fra i sessi nel timing della riduzione della mortalità, differenze di cui non si coglie una qualche traccia nella fig. 12. Sul finire del periodo considerato i profili di $k_{i,t}^*$ per contro fanno notare chiaramente il rialzo di mortalità conseguente alla caldissima estate del 2003; si tratta però di un evento eccezionale, che potrebbe alterare la previsione.

Di fronte a questa incertezza si è ritenuto che l'indicazione per individuare la base dati di partenza potesse emergere direttamente dallo studio delle serie storiche ottenute per $k_{1,t}^*$ e $k_{2,t}^*$ ed i risultati di questo approccio vengono presentati al paragrafo successivo. L'obiettivo infatti non è solo quello di utilizzare una serie

storica più breve rispetto al periodo 1974-2009, la quale presenterebbe quindi il vantaggio di fornire nuove stime di $b_{i,x}$ più aderenti ai cambiamenti strutturali prodotti dall'evoluzione recente della mortalità, ma anche quello di avere il riferimento temporale idoneo a costruire una nuova serie storica per l'applicazione del modello di Lee e Li; l'impiego di questo modello richiede la disponibilità di tavole di mortalità a sessi riuniti che oggi non presenti nella documentazione Istat.

La scomposizione del trend 1974-2009 di $k_{1,t}^*$ e $k_{2,t}^*$ e la costruzione delle tavole di mortalità a sessi riuniti

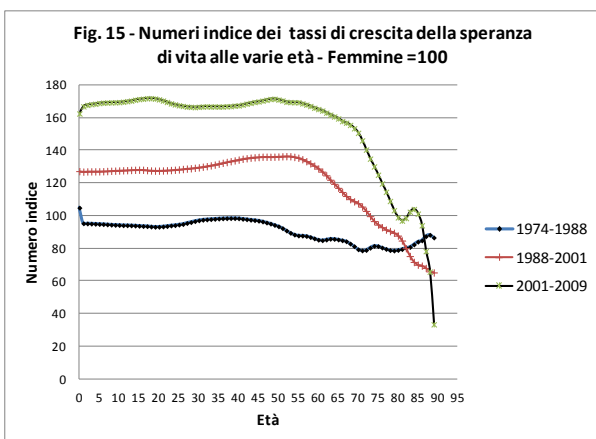
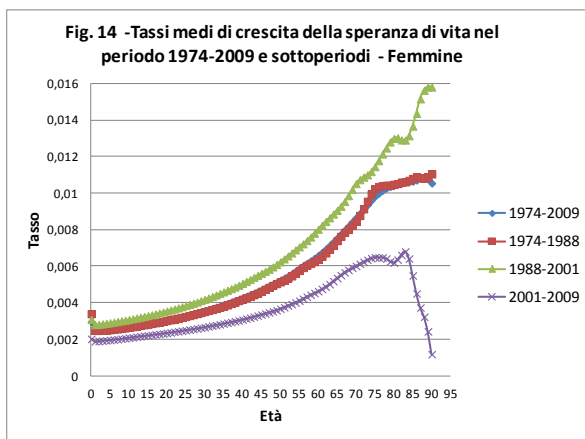
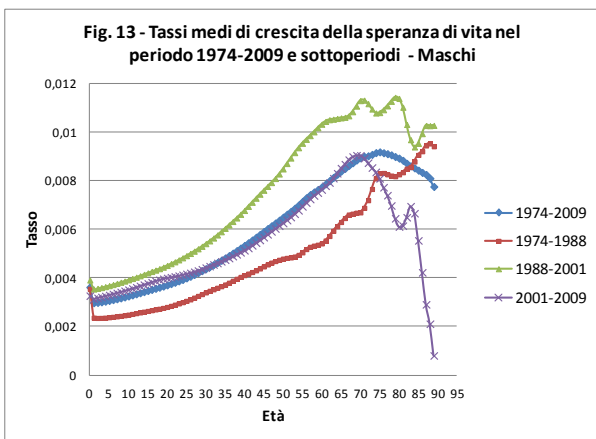
La ricerca nell'arco temporale 1974-2009 di un particolare anno, di un punto di partenza, da cui le traiettorie di $k_{1,t}^*$ e $k_{2,t}^*$ iniziano a segnare il cambiamento nei due indici di mortalità, equivale a focalizzare l'attenzione sulla linearità dell'andamento delle stime di questi due parametri; questo può avvenire utilizzando procedure che consentono di individuare, in una serie storica, la presenza di cambiamenti strutturali (Zivot e Andrews, 1992; Clemente, Montañés e Reyes, 1998).

Nel nostro caso si è voluto verificare se i profili di $k_{1,t}^*$ e $k_{2,t}^*$ (fig. 12) sono descritti da un *random walk with drift process*, finora largamente utilizzato nelle applicazioni e che esclude la presenza di cambiamenti strutturali, oppure se le due serie storiche presentano contemporanei cambiamenti nel trend; si vengono così a individuare eventuali punti che segnano l'inizio di una nuova evoluzione. E' proprio questo il caso che si è verificato in quanto dall'applicazione della procedura proposta da Clemente, Montañés e Reyes (1998) sono emerse rotture strutturali sincronicamente presenti per maschi e femmine nel 1988 e nel 2001.

Le analisi poi condotte studiando l'andamento della speranza di vita all'interno di questi sottoperiodi mostrano da un lato la presenza di profili simili tra i due sessi nell'aumento di e_x alle varie età x , ma dall'altro le differenze importanti nei corrispondenti ritmi di crescita.

L'aumento di e_x , caratterizzato dai tassi medi annui d'incremento più elevati sia per uomini che per le donne è quello avvenuto fra il 1988 e il 2001 (figg. 13 e 14), mentre quello col ritmo più basso per gli uomini si è manifestato prima (fig. 13, fra il 1974 e il 1988), per le donne dopo (fig. 14, fra il 2001 e 2009). Ancora dalle figg. 13 e 14 si vede che i tassi medi di crescita di $^F e_x$ ed $^M e_x$ in questi anni sono aumentati rapidamente con l'età per poi rallentare per gli uomini dopo i 70 anni, per le donne dopo gli 80, rallentamento che tra il 2001 e il 2009 si trasforma in un crollo precipitoso.

Come già accennato però, divari molto consistenti si manifestano invece nel ritmo differenziale della crescita della speranza di vita alle varie età; ciò denota l’innescarsi o lo stabilizzarsi di processi di riduzione della mortalità comparativamente differenti per uomini e donne nei vari segmenti del periodo considerato. Tra il 1974 ed il 1988, salvo che alla nascita, la vita residua degli uomini è cresciuta ad ogni età meno rapidamente rispetto alle donne (fig. 15); un netto ribaltamento si ha invece dal 1988 al 2001, ribaltamento che si rafforza ancor di più tra dal 2001 e il 2009 (fig. 15); in quest’ultimo arco di tempo e fin verso i 65 anni, il tasso medio di crescita della vita residua degli uomini è stato sempre superiore di oltre i 60% rispetto a quello delle donne.



Alle età senili ed avanzate è invece la speranza di vita delle donne che cresce comparativamente di più; da questo punto di vista riemergono ancora quegli aspetti differenziali già sottolineati ai paragrafi precedenti (fig. 15): il controllo delle cause di morte alle età senili ed avanzate continua a procedere più velocemente per le donne rispetto a quanto avvenuto per gli uomini (Maccheroni, 2012).

Essendo fra gli obiettivi dell'analisi quello di fissare una base dati adeguata per effettuare analisi prospettive comparate la scelta è stata per il 1989-2009. L'arco di tempo 2002-2009 non è stato preso in considerazione in quanto troppo breve come base di una proiezione e perturbato inoltre dall'aumento di mortalità provocato dall'estate 2003. L'altro obiettivo era quello di costruire tavole a sessi riuniti per cui si è reso necessario adeguare la scelta precedente alle caratteristiche della documentazione statistica disponibile relativa agli anni passati.

In Italia l'Istat non fornisce tavole di mortalità a sessi riuniti, tavole che tuttavia si possono ricavare a partire da una relazione del tipo

$$m_{x,3,t} = m_{x,1,t} \frac{P_{x,1,t}}{\sum_x P_{x,1,t}} + m_{x,2,t} \frac{P_{x,2,t}}{\sum_x P_{x,2,t}} \quad [9]$$

dove $P_{x,1,t}$ e $P_{x,2,t}$ sono rispettivamente la popolazione residente maschile e femminile all'età x al tempo t ; ai denominatori abbiamo quelle complessive. Il tasso a sessi riuniti $m_{x,3,t}$ è pertanto la media dei tassi specifici ponderata con la struttura della popolazione distinta per sesso.

I tassi da utilizzare sarebbero quindi quelli del periodo 1989-2009 e dovrebbero avere l'articolazione per età di $m_{x,1,t}$ e di $m_{x,2,t}$, cioè fino a 105 anni e oltre [2]. Tuttavia le ricostruzioni della popolazione disponibili effettuate dall'Istat per la [9] presentano tutte un grado di disaggregazione inferiore nelle età estreme (<http://demo.istat.it>). La ricostruzione relativa al periodo intercensuario 1981-1991 si conclude infatti con la classe d'età aperta 85 anni e oltre, per cui è meno adeguata per far valutare il ruolo delle età senili e avanzate nel quadro dell'evoluzione della mortalità; quella relativa agli anni 1992-2001 è più dettagliata, anche se giunge solo fino alla classe aperta 100 anni e oltre. Quest'ultima serie è quindi la più vicina alle nostre esigenze ed ha anche la stessa disaggregazione per età delle statistiche demografiche correnti, le quali forniscono la popolazione residente fino al 2009. Inoltre, poiché nel nostro caso la previsione si arresta al 2031, si viene a far riferimento ad un arco previsivo di

lunghezza pari approssimativamente a quella della serie storica di partenza utilizzata, come generalmente indicato dalla prassi.

Per allungare l'articolazione per età degli $m_{x,3,t}$ fino a 105 anni e oltre sono state ricavate le corrispondenti $q_{x,3,t}$ ed è stata loro applicata la procedura utilizzata dall'Istat (2001) per la chiusura delle stesse, effettuando opportuni lisciamenti.

Il modello di Lee e Li

È opinione che il modello di LC nella versione prima illustrata funzioni bene per una sola popolazione, la quale potrebbe essere di un solo sesso, oppure complessiva (Lee e Carter, 1992; Lee e Nault, 1993; Lee e Miller, 2001; Li e Lee, 2005). Infatti, allorché si considerano separatamente i due sessi, si ottengono differenti stime dei parametri del modello LC [1] – vedasi figg. 10, 11 e 12 – quindi la previsione della mortalità maschile non solo sarà differente da quella femminile, ma nel tempo le due potrebbero anche divergere sensibilmente, senza tener adeguatamente conto del processo evolutivo della popolazione di cui fanno parte; considerazioni analoghe valgono per previsioni di aggregati demografici di regioni o di paesi con simili condizioni di sviluppo.

Lee and Li (2005) in particolare hanno modificato profondamente la versione precedente di LC introducendo la condizione che tutti i sottoinsiemi di popolazioni condividano gli stessi parametri del tipo b e k della [1], parametri che connotano la popolazione complessiva e che vengono indicati ora con B_x e K_t . La costruzione del modello prevede due step; nel primo si ha

$$\ln(m_{x,i,t}) = a_{x,i} + B_x K_t + \varepsilon_{x,i,t} \quad (1 \leq t \leq T)$$

[10]

dove $a_{x,i,t}$ è sempre il livello medio della mortalità nel gruppo i -esimo [4], B_x e K_t rappresentano rispettivamente il *coherent pattern of age* ed il *period effect* di tutta la popolazione. Si ha quindi che per $i = 3$, il modello LC [3] relativamente alla popolazione complessiva corrisponde alla [10] e la procedura di stima dei parametri è la stessa vista precedentemente. Analoghe considerazioni valgono per l'aggiustamento di K_t [6] affinché l'applicazione del modello [10] alla serie storica

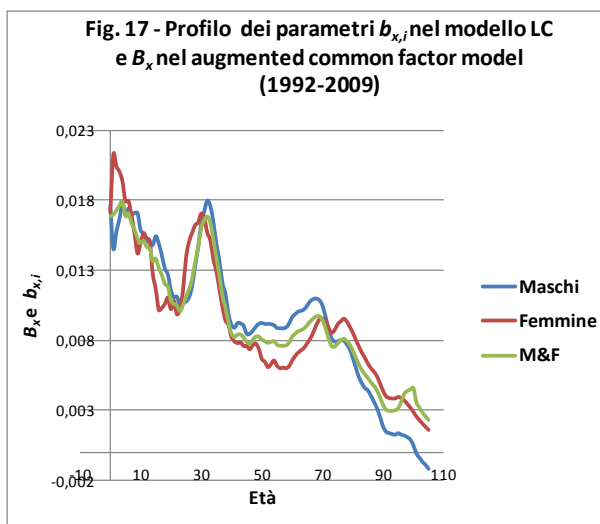
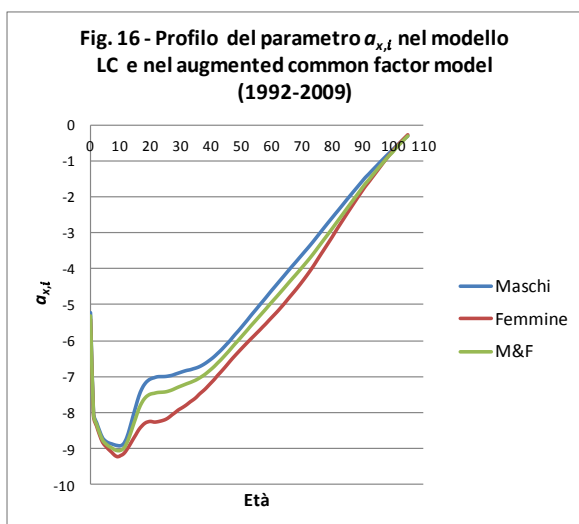
utilizzata (1992-2009) riproduca lo stesso numero di decessi osservati e la loro distribuzione per età; sempre dalla [10] per $t > T$ si ricava la previsione della mortalità per la popolazione complessiva.

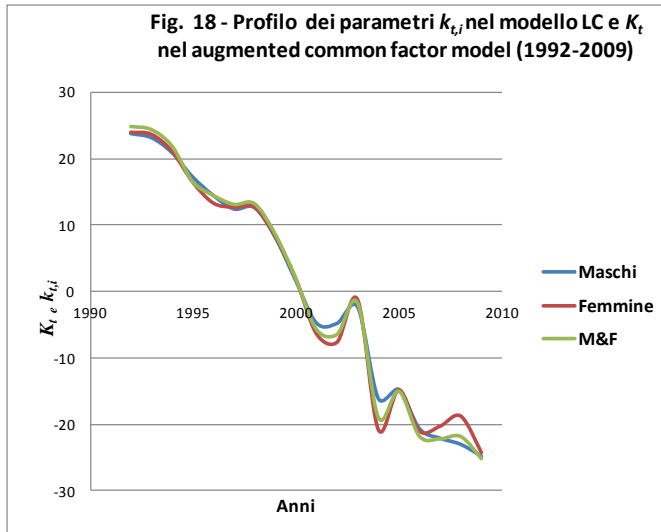
Nella [10] l'insieme $[a_{x,i} + B_x K_t]$ viene indicato come *the common factor model*, per la presenza appunto del fattore che descrive l'evoluzione "comune" della mortalità nel tempo sperimentata da tutte le componenti dell'intero gruppo (o popolazione). Ogni sottoinsieme i della popolazione mantiene però il proprio *age pattern* ed il *level of mortality* di cui bisogna tener conto e quindi – secondo step – la [10] viene modificata con l'inserimento di un fattore specifico $\beta_{x,i} \kappa_{t,i}$ per ciascun aggregato demografico i che compone la popolazione complessiva. Il risultato di questo inserimento è

$$\ln(m_{x,i,t}) = a_{x,i} + B_x K_t + \beta_{x,i} \kappa_{t,i} + \varepsilon_{x,i,t}, \quad (1 \leq t \leq T) \quad [11]$$

versione questa che gli Autori hanno chiamato *the augmented common factor model*.

Se gli $a_{x,i}$ ([10] e [11]) vengono determinati separatamente per ciascuna popolazione i [4], e B_x e K_t dall'adattamento del modello LC alla popolazione complessiva, le stime dei fattori $\beta_{x,i}$ e $\kappa_{t,i}$ specifici di ogni popolazione i , si ottengono applicando per la seconda volta la procedura usata per il modello LC ai residui che si ricavano a partire dalla [10].





Per valutare la bontà del modello a fattori comune [10] e del *augmented common factor model*

[11], Lee e Li hanno proposto i cosiddetti *explanation ratios* riportati alla [12] e alla [13], senza però indicare alcun valore soglia nei due rapporti per l'inclusione di una sotto-popolazione nel modello coerente, ma limitandosi a consigliare che questi siano sufficientemente grandi (tab. 4).

$$R_{Com.Fact}(i) = 1 - \frac{\sum_t \sum_x [\ln(m(x,t,i)) - a(x,i) - B(x)K(t)]^2}{\sum_t \sum_x [\ln(m(x,t,i)) - a(x,i)]^2} \quad [12]$$

$$R_{Aug.Fact}(i) = 1 - \frac{\sum_t \sum_x [\ln(m(x,t,i)) - a(x,i) - B(x)K(t) - b(x,i)k(t,i)]^2}{\sum_t \sum_x [\ln(m(x,t,i)) - a(x,i)]^2} \quad [13]$$

In caso contrario occorrerebbe rimuovere la popolazione che è stata inserita o il gruppo dal modello e ripetere le analisi.

Verificata quindi la bontà di adattamento del modello [11], per ciascuna popolazione i che compone l'aggregato demografico nel suo complesso la previsione relativa ad ogni tempo $t > T$ avviene sulla base della

$$\ln(m_{x,t,i}) = \ln(m_{x,T,i}) + B_x[K_t - K_T] + \beta_{x,i}[\kappa_{t,i} - \kappa_{T,i}], \quad t > T$$

[14]

dove gli $m_{x,T,i}$ sono l'insieme dei tassi specifici di mortalità della popolazione i osservati nell'ultimo anno della serie storica utilizzata quale base dati della previsione (nel nostro caso $i=1,2$ e $T=2009$).

Per quanto concerne i $\kappa_{i,t}$ specifici [11] Lee and Li propongono di ricavarne la previsione applicando un modello *random walk senza drift* (RW) o un modello auto regressivo di primo ordine (AR(1)); ciò avverrebbe senza alcun aggiustamento dell'indice di mortalità in quanto $\kappa_{t,i}$ per $t > T$ dovrebbe tendere a (o assumere fin da subito) un livello costante nel tempo come si è verificato nel nostro caso. Infatti, se le i popolazioni che compongono quella complessiva condividono lo stesso livello di sviluppo e lo stesso territorio, le loro differenze di mortalità non potranno incrementarsi nel tempo, ma piuttosto annullarsi.

Le nuove stime dei parametri dei modelli

Le stime dei parametri sulla serie 1992-2009 presentano, laddove è possibile effettuare confronti con l'analisi esplorativa prima condotta, alcune significative differenze rispetto a quelle ottenute per il periodo 1974-2009; tutto ciò sottolinea ancora una volta il ruolo importante che può avere la scelta della serie storica di partenza sui risultati della previsione (Carter e Prskawetz, 2001).

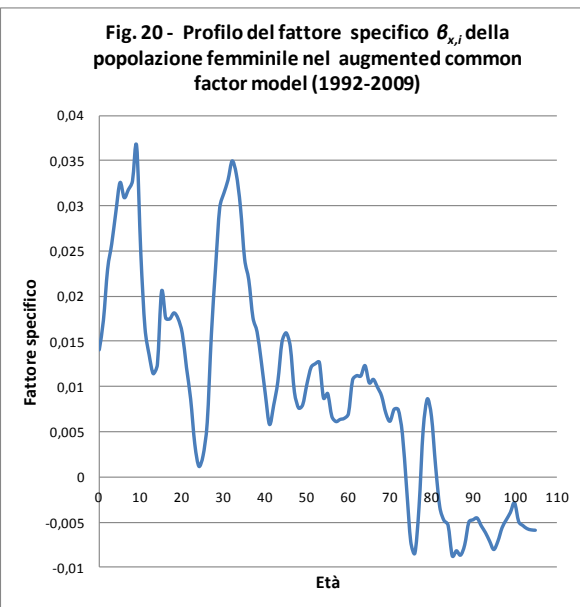
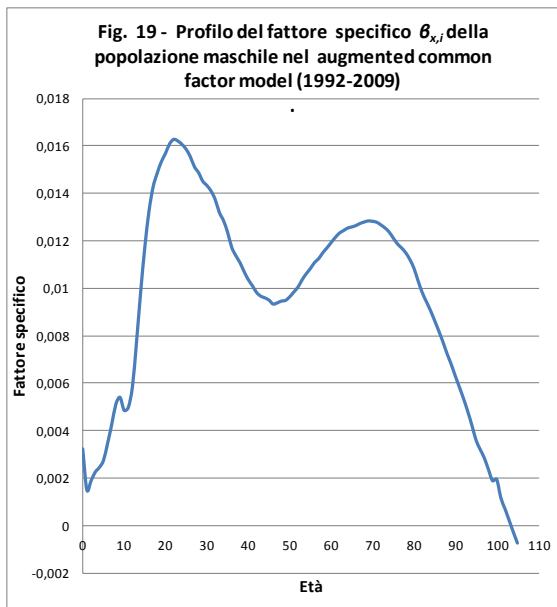
Le stime degli $a_{x,i}^*$ ($i=1,2,3$) relative al 1992-2009 (fig. 6) non mettono più in evidenza alle età senili ed avanzate una mortalità degli uomini inferiore a quella delle donne come si ricavava dai dati 1974-2009 (fig. 10). Sempre dalla fig. 16 si coglie che l'andamento di $a_{x,3}^*$, cioè relativo a tutta la popolazione, pur concordante con quelli di $a_{x,1}^*$ e $a_{x,2}^*$, è più vicino alla componente maschile ($i=1$) alle età infantili e giovanili, e molto più vicino alla componente femminile ($i=2$) alle età senili ed avanzate conformemente al peso [9] che uomini e donne hanno nella popolazione alle varie età. Questo risultato ci anticipa già che le previsioni della mortalità alle età avanzate e senili delle donne e quelle di uomini e donne nel complesso non saranno molto diverse tra loro.

Per contro le differenze più evidenti rispetto alle stime ricavate per gli anni dal 1974 al 2009 (fig. 11) si riscontrano per le componenti $b_{x,i}$ ($i=1,2$) che ora (fig. 17)

presentano profili di maschi e femmine in pressoché totale sintonia tra loro. Per il periodo 1992-2009 le età che hanno fatto registrare la maggior diminuzione della mortalità sono state ancora quelle infantili cui si aggiungono ora quelle intorno ai 25 anni e verso i 65. Il parametro B_x dell'*augmented common factor model* si colloca per quasi tutte le età in posizione pressoché mediana tra le due serie dei $b_{x,i}$ del modello LC: questo risulta particolarmente evidente dalle età infantili e fin verso i 30 anni. Tra i 30 e i 40 anni le tre serie seguono andamenti pressoché identici, mentre dopo i 50 anni si presenta ancora una forbice tra maschi e femmine con la successione dei B_x intermedia che continua a collocarsi tra le altre due. Verso gli 80 anni si nota invece la brusca diminuzione dei valori di $b_{x,i}$ per i maschi che scendono al di sotto di quelli delle femmine, il che riporta alla ribalta le già sottolineate caratteristiche differenziali dell'evoluzione della mortalità a queste età.

Sempre per quanto concerne i parametri relativi alle età, il modello di Lee e Li si connota anche per la presenza dei $\beta_{x,i}$ [11] le cui stime per uomini e donne risultano fra loro molto diverse. Come si vede infatti dalla fig. 19, per l'esperienza italiana 1992-2009, il profilo relativo ai maschi richiama molto con i suoi massimi e minimi l'andamento per età di quello del rapporto M/F di mortalità (fig.2); quello relativo alle femmine invece risulta di difficile interpretazione perché si presenta con un andamento fortemente erratico che si attenua a partire dalle età adulte.

Una forte concordanza si riscontra infine anche tra l'andamento temporale dei K_t dell'*augmented common factor model* [11] con quelli dei $k_{t,i}$ del modello LC [3] (fig. 18). Anche se i valori di $k_{t,i}$ – così come quelli dei $b_{x,i}$ – non hanno una caratteristica dimensionale, l'esame del grafico evidenzia la sovrapposizione delle tre serie di $k_{t,i}$ durante il primo decennio di osservazione: ciò sottolinea la comune evoluzione della mortalità per maschi e femmine nella popolazione italiana. Va ricordata ancora che l'estate del 2003, tra le più calde dell'ultimo secolo, causando un notevole incremento di mortalità nella popolazione anziana, interrompe la linearità dell'indice k_t in ognuna delle serie considerate.



Ci sembra importante considerare questo fattore contingente, come fecero anche Lee e Carter (1992) riguardo all'aumento di mortalità per la grave epidemia di influenza del 1918. Per tener conto dell'effetto di fenomeni di questo tipo che normalmente non fanno parte della dinamica intrinseca del fenomeno stesso, ma che la possono influenzare dall'esterno, Box e Tiao (1975) svilupparono una procedura nota come *intervention analysis*; ciò che la differenzia dalle altre procedure di identificazione degli *outliers* è la conoscenza a priori della posizione e della natura dei valori anomali. Utilizzando questa metodologia è possibile misurare ed isolare l'effetto creato da un particolare evento – come la mortalità del 2003 – inserendo quale variabile esplicativa una *dummy* tendente a rimuovere l'influenza del dato.

Dopo aver determinato le stime dei parametri, si è proceduto a verificare gli *explanation ratios* (Li e Lee, 2005) relativi sia all'*augmented common factor model* sia al modello LC; i valori risultano particolarmente elevati (tab. 4) per cui l'adattamento dei modelli si può ritenere buono; analogo risultato si è ottenuto per i modelli adattati alle serie storiche (tab. 4).

Passando infine agli elementi per procedere alla previsione, le tre diverse serie storiche dell'indice di mortalità $k_{i,t}$ [1] e K_t [10] sono state proiettate con un semplice RWD.

Tab. 4 - *Explanation ratios* dei modelli utilizzati

Modello	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine
Lee e Carter	0,9342	0,9055	0,9340
Lee e Li *	0,9844	0,9372	

* *Explanation ratios del augmented common factor model*

Conclusioni e confronti fra previsioni

Le stime per il periodo 1992-2009 relative ai parametri $k_{t,i}$ e K_t hanno fornito (fig. 18) dinamiche temporali concordanti e con valori tra loro molto vicini; anche per i parametri $b_{x,i}$ e B_x si sono ottenuti profili per età con più tratti quasi in comune fin verso i 40 anni (fig. 17). Ai fini della previsione, è solo per questi i parametri che si possono effettuare confronti tra i due modelli ([1] e [14]); tra gli altri elementi che invece differenziano i due approcci c'è anche il fatto che nel modello di Lee and Li la previsione stessa si basa sull'ultimo dato della serie storica utilizzata: il 2009.

Generalmente in una serie storica i tassi specifici di mortalità, quelli relativi ad un anno – nel nostro caso, l'ultimo – per fattori contingenti, potrebbero discostarsi ad alcune età dai trend presenti nella base dati considerata. Partire quindi, come nel secondo modello, dall'ultimo dato osservato (2009) può anche comportare l'inizio della previsione (2010) da livelli che si discostano dalle tendenze espresse dai parametri e nel nostro caso effettivamente la funzione di mortalità del 2009 presenta un andamento non proprio regolare specie vicino a 90 anni (figg. 21 e 22), soprattutto per le donne. Ciò nonostante le due previsioni hanno prodotto per il 2010 quasi gli stessi valori e hanno poi fornito risultati globalmente molto simili (figg. 21 e 22).

Nello scenario centrale della previsione le differenze tra i risultati forniti dai due modelli per gli anni dal 2010 al 2031 sono in generale molto modeste, sono circoscritte alle donne e più evidenti alle età senili ed avanzate. Nelle previsioni che si ricavano dagli estremi degli intervalli di confidenza al 95%, i risultati si differenziano di più, specie negli ultimi anni dell'arco previsivo.

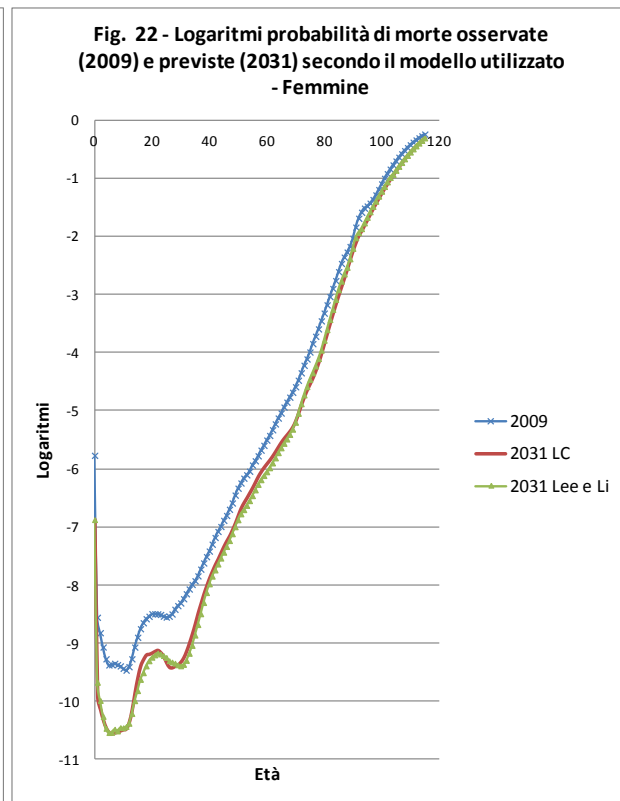
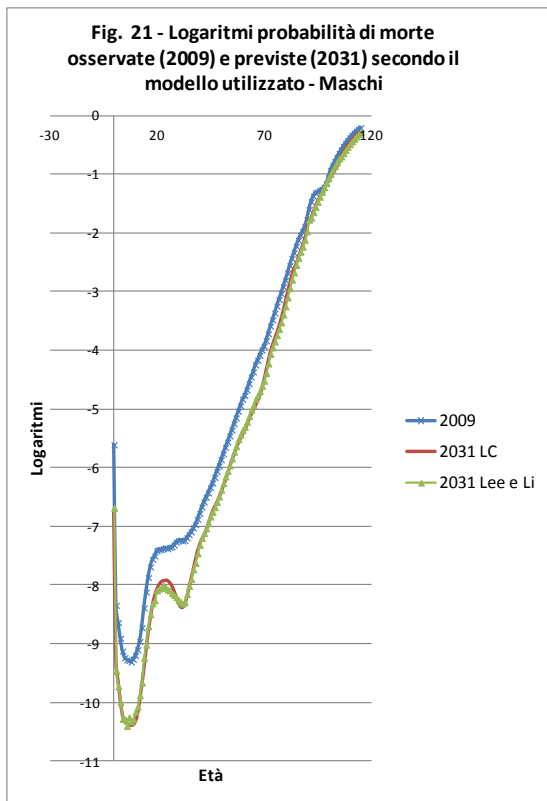
Il quadro fornito dallo scenario centrale è coerente col fatto che oggi le probabilità di arrivare alle soglie della vecchiaia in Italia, come in molti altri paesi occidentali, si attestano su livelli molto elevati per gli uomini e ancora più per le donne. I continui progressi della sopravvivenza che i due modelli prospettano sono quindi in linea con la realtà attuale, per cui non meraviglia che i risultati delle due previsioni si discostino fra loro alle età senili ed avanzate dove la mortalità è più elevata.

Come si è detto, le differenze riguardano soprattutto le donne piuttosto che gli uomini, risultato questo ricollegabile al differente ruolo svolto dai due fattori $\beta_{x,1}$ e $\beta_{x,2}$. Nel modello di Lee e Li [11] infatti i tassi maschili risultano superiori a quelli generali per l'intervento di $\beta_{x,1}$ (fig. 19) che – secondo le nostre stime 1992-2009 – ricalca molto da vicino il profilo della supermortalità maschile (fig. 2). I tassi femminili risultano invece inferiori a quelli generali [11] per l'intervento del fattore $\beta_{x,2}$ il cui profilo (fig. 20) si caratterizza per una forte irregolarità. Il fattore $\beta_{x,1}$ interpreta un aspetto strutturale della mortalità maschile che verosimilmente viene colto anche dal parametro $b_{x,1}$ del modello LC [1], mentre risulta più difficile ricollegare il profilo di $\beta_{x,2}$ a caratteristiche specifiche della mortalità che possano essere catturate dal parametro $b_{x,2}$, sempre nel modello LC.

Concludendo questo quadro di considerazioni generali, non si può infine non citare il fatto che, *mutatis mutandis*, risultati simili ai nostri sono emersi anche in un'analisi comparata analoga che ha utilizzato i due tipi di modelli e che è stata effettuata da J. Li (2010) per la Nuova Zelanda.

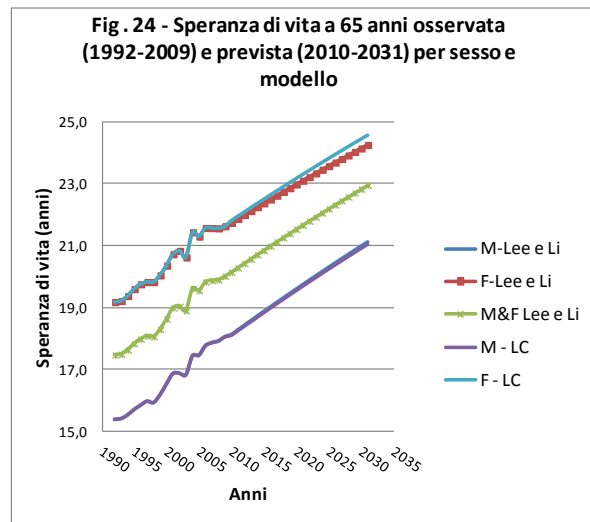
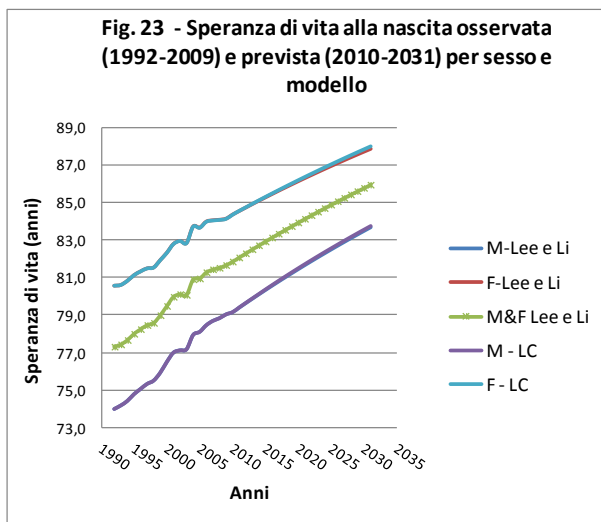
Ricordiamo sinteticamente che la procedura previsiva fornisce preliminarmente l'insieme di tassi specifici $m_{x,i,t}$ con $x = 0, 1, \dots, 105$ e oltre sul periodo 2010-2031; da questi risultati

vengono ricavate le q_x per costruire le serie di tavole proiettate e le probabilità così ottenute sono state quindi perequate secondo la prassi seguita dall'Istat; queste tavole sono state poi “chiusure” utilizzando la modellistica proposta da Denuit e Goderniaux (2005). Dell'insieme dei risultati prodotti vengono qui presi in esame solo quelli relativi allo scenario centrale che è anche quello più probabile.



In particolare il modello di LC fornisce al 2031 una speranza di vita alla nascita leggermente superiore rispetto al modello di Lee and Li (fig. 23): per gli

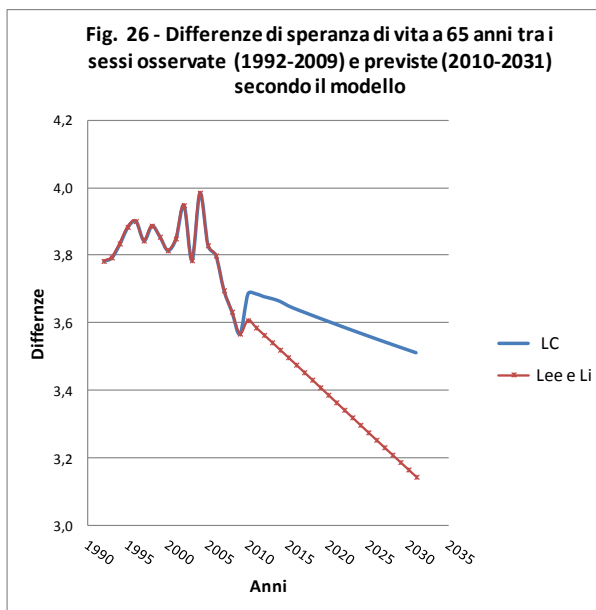
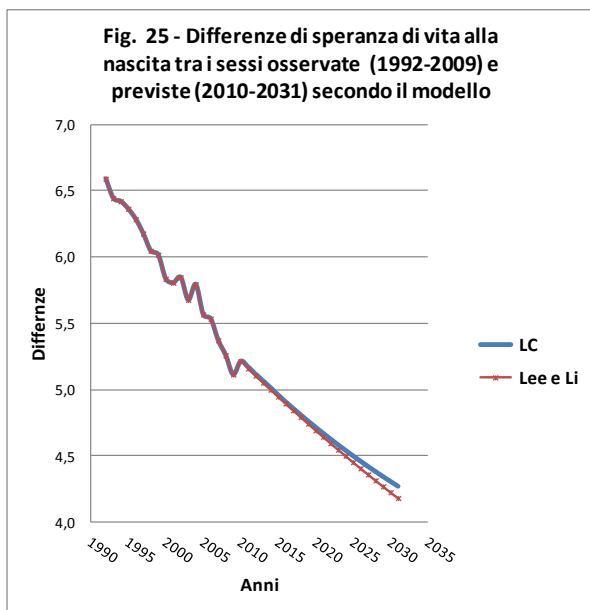
uomini 83,71 invece di 83,64; per le donne 87,98 (LC) invece di 87,82 (Lee and Li). A 65 anni (fig. 24) si riscontra lo stesso per gli uomini: cioè 21,10 (LC) rispetto a 21,06 (Lee and Li), ed anche per le donne resta più favorevole il risultato LC: 24,57 rispetto a 24,25 (Lee and Li). Riguardo le donne però il divario tra le due previsioni continua ad aumentare alle età successive e dato che gli eventi dell'ultima fase della vita hanno un ruolo importante anche per l'analisi delle differenze di genere, i risultati forniti dai due modelli non si possono considerare proprio equivalenti.



Comparativamente, con l'approccio LC le donne farebbero quindi registrare fra il 2010 ed il 2031 una diminuzione maggiore della mortalità; essendo però quasi uguali i guadagni di sopravvivenza per gli uomini nei due modelli, nelle prospettive fornite da LC la mortalità differenziale in generale diminuirebbe di meno e comunque solo fin verso la soglia della vecchiaia per poi aumentare alle età successive. Secondo le prospettive delineate dal modello LC dunque quell'inizio di riduzione dei gap tra speranze di vita fra gli ultra sessantenni registratasi tra il 2005 ed il 2009 (figg. 8 e 26) verrà ribaltata nell'arco dei prossimi trent'anni, cioè ci sarà un aumento, mentre secondo il modello di Lee e Li quella riduzione sarebbe destinata ad arrestarsi. Del resto è implicito attendersi dall'approccio di Lee and Li una maggior attenuazione dei divari attuali per effetto dell'interazione tra regimi di mortalità di dei due sessi (figg. 25 e 26) e questo avviene perché il ritmo di riduzione della mortalità maschile è qui comparativamente maggiore che nell'altro modello.

Le tendenze osservate nel periodo 1992-2009 vengono sviluppate nel modello LC [1] l'una indipendentemente dall'altra; una traccia di questi effetti si coglie dall'evoluzione prospettata per il massimo assoluto del rapporto M/F di mortalità situato alle età giovanili, massimo che continuerebbe ad aumentare (figg. 27 e 28). Sempre l'approccio LC produce un'evoluzione che nel caso delle femmine dà più spazio al processo cosiddetto di "espansione" della mortalità, con una traslazione in avanti della funzione di sopravvivenza. Ne consegue quindi che dopo una fase di arresto, aumenterà leggermente anche il massimo relativo del rapporto M/F di mortalità facendo registrare un progressivo avanzamento dell'età in cui si manifesterà.

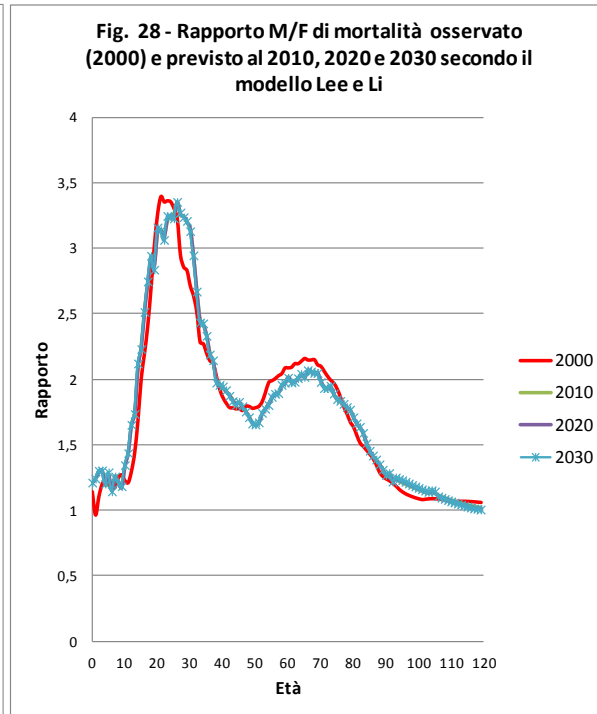
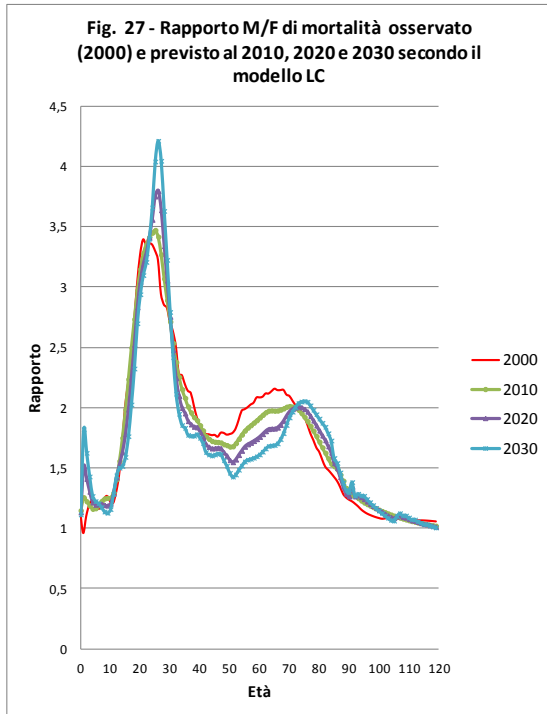
Il processo prospettato dall'approccio di Lee e Li produce invece un'evoluzione fortemente agganciata alle caratteristiche strutturali della mortalità del 2009, per cui l'evoluzione del rapporto M/F di mortalità non sarà caratterizzata da variazioni di rilievo, ma subirà solo continue "limature" rispetto a quanto registrato nel 2009, senza modifiche del profilo per età (figg. 27 e 28).



I risultati delle previsioni ripropongono quindi, sia pur con accenti diversi, il problema delle differenze di mortalità alle età senili ed avanzate; tuttavia l'approccio più diretto ed estrapolativo quale quello fornito dal modello LC sul breve-medio periodo sembra, comparativamente, più in linea con la continuità tipica dei processi demografici a causa della loro forte vischiosità e della loro evoluzione sul breve per forza d'inerzia.

La qualità della vecchiaia è il risultato di percorsi di vita (Facchini e Ruspini, 2001), che cambiano sia pur lentamente da generazione a generazione. Attualmente alle età avanzate si concentrano i superstiti di coorti che hanno sperimentato processi di socializzazione diversi tra uomo e donna, che quindi hanno vissuto diversamente e sono invecchiati diversamente; lo sta ad indicare anche la composizione per sesso della popolazione nella fascia delle età anziane come si è visto nell'introduzione. Negli anni successivi al noto '68, che in Italia ha accelerato l'evoluzione

dell'emancipazione femminile, abbiamo visto tra le generazioni più giovani un'omogeneizzazione dei processi di socializzazione di maschi e femmine; questi cambiamenti potrebbero in prospettiva avviare un processo d'invecchiamento dei due sessi più omogeneo e quindi per lo meno attenuare le attuali differenze di mortalità.



Bibliografia

- At A., A. Fortin, C. Gosselin et M. Lenoir, 2005. *Création De Tables De Mortalité Prospectives En France, Mémoire de Statistique Appliquée*. Année 2004-2005, ENSAE.
- Arriaga E. E. 1984. “Measuring and Explaining the Change in Life Expectancies.” *Demography*, 21: 83–96.
- Brockwell P.J. and R.A. Davis 2009. *Time series: Theory and Methods*, New York, Springer.
- Carter L.R. and A. Prskawetz 2001, *Examining Structural Shifts in Mortality Using the Lee-Carter Method*, MPIDR Working Paper WP 2001-007. Rostock, Max Planck Institute for Demographic Research.
- Clemente, J., A. Montañes and M. Reyes 1998. “Testing for a unit root in variables with a double change in the mean”. *Economics Letters* 59: 175–182.
- Connell R. W. 2006, *Questioni di genere*, il Mulino, Bologna.
- Denuit, M. & A-C. Goderniaux 2005. “Closing and projecting lifetables using log-linear models”. *Bulletin de l'Association Suisse des Actuaires*. 1, 29–49.
- Ediev D. 2007. “An approach to improve the consistency of mortality projections obtained by the Lee-Carter method”, in: Eurostat, methodologies and working papers, *Work session on demographic projections, Bucharest, 10-12 October 2007*, p. 101–115. European Communities.
- Facchini C., E. Ruspini (a cura di) 2001. *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*. Milano, Edizioni Franco Angeli.
- Federici N. 1950. “La mortalità differenziale dei due sessi e le sue possibili cause”. *Statistica*, 10, 3, 274–320.
- Friedan B. 1993. *The fountain of age*, Trade Paperback.
- Girosi F. & G. King 2008. *Demographic forecasting*. Princeton University Press..
- Gjonça A., C. Tomassini and J. W. Vaupel 1999. *Male–female Differences in Mortality in the Developed World*, MPIDR Working Paper, WP 1999-009, Rostock, Max Planck Institute for Demographic Research.

- Goodman, L. and W. Kruskal, 1979. *Measures of Association for Cross-Classifications*, Springer-Verlag, New York.
- Istat-Iss 1999. *La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia*. Istat, Roma.
- Istat 2001. “Tavole di mortalità della popolazione italiana per provincia e regione di residenza”. Anno 1998, *Informazioni*, Roma.
- Istat 2008, *Rapporto annuale 2008* (online), tavole di approfondimento, tavola 2.03.
- Istat 2010. “Istruzioni integrative per l’applicazione dell’Icd-10 nella codifica delle cause di morte, seconda edizione con aggiornamenti Oms fino al 2009”. *Metodi e Norme* n. 43 http://www.istat.it/dati/catalogo/20100623_00/.
- Lee R. D. and L.R. Carter 1992. “Modeling and Forecasting U.S. Mortality”, *Journal of the American Statistical Association*, 87(41), pp. 659-671.
- Lee, R. D. and F. Nault. 1993. “Modeling and Forecasting Provincial Mortality in Canada.” Paper presented at World Congress of the IUSSP, Montreal, Canada.
- Lee R.D. 2000. “The Lee-Carter Method for Forecasting Mortality, with Various extensions and Application”, *North American Actuarial journal*, 4(1), pp 135–138.
- Lee R. D. and T. Miller 2001. “Evaluating the Performance of the Lee-Carter method for Forecasting Mortality”, *Demography*, 38, pp. 537–49.
- Li J.2010. “Projection of New Zealand Mortality Using the Lee-Carter Model and its Augmented Common Factor Extension”, *New Zealand Population Review*, 36: 27-53.
- Li N. and D. Lee 2005. “Coherent mortality forecasts for a group of populations: An extension of the Lee-Carter method”, *Demography*, 42 (14): 575-594.
- Maccheroni C. 2012. “La speranza di vita ed il rischio longevità nell’offerta di rendite”, in S. Paci (ed.), *Il sistema delle regole per le rendite di previdenza complementare*, Milano, Egea, 69–110.
- Madigan F.C. 1957. “Are sex mortality differentials biologically caused?” *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 1957: 25 p. 202-223.
- Meslé F. and Vallin J. 2006. “Diverging trends in female old-age mortality : the United States and the Netherlands versus France and Japan”, *Population and Development Review*, 32(1), pp. 123-145.

- Nobile A. 2003. “Supermortalità maschile tra biologia e cultura: l’esperienza dei paesi sviluppati”, in A. Pinnelli, R. Rettaroli, F. Racioppi (eds), *Genere e demografia nei paesi sviluppati*, Bologna, Il Mulino, 393–412.
- Pressat, R. 1973. “Surmortalité biologique et surmortalité sociale”, *Revue Française de Sociologie*, 14 (special issue):103–110.
- Remund A. 2012. *Is young adults' excess mortality a universal phenomenon?* Online available at: <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/.../RemundCQ.pdf>.
- Rogers R. G., B. G. Everett, J. M. Saint Onge and P. M. Krueger, “Social Behavioral, And Biological Factors, And Sex Differences In Mortality”, *Demography*, Volume 47-Number 3, August 2010: 555–578
- Strang G.(2003), *Introduction to Linear Algebra*, Wellesley-Cambridge Press, Third Edition.
- Suardi T. 1993. *Invecchiare al femminile*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Süli E. and D. Mayers, 2003. *An Introduction to Numerical Analysis*, Cambridge University Press.
- Tabeau E., A. Van Den Berg Jeths and C. Heathcote 2001. *Forecasting Mortality in Developed Countries*, Dordrecht, Boston, London, EAPS-Kluwer Academic Publishers.
- Vallin J. 1993. “Social change and mortality decline: women's advantage regained or achieved?” in: Federici N., K. Oppenheim-Mason and S. Sogner (eds), *Women's position and demographic change in the course of development*, p. 190–212. Oxford, Clarendon Press.
- Vallin J. F. Meslé and T. Valkonen 2001. *Trends in mortality and differential mortality*, Council of Europe, Strasbourg.
- Waldron I. 1995, “Contributions of biological and behavioural factors to changing sex differences in ischaemic heart disease mortality”, in: Alan D. Lopez, Graziella Caselli and Tapani Valkonen (eds.), *Adult mortality in developed countries: from description to explanation*, p. 161-178, Oxford, OUP.
- Zivot, E. and K. Andrews 1992. “Further Evidence On The Great Crash, The Oil Price Shock, and The Unit Root Hypothesis”, *Journal of Business and Economic Statistics*, 10 (10), pp. 251–70.

È NECESSARIO CHE IL PRELIEVO DI SOLIDARIETÀ VADA A SOSTEGNO DELLE PENSIONI BASSE, PER EVITARE IL RIGETTO DELLA CORTE COSTITUZIONALE?

Risposta: No, perché non risolve il connotato tributario del prelievo. La scelta è anche in contraddizione col percorso di riforma delle pensioni e del *welfare* dall'inizio anni Novanta. Il recupero, per via tributaria, dell'equità attuariale e il riequilibrio tra pensioni e lavoro e tra generazioni sono obiettivi già coerenti con la Costituzione.

di Nicola C. Salerno²

Nel dibattito seguito alla “bocciatura” del prelievo di solidarietà a carico delle pensioni alte da parte della Corte Costituzionale, si è fatta strada l'ipotesi che, se le risorse raccolte fossero vincolate a rimanere all'interno del sistema pensionistico ad integrazione delle pensioni basse, il giudizio della Corte sarebbe diverso. Con quel vincolo scomparirebbe il carattere tributario, e diverrebbe chiara la *ratio* per cui il prelievo è applicato solo ai redditi da pensione e non a tutti i redditi: si tratterebbe di una manovra settoriale, un aggiustamento tutto interno al sistema pensionistico, disegnato specificatamente per riequilibrare i redditi da pensione tra di loro.

Non priva di un certo “fascino” (il problema delle pensioni basse è destinato ad acuirsi in futuro e va affrontato), questa lettura presenta debolezze sia sul piano giuridico che economico. Non è la strada da seguire per raccordare il provvedimento ai principi costituzionali. Le ragioni sono molteplici:

Sul piano giuridico:

1. La natura tributaria non cambia - Dal punto di vista del soggetto passivo, percettore della pensione alta, il prelievo continua ad avere le caratteristiche del tributo. Mantenere le risorse all'interno del sistema pensioni non è sufficiente a cambiare questo connotato. L'integrazione delle pensioni basse, quantunque obiettivo meritorio che può trovare sostegno sia nell'esito del voto democratico sia nella volontà dei singoli cittadini, non è una controprestazione fruibile direttamente da coloro che la finanziano, i detentori di pensioni alte. Si tratta di una funzione redistributiva che, anche se ristretta alla platea dei cittadini già in quiescenza: *a.* necessita dell'interposizione dello Stato (del sistema fiscale in senso lato), *b.* è

² Contatti: nicola.salerno@tin.it, nicolacsalerno , +39 347.9023927, Via San Remo n. 3 (00182 Roma)

impersonale (le risorse non si muovono dal singolo al singolo, non c'è biunivocità), *c.* si innesta nel quadro più ampio della perequazione dei redditi. Tre caratteristiche che individuano in maniera inequivocabile lo strumento dell'imposta.

2. Le sperequazioni non sono circoscrivibili alla platea dei pensionati - Non si può neppure affermare che il flusso di risorse tra pensioni alte e basse vada a sanare sperequazioni tutte interne alla platea dei pensionati, ripristinando una sorta di equilibrio "dei diritti". Le pensioni alte, che ricevono in rendita più di quanto l'accumulazione dei contributi versati giustificerebbe³, non sono tali perché sottraggono risorse direttamente alle pensioni basse. La maggior parte delle pensioni in erogazione, alte o basse che siano, proviene dalle stesse regole di calcolo, generose. Non è un "gioco a somma zero" tra pensionati. In realtà, il finanziamento a ripartizione (*pay-as-you-go*) fa sì che i "regali" alle pensioni elevate sottraggano anno per anno risorse ai redditi da lavoro e, per via dell'ampiezza del cuneo fiscale⁴, ostacolano anche la produttività e l'occupabilità. Nel tempo, l'effetto è di minori redditi da lavoro, minore occupazione e anche minori risorse disponibili per tutti gli altri istituti del *welfare system* diversi dalle pensioni e importanti sia per l'equità che per la crescita.

3. La funzione redistributiva non può discriminare tra cittadini - La funzione redistributiva deve rivolgersi a tutti i cittadini. Anche quando si basi su regole selettive, di priorità di intervento, queste non possono essere settoriali o categoriali, ma riferirsi a misurazioni dei bisogni in cui possono incorrere tutti, il più possibile vicine al tempo reale. Una redistribuzione *ad hoc* a favore dei percettori di pensioni basse tradisce l'uguaglianza dei cittadini di fronte alla legge. La nostra Costituzione chiede, come parte integrante dei doveri assegnati dall'articolo 38⁵, che si provveda per gli anziani privi di sufficienti mezzi di sostentamento: tutti gli anziani!, non solo i percettori di pensioni. Strumenti *welfaristi* a favore dei redditi bassi in tarda età non possono, per rispettare la Costituzione, che assumere le vesti di un reddito minimo di cittadinanza per la terza età, a cui innalzare tutti coloro che, anno per anno, ne sono al di sotto. Una redistribuzione specifica tra pensioni alte e pensioni basse attuerebbe un canale preferenziale, ponendosi in contrasto con il dettato e lo spirito costituzionale.

³ Questo punto (lo scostamento dall'equità attuariale) è mancato nel disegno del prelievo, e ciò non ha favorito la valutazione da parte della Corte Costituzionale. Si veda: "*L'equità delle pensioni vista dalla Corte Costituzionale*" su www.lavoce.info.

⁴ Per la maggior parte costituito da oneri contributivi al sistema pensionistico, integrati dalla fiscalità generale per il finanziamento delle pensioni in erogazione.

⁵ "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato".

Le tre osservazioni appena proposte sono strettamente interrelate tra loro, ma quella che più rileva e che esse hanno una precisa corrispondenza sul piano economico. Diritto ed Economia suggeriscono la medesima lettura.

Sul piano economico:

4. Le risorse indistinte della fiscalità generale - Vincolato a rimanere nel sistema pensioni, il prelievo va comunque a una funzione che, pur perseguita nei modi sbagliati (*cfr.* precedente punto 3.), è propria della fiscalità generale: erogare prestazioni la cui fruizione non è collegata, né nel ‘se’ né nel ‘quanto’ e nel ‘quando’, ai cittadini che ne sopportano il finanziamento. Non basta il vincolo di destinazione a garantire che quelle risorse non entrino in confusione con la massa integrale della fiscalità generale. Risorse della fiscalità generale che prima, per altre vie assistenziali, raggiungevano quegli stessi beneficiari, adesso possono, in qualche misura, cambiare destinazione. La caratteristica tributaria emerge non solo dal lato del finanziatore (la pensione alta, *cfr.* precedente punto 1.), ma anche dal lato degli impieghi, rientrando il gettito del prelievo all’interno delle risorse complessive a disposizione della fiscalità generale per tutte le finalità⁶.

5. Gli squilibri tra generazioni - Esiste sicuramente il problema delle pensioni basse⁷, che va affrontato come parte del più generale tema dell’insufficienza di mezzi in età avanzata (*cfr.* precedente punto 3.). Ma lo squilibrio più macroscopico, soprattutto se si guarda ai suoi risvolti a medio - lungo termine, è quello tra generazioni. I “regali” pensionistici degli anni ’70 e ’80 (i “regali acquisiti”, come li chiamano Tito Boeri e Tommaso Nannicini su *laVoce.info*⁸) sono pagati dagli attivi di oggi, soprattutto dai giovani. Il *pay-as-you-go* che finanzia le pensioni in erogazione costituisce la parte preponderante del cuneo sul lavoro, che deprime la produttività e scoraggia domanda e offerta di lavoro. Se non si rompe subito questo circuito negativo, al problema della disoccupazione/sottoccupazione giovanile si sommerà, tra qualche anno, quello di redditi pensionistici gravemente insufficienti dopo carriere lavorative corte, discontinue e mal retribuite. Il prelievo di solidarietà

⁶ Quel vincolo di destinazione è *soft constraint*, aggirabile con *tax labelling*.

⁷ Un paradosso per un Paese che dedica oltre il 15% del Pil alle pensioni pubbliche. Le pensioni attualmente in erogazione derivano da regole generose (quelle del criterio di calcolo retributivo o misto). Se tanti assegni sono di basso importo, questo può essere in parte spiegato con il fenomeno delle pensioni multiple, ma le ragioni di fondo sono esterne al sistema pensionistico e vanno ricercate nel mercato del lavoro: durata delle carriere, livelli retributivi, crescita della produttività e dell’economia.

⁸ *Cfr.* “Pensioni: la trasparenza è d’oro” su www.lavoce.info

sulle pensioni alte che hanno ricevuto “regali” andrebbe dedicato al lavoro e ai giovani, utilizzando quelle risorse o all’interno di un piano per la riduzione permanente del cuneo, oppure a finanziamento degli ammortizzatori contro la disoccupazione. Se questo “scambio” tra pensioni e lavoro - una restituzione dei “regali” inopportuni e insostenibili - fosse portato in evidenza, allora il dubbio della Corte sul perché il prelievo è applicato solo alle pensioni alte e non anche ai redditi troverebbe una *ratio*.

6. Le pensioni e la redistribuzione - Tutte le riforme dagli anni Novanta ad oggi hanno mirato a neutralizzare il più possibile i flussi di redistribuzione interni al sistema pensionistico o comunque passanti per le pensioni. Una delle caratteristiche delle regole di calcolo contributive (applicate in via integrale a coloro che hanno iniziato a lavorare dal 1995 in poi) è proprio la neutralità attuariale tra contributi versati e rendita pensionistica. È l’interfaccia migliore tra il sistema pensionistico e il mercato del lavoro, perché è trasparente e garantisce l’appropriabilità perfetta dei contributi versati, senza vantaggi né svantaggi. Riaprire adesso il tema su quanta redistribuzione specifica debba veicolare il sistema pensionistico appare contraddittorio e anacronistico. Il *welfare system* italiano ha bisogno di altro: di rinforzare la redistribuzione al di fuori delle pensioni, quella che, avvalendosi di istituti di spesa diversificati e specializzati (uno dei punti deboli dell’Italia), riesce a coprire tutte le fasi della vita dando risposte adeguate ai bisogni e permettendo il più possibile di superarli, di affrancarsi. Tra questi istituti c’è anche, costruendone i presupposti finanziari, un reddito di cittadinanza accuratamente selettivo nell’età e nei mezzi economici, che inglobi in sé la casistica delle pensioni basse ma che non sia un corollario del sistema pensionistico. Ai nostri 25enni - 30enni, ai giovani, interessa sì sapere che, se saranno sfortunati sul lavoro, a fine carriera il *welfare system* potrà garantire dei livelli minimi di sussistenza; ma interessa ancor di più sapere che quello stesso *welfare system* è strutturato per distribuire le risorse in maniera equilibrata a sostenere la formazione del capitale umano, l’occupabilità, la ricerca del lavoro, la mobilità professionale, la produttività, etc.. Sviluppare la redistribuzione al di fuori delle pensioni (in volume e in qualità) non impedisce di provvedere alla insufficienza dei redditi in età avanzata, mentre è la strada obbligata per modernizzare il *welfare system* italiano.

In conclusione, dedicare il prelievo di solidarietà alle pensioni basse, mantenendo tutte le risorse nel perimetro del sistema pensionistico, non fa venir meno la sua caratteristica tributaria, che è l’aspetto che più ha pesato nel rigetto da parte della Corte Costituzionale. Non è questo l’elemento che può fare la differenza. Per di più,

reintrodurre una redistribuzione specifica interna al sistema pensionistico si pone in controtendenza con il processo di riforma dagli inizi degli anni Novanta ad oggi. Una marcia indietro quando, invece, si dovrebbe progredire nello sviluppo degli altri istituti di *welfare*, quelli dotati di poche risorse o addirittura mancanti in Italia, ma importanti sia per perseguire finalità equitative durante tutte le fasi della vita sia per la crescita.

Il recupero, *a posteriori*, di una qualche forma di equità attuariale per le pensioni più alte, e il conseguente contributo al riequilibrio del carico tra pensionati e lavoratori e tra generazioni, sono obiettivi di per se stessi coerenti con la Costituzione. È su questa linea che va riscritto il provvedimento che introduce il prelievo di solidarietà, ed è su questa linea che va ricercata una migliore comprensione tra Legislatore e Corte Costituzionale, nel rispetto della separatezza delle Istituzioni e dei ruoli.

Ncs, FFM, 23 Settembre 2013

GLI AUTORI

Giorgio Annoni

Dall' A.A. 2000-01 è Professore Associato di Medicina Interna presso il Dipartimento Universitario di Medicina Clinica e Prevenzione e Direttore della Scuola di Specializzazione in Geriatria, dall'A.A. 2003-04. Membro della Società Americana di Geriatria (GSA) e di altre Società Scientifiche Internazionali e Nazionali (SIGG, SIMI, AIP).

Tiziana Barugola

E' PhD in statistica applicata. E' stata professore a contratto di Statistica presso l'Università di Torino dove ha partecipato, in qualità assegnista, a progetti di ricerca in ambito demografico.

Giuseppe Bellelli

Dal dicembre 2010 è ricercatore presso il Dipartimento di Scienze della Salute all'Università Milano-Bicocca ed è convenzionato con l'Ospedale S Gerardo (Clinica Geriatrica) dal 1 luglio 2011. È membro attivo di molteplici società scientifiche tra cui l'Associazione Italiana di Psicogeriatria (AIP) e la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), all'interno della quale è responsabile del gruppo di studio sull'Ortogeriatria. È inoltre membro del Gruppo di Ricerca Geriatrico (GRG) a Brescia. È associate editor della rivista "BMC Geriatrics", un open access journal che tratta problematiche geriatriche ed è revisore scientifico di molteplici riviste scientifiche in ambito medico.

Laura Bertasini

Attualmente si occupa di Valutazione psicodiagnostica e partecipazione incontri di gruppo Sportello Gioco d'Azzardo Patologico (utenti e familiari) presso Ser.D. U.L.S.S. 21 (Legnago, VR) Psicologo Volontario presso U.O.S. Psicologia Clinica U.L.S.S. 21 (Legnago, VR) FORMAZIONE Specializzanda in Psicoterapia presso Istituto Veneto di Terapia Familiare (TV).

Eleonora Bordon

Assegnista presso il FiSPPA dipartimento di Filosofia, Pedagogia, Filosofia e Psicologia di Padova dell'Università di Padova. Ha conseguito il titolo di Dottore di ricerca in Sociologia e ricerca sociale presso l'Università di Verona, Laureata in Psicologia e ha conseguito il titolo di psicoterapeuta. Attualmente collabora con la

prof. Mariselda Tassarolo e il Centro interdipartimentali ricerca famiglia dell'Università di Padova. I suoi maggiori ambiti di ricerca riguardano l'analisi testuale mediante studi quali quantitativi, indagini sul mondo del volontariato, sui sistemi organizzativi e associativi complessi, sulla famiglia e sulle rappresentazioni di genere.

eleonora.bordon@unipd.it

Lucio Carnevali

Laureato in Medicina e chirurgia nel 2010, iscritto alla scuola di specializzazione in Geriatria dell'Università di Milano Bicocca dal 2011. Lavora come medico in formazione specialistica presso la S.C.C. di Geriatria dell'Ospedale S. Gerardo di Monza. Oltre all'attività assistenziale si occupa tra l'altro di valutazione neuropsicologica nelle demenze e ricerca.

Carlo Maccheroni

E' stato professore ordinario di Demografia presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Torino dove ha tenuto i corsi di "Analisi demografica" e di "Laboratorio di statistica". E' affiliato al Carlo F. Dondena Centre for Research on Social Dynamics dell'Università L. Bocconi di Milano. Nell'attività di ricerca individuale ha privilegiato temi di studio inerenti alla modellistica nell'ambito delle previsioni demografiche, alla mortalità e all'invecchiamento della popolazione per i suoi riflessi sul welfare.

Alberto Polacco

Avvocato iscritto all'Ordine degli Avvocati di Trieste opera nel settore del diritto penale e del diritto civile con particolare riguardo al diritto di famiglia, societario, fallimentare e della contrattualistica in generale. E' consulente di numerose imprese che operano nel settore dell'edilizia e degli appalti in generale. Ha frequentato corsi di specializzazione in diritto civile e penale.

Andrea Polacco

Avvocato iscritto all'Ordine degli Avvocati di Trieste opera nel settore del diritto penale e del diritto civile con particolare riguardo al diritto delle successioni ereditarie, societario, fallimentare e degli appalti pubblici. E' consulente di numerose imprese che operano nel settore dell'edilizia e degli appalti in generale. Ha frequentato corsi di specializzazione in diritto civile e penale. Autore di pubblicazioni in materia di diritto commerciale e dei trasporti.

Ferdinando Schiavo

Ha lavorato per molti anni come Neurologo presso l'Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia (Ospedale Civile) di Udine. Dall'aprile 2013 Dirigente neurologo

presso il Distretto Socio-Sanitario di Codroipo (UD) nell'ambito dell'ASS n. 4 MedioFriuli. Responsabile dell'Ambulatorio UVA. Dal 2009 consigliere dell'Associazione Alzheimer di Udine.

Nicola Salerno

Esperto di valutazione di impatto dell'attività normativa e regolamentare in Eiopa, FFM (www.eiopa.europa.eu). Lavora anche su tematiche italiane, come economista indipendente esperto di welfare system e di valutazione di impatto dell'attività legislativa con particolare riferimento alle riforme delle Istituzioni e dei mercati.
nicola.salerno@eiopa.europa.eu
nicola.salerno@tin.it

Ester Russo

Psicologa clinica e dello sviluppo, ha maturato una profonda esperienza nella valutazione neuropsicologica e nella stimolazione cognitiva di soggetti con deficit cognitivi, ed in particolare affetti da demenza di Alzheimer, presso una struttura neuropsichiatrica.

INSERTO SPECIALE



UNA SFIDA (IM)POSSIBILE: L'INVECCHIAMENTO ATTIVO NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Istituto di Ricerche sulla Popolazione e Politiche Sociali-IRPPS, Consiglio Nazionale delle Ricerche-CNR,
in collaborazione con il Comune di Napoli Assessorato alle Politiche Sociali.

NAPOLI, 23 APRILE 2013

10.00-13.00
Palazzo San Giacomo,
Sala Giunta

Presentazione del volume

**La narrazione come pratica
di attivazione nelle strutture
residenziali**

Tiziana Tesauro
Autrice editrice

Moderata

SVEVA AVVEDUTO
IRPPS-CNR

Saluti

TOMMASO SODANO
Vicesindaco e Assessore all'Ambiente e al Welfare
GIULIETTA CHIEFFO
Direttore Centrale Welfare e Servizi Educativi

Interventi

TIZIANA TESAURO
IRPPS-CNR
DUCCIO DEMETRIO
Università di Milano Bicocca
LAURA BALBO
Università di Padova

Pausa pranzo

14.00-16.00,
Palazzo San Giacomo,
Sala Pignatiello

Idee a confronto

**Invecchiamento attivo:
quali prospettive?**

Moderata

SVEVA AVVEDUTO
IRPPS-CNR

Interventi

GIOVANNI BATTISTA SGRITTA
Università La Sapienza di Roma
GIOVANNI LAMURA
IRRCA - Ancona
PAOLO ZURLA
Università di Bologna

Conclusioni

GIULIETTA CHIEFFO
Direttore Centrale Welfare e Servizi Educativi



Atti del convegno

Una sfida (im)possibile: l'invecchiamento attivo in strutture residenziali

Napoli, aprile 2013

Invecchiamento Attivo e Lifelong Learning

di Laura Balbo

Una pratica trasformativa: l'auto-narrazione per soggetti anziani non autosufficienti e istituzionalizzati

di Tiziana Tesauro

Il ruolo dell'etnografia in questa ricerca-azione

di Anna Milione

Un modello d'intervento per la formazione degli adulti

di Duccio Demetrio

Una società che pensi alla diversità recuperando la capacità inventiva di ogni disciplina

di Paolo Zurla

I progetti dell'INRCA per l'invecchiamento

di Giovanni Lamura

Gli autori

La vita non è in ordine alfabetico come credete voi. Appare.....un po' qua e un po' la, come meglio crede, sono briciole, il problema è raccoglierle dopo, è un mucchietto di sabbia, e qual è il granello che sostiene l'altro? A volte quello che sta sul cucuzzolo e che sembra sorretto da tutto il mucchietto, è proprio lui che tiene insieme tutti gli altri, perché quel mucchietto non ubbidisce alle leggi della fisica, togli il granello che credevi non sorreggesse niente e crolla tutto, la sabbia scivola, si appiattisce e non ti resta altro che farci ghirigori col dito, degli andirivieni, sentieri che non portano da nessuna parte, e dai e dai, stai lì a tracciare andirivieni, ma dove sta quel benedetto granello che teneva tutto insieme.....e poi un giorno il dito si ferma da sé, non ce la fa più a fare ghirigori, sulla sabbia c'è un tracciato strano, un disegno senza logica e senza costruito, e ti viene un sospetto, che il senso di tutta quella roba lì erano i ghirigori.

(da *Tristano muore* di A. Tabucchi, p. 49).

Invecchiamento Attivo e Lifelong Learning

Di Laura Balbo

Due stimolanti temi che negli scorsi anni sono stati proposti a livello europeo, questo libro ci porta a pensarli insieme: il 1996 è stato l'Anno del Lifelong Learning, del continuare ad imparare lungo tutto il corso del vivere; più di recente, con l'Anno dell'Invecchiamento Attivo, si è rivolta attenzione a un modo nuovo di guardare, nel nostro vivere, *il passare del tempo*.

Il percorso di ricerca e di approfondimento che ci viene proposto in questo libro lo colgo come un'occasione, perché ci si soffermi su processi importanti che caratterizzano la fase che stiamo vivendo. Dicendo lifelong learning ci si riferisce a un ambito di studi che si è affermato e sviluppato lungo diversi decenni. E ne abbiamo bisogno per capire il contesto in cui viviamo: le continue innovazioni, le relazioni in un mondo a dimensione globale, i cambiamenti nel nostro vivere quotidiano. Quanto al secondo tema, portare l'attenzione sull'invecchiamento dicendo invecchiamento attivo ha significato, lo direi così, una sollecitazione a leggere in una prospettiva sociologica un dato complesso. Un dato che ha rilevanza demografica, sollecita politiche sociali adeguate e mette in luce le esperienze molteplici del nostro vivere (certo anche novità, problemi). E i cambiamenti, soprattutto.

Forse potrà sembrare un po' forzato collegare tra loro due dimensioni così diverse. Ma penso che in questo modo si apra una prospettiva che non guarda indietro, ma avanti. Percorsi lunghi di vita saranno in futuro un aspetto normale. Non vanno letti come problemi e pesi per la società: dovremmo farne una risorsa. Continuare ad imparare è un aspetto centrale. Anche essere e sentirsi attivi. Al centro, dunque, potenzialità e prospettive che appunto queste parole, *attivi e imparare*, suggeriscono. E aggiungo: la dimensione del lifelong learning lo ridefinisce, il nostro imparare. Siamo così abituati a riferirlo ai percorsi scolastici. A collocare l'apprendimento in istituzioni, o professioni, o contesti particolari. Non è così. Si va avanti nell'esperienza quotidiana del vivere, con stimoli, occasioni, cambiamenti, con i quali necessariamente ci confrontiamo. Per imparare si deve essere disposti ad impegnarsi, ad essere appunto attivi. Quello che abbiamo capito è che dicendo lifelong learning si porta l'attenzione sul processo: come nel percorso del vivere, via via, ci si riprogetta, ci si ripensa, ci si ridefinisce. Siamo attori sociali.

Le narrazioni raccolte in questo libro ci portano a chiederci quanto si sia davvero consapevoli di queste dimensioni del nostro vivere. Ci sollecitano ad attivare modalità e pratiche, e una cultura, adeguate. Aggiungo: alcune ci commuovono, ci coinvolgono.

Questa ricerca, questo libro, dunque: occasioni per imparare.

Una pratica trasformativa:

l'auto-narrazione per soggetti anziani non autosufficienti e istituzionalizzati

di Tiziana Tesauro

L'esperienza che qui si presenta è stata realizzata dall'IRPPS-CNR nell'Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo (decisione 940/2011/EU) e finanziata dal Comune di Napoli. In occasione dell'Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo, infatti, l'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Napoli riporta in primo piano il tema per comprendere se e come il dibattito in corso sull'invecchiamento attivo possa riguardare la fascia più debole degli anziani presi in carico dal sistema dei servizi sociali, ovvero gli anziani istituzionalizzati non autosufficienti. Di qui il finanziamento del progetto *Memory: il laboratorio narrativo*, realizzato in una Casa Albergo che ospita 80 donne autosufficienti e non, di età compresa tra 65 e 91 anni. Una di quelle comunità che producono una sistematica, anche se spesso non intenzionale, mortificazione e riduzione del sé attraverso la segregazione fisica e la riduzione dei soggetti in contesti dove sono costantemente e permanentemente agiti (Goffman 1961). In comunità siffatte *il sé* non è abilitato a *parlare di sé* perché non si pensa e riconosce più quale soggetto agente. Al fine di ri-abilitare i soggetti a parlare di sé, si è dunque implementato un laboratorio narrativo con l'obiettivo di favorire il *massimo livello possibile* di attivazione in questi anziani non autosufficienti nell'idea che, proprio attraverso l'auto-narrazione, sia possibile promuovere una nuova comprensione di sé e quindi migliorarne la qualità di vita. In tal senso la narrazione è stata utilizzata quale pratica di attivazione e ne è derivata una proposta metodologica per studiare il ruolo della narrazione nei processi di attivazione degli anziani non autosufficienti.

La strategia d'intervento si è basata sull'attivazione di pratiche conversazionali su temi di vita quotidiana e ha previsto l'allestimento di un laboratorio narrativo nell'ambito del quale con l'ausilio di sollecitatori visivi e uditivi (immagini colorate, foto personali e canzoni) e tattili (oggetti della vita quotidiana) l'équipe di ricerca ha stimolato donne anziane istituzionalizzate da anni e affette da pluripatologie a ricordare e raccontare frammenti di memoria perduta. Il laboratorio ha innescato un dispositivo che ha cambiato l'ambiente socio-materiale e configurato una situazione in cui donne anziane, normalmente agite, si sono performate quali soggetti agenti. Da una condizione quotidiana in cui

erano normalmente tacitate e ridotte alla semi-immobilità, sono passate a una situazione in cui potevano parlare di sé, liberamente, ad alta voce e pubblicamente. Questa situazione nuova le ha trasformate. Ha sollecitato un ampliamento narrativo e discorsivo, ha sollecitato consapevolezza retrospettiva e variazioni nell'immagine di sé. Ha permesso loro di riappropriarsi di quella identità mortificata e appiattita dalla condizione di inattività. Si è così di fatto realizzata una nuova comprensione del sé a partire da un'esperienza formativa (Mezirow 2003).

Quando l'équipe è arrivata sembrava che queste donne non avessero il concetto di sé come persone titolari di diritti che potevano essere violati, e neanche il senso dell'ingiustizia di quanto stava loro accadendo. Non si lamentavano e non protestavano, sapevano che le cose andavano così e che così sarebbero andate e non sprecavano energia mentale nell'adirarsi, né tantomeno perdevano tempo a desiderare un'altra vita, perché le cose non sarebbero cambiate.

Attraverso l'auto-narrazione queste donne hanno invece recuperato il concetto di sé *come persona* (Nussbaum 2000) e questo le ha cambiate. *Dopo* l'intervento non sono state più le stesse.

Il caso di Anna. All'arrivo dell'équipe Anna è titubante e misura la sua partecipazione, poi supera le resistenze iniziali. Sceglie d'impulso un'immagine tra le tante poste sul tavolo e reagisce con impeto. Irrompe con una narrazione lunga e articolata. Finisce per monopolizzare l'attenzione dell'intero gruppo di ricerca. Dice: "Mi ricorda qualcosa... mi ricorda proprio la terra di mio padre, mi ricorda un po' l'Abruzzo, vedendo questa famiglia, perché così me li ricordo." È tangibile la sua sorpresa. Si muove e si commuove. I suoi occhi si accendono. È meravigliata e al tempo stesso soddisfatta per il solo fatto che sta ricordando. L'immagine la emoziona perché richiama la commozione che Anna provava da bambina quando andava in vacanza e nella narrazione Anna riesce a restituirci l'atmosfera di quelle vacanze, il carattere eccezionale di quell'evento, il sapore di quell'esperienza. Il processo rievocativo vissuto ha un effetto dirompente. La trasforma. Dopo non è più la stessa. L'équipe torna la settimana successiva e Anna è inquieta e agitata, parla a voce alta e protesta: rivendica maggiore attenzione alle sue necessità, chiede aiuto. Al nostro ritorno Anna è una donna in azione, una donna che rivendica il suo diritto ad esistere riaffermando il suo punto di vista.

In generale la riappropriazione del sé ha sviluppato in queste donne un maggior senso di autoefficacia. C'è chi ha migliorato la capacità di verbalizzazione.

Il caso di Olga. *Sulle prime Olga è intimorita e siede in disparte. Poi (è il terzo incontro con lei) inaspettatamente il suo corpo risponde ad una profonda emozione e afferra, automaticamente, una grande conchiglia esposta sul tavolo. Questo gesto ne avvia altri: Olga porta la conchiglia all'orecchio e ascolta il mare (come probabilmente aveva fatto mille volte nella sua giovinezza). Il corpo "ricorda" gesti antichi. Un corpo consumato dagli anni e dalla malattia che Olga "non controlla più". Olga si mette in scena (inconsapevolmente) in un modo assolutamente nuovo. Si orienta in uno spazio nuovo in modo inaspettato e a lei inconsueto. È evidente che i suoi gesti arrivano da lontano e che sono tuttavia, in quella situazione, per nulla abituali. Il movimento del suo corpo si produce in modo del tutto imprevisto. Tanto più che per lei non è automatico parlare, né tantomeno afferrare un oggetto. Guardandola tornano alla mente le parole di Olievenstein (1999), Non ci sono più automatismi. Mettersi l'orologio, allacciarsi le scarpe, abbottonarsi i vestiti, non sono più atti semplici, vanno ripensati ogni volta. Ciò che prima era naturale diventa poi problematico. Per Olga le cose stanno proprio così. Eppure in situazione Olga agisce con competenza. Osserva, tocca, prende, porta all'orecchio e parla compiendo una precisa sequenza di azioni (se osservassimo i gesti alla moviola ne scopriremmo la perfetta sincronia). In questo senso Olga agisce una performance improvvisata e competente (Bruni, Gherardi 2007). Mette in campo cioè un agire che non è abituale, ma che al tempo stesso è agito con estrema competenza a partire dal corpo. È il corpo che trova la strada e che orienta Olga nel nuovo spazio. In questo agire del corpo nasce una narrazione fluida, ricca che conduce Olga indietro nel tempo e la porta a raccontarsi, non omettendo fra l'altro episodi dolorosi e particolari intimi. Dopo questa prima esplosione narrativa Olga si apre a successive verbalizzazioni. Inizia ad usare, negli incontri successivi, un linguaggio colto e raffinato. Palesando un'acuta capacità di osservazione etichetta persone e situazioni usando aggettivi appropriati. Sebbene ogni volta parlare le costi molta fatica. Per di più sperimenta nel laboratorio un nuovo senso di appartenenza.*

C'è chi ha mostrato notevoli miglioramenti dal punto di vista motorio.

Il caso di Anna. T. *Durante i primi incontri, pur disponibile al dialogo, parla molto lentamente e timidamente. Sentendosi poi accettata dagli altri racconterà in modo sempre più fluido e spontaneo. Ogni incontro Anna T. è una nuova scoperta. Canta e improvvisa piccole drammatizzazioni. Impersona ruoli nuovi: un giorno si improvvisa una dolce mogliettina che prepara il pranzo al marito, un giorno immagina di lavorare in una pizzeria, un giorno crea una storia a*

partire da un disegno che ha realizzato. Ogni volta sta al gioco e crea il gioco. Questo nuovo fare l'attiva. A tal punto che Anna T., dopo l'intervento, lascia la sedia a rotelle e riprende a camminare con il bastone. Il suo caso è eclatante. Si è messa letteralmente in piedi.

C'è chi si è lasciato coinvolgere superando la diffidenza e la sfiducia iniziali.

Il caso di Elena. Elena è presentata dalle assistenti sociali come un soggetto intelligente, attivo, ma problematico. È irascibile, non contiene la rabbia ed è molto difficile conquistare la sua fiducia. Durante i primi incontri rimane seduta lontano fumando e osservando attentamente ciò che accade. Scruta "i nuovi arrivati" con attenzione e diffidenza. Così la descrive un operatore "curiosa girovaga, scruta silenziosamente i nostri movimenti per capire cosa vogliamo comunicarle; avverte come pericolo una nostra spontanea richiesta di avvicinamento, ma continua ad osservarci da lontano". Man mano che prende corpo il laboratorio narrativo Elena ne subisce il fascino, sebbene pronunci parole confuse e inarticolate manifestando un intenso malessere fisico e psichico. Poi si lascia piano attrarre e coinvolgere. Si fa "vicina", si espone, non si nasconde più, e racconta di sé e della sua vita. Ogni volta poi reclama il suo spazio con sempre maggiore determinazione. Si prepara ad ogni incontro curando con maggiore attenzione il suo aspetto fisico e arriva ad inscenare "ingressi in situazione" eccentrici e rumorosi.

La narrazione ha avuto dunque un effetto potente su queste donne che dopo non sono state più le stesse. Ognuna a suo modo è cambiata. *Clelia* per esempio pur disponibile, ci sente e ci vede poco, fa molta difficoltà a partecipare. Tuttavia non smette di provarci, ad ogni incontro ascolta palesando un interesse sempre maggiore. Il suo viso subisce una tale trasformazione da apparire, qualche volta, addirittura rapito dalle narrazioni in corso. *Flora* non trova parole per tutto il laboratorio narrativo. Siede composta e quasi non si muove: si dondola dolcemente e impercettibilmente avanti e indietro. Il suo viso tuttavia si illumina di grandi sorrisi. Annuisce, ogni volta, ed è "in situazione" con maggiore coinvolgimento. Un giorno si china di slancio per afferrare una campanella ed esclama: "è mia!".

In conclusione i cambiamenti osservati su queste donne attestano che la narrazione si è configurata non solo come un processo agito, ma come un agente che produce effetti tangibili sui soggetti che cambiano perché si *attivano*. La narrazione dunque si è materializzata come una pratica di attivazione che ha prodotto identità e apprendimenti situati. Come si è detto la vita quotidiana di

queste donne, prima dell'arrivo dell'équipe, era caratterizzata da azioni e pratiche discorsive che minavano il sé agente. Confinata in un'ecologia di attori, relazioni e interazioni che le agivano esse erano pensate dagli attori istituzionali come oggetti da custodire. Il progetto ha cambiato la scena e montato un laboratorio narrativo in cui queste donne sono entrate come agenti. Hanno agito un agire pratico, una pratica nel senso di Gherardi (2008), che si è configurata quale processo di attivazione. Nella maggior parte dei casi l'inattività finisce per performare soggettività *non riflessive*, nel senso di cui Giddens (1999). Scompaiono normalmente l'allenamento a mettersi in discussione, a rivisitarsi, scompare anche l'attitudine a desiderare e si sviluppa, come condizione permanente, l'abitudine alla privazione e alla staticità. Come dimostra questa sperimentazione i processi di attivazione, invece, performano soggettività riflessive, capaci di inventarsi e reinterpretarsi *praticamente*. Come si è visto queste donne, nonostante le limitazioni fisiche e la loro condizione di vita, si mettono in scena ogni volta in modo nuovo e competente. E *attivandosi* superano ogni vincolo (spaziale, fisico, relazionale).

Si può perciò a ragione concludere che questo esperimento pilota ha dimostrato che la pratica narrativa, il piacere di raccontarsi, la fiducia nell'équipe, il credere nell'iniziativa, l'entusiasmo e la speranza di nuovi incontri, il calore delle relazioni umane che si sono generate, sono fattori potenti che hanno effetti benefici. Ascoltare, parlare, entrare in sintonia con l'altro è terapeutico. E dunque la relazione tra chi cura e chi è curato è più efficace se si sviluppa in modo dialogico e coinvolgente. Questa esperienza invita pertanto a riflettere sulla necessità di sviluppare relazioni di cura che sono più efficaci nella misura in cui sono più umane e rispettose della dignità dell'uomo. Il sostegno degli anziani fragili, si propone, può dunque passare attraverso la costruzione di relazioni di cura efficaci e positive che possono consolidarsi con l'ausilio della pratica narrativa. Attraverso tale pratica (che molto si avvicina alle metodologie dell'empowerment) è possibile indurre clinicamente processi di sviluppo personale che curano, così come sostiene il filone di studi meglio conosciuto come orientamento narrativo (Demetrio 1996, 2008). E dal momento che curano trasformano le soggettività, producendo sui soggetti notevoli cambiamenti apprezzabili all'osservazione, non misurabili, ma non per questo meno reali. Al tempo stesso lo sviluppo della pratica narrativa genera un aiuto umanamente e funzionalmente efficace e contribuisce a creare un clima più umano nei servizi sociali e sanitari, sia nell'ambito residenziale che territoriale. In particolare questa esperienza dimostra che la narrazione riesce a migliorare il clima relazionale

anche in quelle strutture residenziali dove le persone sono istituzionalizzate da anni.

Bibliografia

Decisione del Parlamento Europeo e del Consiglio, 14.09.2011, 940
in *Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea*, L 246: 5-10, <http://eur-lex.europa.eu/it/index.htm>

Demetrio D. 1996 *Raccontarsi L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Demetrio D. 2008 *La scrittura clinica. Consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Gherardi S. 2008 *Breve storia di un concetto in viaggio: dalla comunità di pratica alle pratiche di comunità*, in *Studi Organizzativi*, 1, Franco Angeli, Milano pp. 49-73

Giddens A. 1999 *Identità e società moderna*, Ipermedium libri, Napoli.

Goffman 1961 *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates* Anchor Books, Doubleday & Company, Inc., New York, ed. it. Giulio Einaudi, Torino, 1968.

Mezirow J. 2003 *Apprendimento e trasformazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Nussbaum M. C. 2012 *Educare per il profitto o per la libertà?*, in *il Mulino*, 1, pp. 7-21.

Olievenstein C. 1999 *La scoperta della vecchiaia*, Einaudi, Torino.

LO SGUARDO ETNOGRAFICO NELLA RICERCA-AZIONE “MEMORY”:

TRA RACCONTO E METODO

di Anna Milione

“Memory” rimanda ad una modalità di fare ricerca che si differenzia dalla tradizione sperimentale classica in quanto assume i fenomeni sociali come intrinsecamente contestuali e la stessa impresa conoscitiva come una pratica “situata”. In tal senso si colloca nelle recenti linee di ricerca empirica dei *practice-based studies* (Bruni Gherardi 2007) e utilizza metodologie che assumono il «legame con il contesto» e le dinamiche interattive che in “esso” si producono come ineludibile e precipuo oggetto di indagine (Zucchermaglio, Alby, Fatigante, Saglietti (2013).

In questa ottica il “Laboratorio narrativo”, ovvero il contesto socio-materiale ed interattivo in cui si producono le narrazioni è considerato «il luogo» dove è possibile indagare in modo «situato» l'*azione del narrare come pratica di attivazione*. Al pari di qualsiasi altro atto conoscitivo, infatti, il narrare non si realizza in un vuoto sociale ma si materializza in un contesto. Non è dunque azione intimistica, esito di processi individuali, ma è invece inteso come pratica sociale e culturale *situata, incorporata, collettiva, distribuita e formata* a partire dall'esperienza dei corpi immersi spazialmente e temporalmente nell'interazione con altri corpi e con diversi oggetti della pratica (Viteritti 2011). Ne consegue che le interazioni tra i diversi soggetti che vi partecipano (l'equipe di ricerca e le anziane) all'interno di un “nuovo” ambiente materiale stimolante (gli strumenti materiali e simbolici, l'attenzione al corpo e il nuovo posizionamento dei corpi nello spazio, la creazione di artefatti, etc.) costituiscono il focus privilegiato attraverso cui studiare come si struttura la pratica narrativa.

L'indagine etnografica condotta attraverso la tecnica dell'*osservazione partecipante* ricostruisce il contesto d'indagine in cui si svolge la ricerca azione, ovvero la cultura della comunità che ospita le anziane e, parallelamente, documenta l'esperienza del narrare nel *vivo del laboratorio*, analizzando le dinamiche interattive emerse nel *nuovo frame* comunicativo implementato. L'approccio etnografico porta, infatti, l'equipe di ricerca e il laboratorio narrativo “dentro il contesto di vita”, a interagire “con” i diversi attori che vivono la realtà della struttura residenziale. Il gruppo di ricerca non partecipa alla vita quotidiana della comunità in studio e non ha avuto

accesso a tutti i locali della struttura. Tuttavia anche limitatamente agli incontri programmati nel disegno della ricerca e compatibilmente con la disponibilità di apertura della comunità religiosa, la tecnica dell'”osservazione partecipante” consente di cogliere l'ambiente materiale in cui viene introdotto il laboratorio e l'ambiente umano in termini di relazioni, pratiche, norme e valori esperiti dalle anziane nella vita quotidiana. Gli incontri con gli attori istituzionali (le religiose che gestiscono la struttura residenziale e le operatrici socio-assistenziali), con i soggetti assistiti (le anziane che non partecipano al laboratorio) e le osservazioni focalizzate sul *nuovo frame* costruito nel laboratorio, consentono di pervenire a una rappresentazione della cultura della comunità che ospita le anziane, delle pratiche e delle regole *tacite* che governano la struttura residenziale. Emergono così le dinamiche relazionali ordinarie agite nel contesto della struttura residenziale nella vita quotidiana che sottostanno e interagiscono con quelle “nuove” che si costruiscono nel contesto del laboratorio.

Parallelamente all'osservazione finalizzata a ricostruire una visione d'insieme della cultura in studio, l'osservazione etnografica si è focalizza, in particolare, sulle attività che si producono nel laboratorio e sulle dinamiche interattive emerse in relazione agli input introdotti. La *domanda generativa* da cui muove l'osservazione è stata: cosa sono in grado di essere e di fare le anziane che partecipano al laboratorio? Di contro, quali sono le opportunità messe a loro disposizione nel quotidiano fuori dal laboratorio. L'obiettivo perseguito è stato quello di evidenziare i fattori di contesto e i dispositivi che stimolano o viceversa inibiscono le capacità di attivazione delle anziane, e di individuare le performance soggettive che ci consentono di rilevare *se e come* le anziane rispondono agli input.

Il diario degli incontri redatto attraverso le note etnografiche e l'ausilio delle audio e delle video registrazioni, costituisce la base empirica di costruzione del dato che consente di rilevare il cambiamento dei comportamenti osservati nell'arco temporale in cui si sono svolte le attività, e gli *effetti trasformativi* (Mezirow 2003) prodotti dalle nuove interazioni sui soggetti. Il resoconto etnografico osserva e descrive in modo denso (Geertz, 1988) i processi di attivazione delle anziane focalizzando l'attenzione sulle singole azioni messe in campo e sulle dinamiche relazionali tra i soggetti componenti il gruppo *nel* laboratorio narrativo, e *fuori* nell'ambito delle interazioni inscrivibili nelle routine quotidiane. In particolare, l'osservazione focalizzata sulle attività praticate e sulle dinamiche interattive emergenti nel laboratorio evidenzia i fattori di contesto e i dispositivi che favoriscono il processo di attivazione, individua le performance soggettive che consentono di rilevare *se e come* le anziane rispondono alle sollecitazioni.

In queste note richiamiamo brevemente l'attenzione sui fattori e i dispositivi che hanno stimolato i processi di attivazione e le *performance* narrative.

Il laboratorio: un nuovo ambiente socio-materiale

Il laboratorio narrativo non allestisce una struttura fisica, ciononostante modifica lo spazio e il tempo di vita esperiti dalle anziane nella casa, *innescando un dispositivo che cambia significativamente l'ambiente socio-materiale*: introduce nuovi soggetti e nuovi oggetti con cui interagire, pone le anziane in una nuova dimensione comunicativa e relazionale, crea il *luogo* dell'incontro e del dialogo, non solo tra le partecipanti e i componenti del gruppo di ricerca ma anche tra le anziane stesse.

Nella pratica dell'auto-narrazione le anziane sperimentano un diverso agire comunicativo e relazionale che comporta una novità nelle pratiche consuete vissute nella comunità residenziale (le dinamiche relazionali tra le anziane, tra i soggetti istituzionali e le anziane, i saperi riconosciuti e legittimati, le routine quotidiane standardizzate) introducendo nuove condotte, nuove modalità di interazione e nuove attività che modificano seppure in modo contingente il vivere quotidiano e, quindi, i soggetti coinvolti.

L'auto-narrazione costituisce il dispositivo che *mette in moto* le anziane: le diverse attività proposte nel laboratorio stimolano la rievocazione narrativa orale di frammenti più o meno estesi delle storie di vita personali, al fine di *ri-attivare* le anziane sul piano esperienziale, emotivo e cognitivo. I racconti sono indotti mediante diverse sollecitazioni sensoriali – l'osservazione di immagini e foto personali, l'ascolto di brani musicali, la manipolazione, il suono e l'odore di diversi oggetti comuni della vita quotidiana oggi non più consueti – e attività pratiche quali “le mani in pasta” e il disegno libero. Gli input introdotti richiamano alla memoria delle partecipanti sensazioni, emozioni, esperienze vissute in un passato lontano o anche recente e stimolano il racconto. Inducono quindi a mobilitare (mettere in moto) le energie e le risorse interne delle anziane che progressivamente fanno fronte alle sollecitazioni del ricercatore producendo diverse risposte, prima sul piano emotivo e via via, alcune in modo particolare, su quello cognitivo. Nello specifico, rispondono in modo diverso alle sollecitazioni per diversità caratteriali, di background e condizioni di salute psico-fisica. Dai diversi gruppi, inizialmente indistinti e uniformi, progressivamente emergono le *performance* soggettive, i diversi tratti caratteriali e le diverse storie di vita che in alcuni casi è possibile ricostruire con dovizia di particolari, in altri solo abbozzare.

Ricorrendo a configurazioni di differenti risorse semiotiche (linguaggi, gesti, sguardi, posizionamento corporeo, oggetti, etc.) le anziane compiono azioni congiunte e interconnesse (ricordare, parlare, parlare a sé, parlare alle altre, ascoltare, vedere, toccare, odorare, manipolare, disegnare) che diventano empiricamente osservabili. I linguaggi e le nuove regole agite dagli attori che compongono l'equipe di ricerca, gli strumenti che sollecitano e mediano l'azione del ricordare e del narrare, le pratiche narrative e auto-narrative prodotte, costituiscono i dati empirici rilevanti che innescano e sviluppano il processo di attivazione.

L'analisi di tali risorse semiotiche consente di considerare come la capacità di cognizione (ricordare e raccontare) che rivelano le anziane non si produca nelle singole teste, ma si estrinsechi in un ambiente relazionale e materiale diverso da quello che esperiscono nella loro vita quotidiana, mostrandone la natura profondamente sociale e situata. Ciò porta a concludere che l'atto narrativo si possa configurare come una pratica collaborativa, materiale e mediata culturalmente.

Il corpo: luogo ed espressione di attivazione

L'osservazione del corpo come *luogo* ed *espressione* del processo di attivazione sperimentato dalle anziane è centrale per rilevare gli effetti trasformativi generati dalle auto narrazioni. Le anziane si rivelano innanzitutto "corpi sensibili": mani, occhi, corpo, tatto, posture, vista. Dal primo incontro la relazione è sempre focalizzata sul corpo che media la conoscenza reciproca e coinvolge tutti i soggetti nell'interazione.

L'incontro personale, ovvero un atteggiamento accogliente ed empatico, fatto di piccoli gesti di attenzione al corpo, quali la prossimità e il contatto fisico, costituiscono le chiavi di accesso che superano rapidamente le diffidenze iniziali e aprono ad una relazione comunicativa che diventa progressivamente più intima. In particolare, nel *rituale del saluto* che apre e chiude le attività è significativo il desiderio di contatto fisico:

ci guardano, aspettano che ci avviciniamo, se indugiamo, quelle più espansive ci chiamano e, una volta vicine, ci abbracciano, ci baciano. Questa espressione di calore e di affettività rivela la vitalità solo sopita di queste donne, la tensione ancora forte ad instaurare rapporti umani, ovvero, il

bisogno di comunicare, il bisogno di essere ascoltate, il bisogno di essere riconosciute (dal resoconto etnografico).

L'interazione focalizzata sul corpo introduce una nuova pratica comunicativa che sollecita e mette in moto le anziane, le fa sentire apprezzate e riconosciute.

Il cambiamento generato nel nuovo clima relazionale emerge chiaramente nelle varie espressioni che il corpo via via assume nel corso degli incontri. Cambiano, infatti, i volti e le posture, inizialmente statico e apatico, il corpo manifesta progressivamente movenze diverse: si modifica la mimica facciale, l'espressione si fa più distesa, la anziane parlano, sorridono, ridono, le braccia sono in movimento, protese per richiamare attenzione.

Le azioni della memoria e gli effetti trasformativi della narrazione

Il “gioco dei ricordi” costituisce il dispositivo che innesca la nuova pratica della narrazione. Nel racconto le anziane fanno esperiscono e quindi *ri-scoprono* la capacità di “fare memoria”.

Sono diverse le azioni sperimentate nella pratica del “fare memoria” (Demetrio 1997):

- *rievocare*, ridare voce ai ricordi: le anziane parlano, innanzitutto, a sé. Nel racconto fanno riemergere i ricordi, ridanno loro fisicità e concretezza. In questa prospettiva, l'auto-narrazione produce, in primo luogo, *effetti trasformativi* sui singoli soggetti che nel racconto riacquisiscono consapevolezza di sé e della propria storia.

- *commemorare*, fare memoria insieme: le anziane parlano ad un altro che ascolta. L'osservazione di Dewey (1967, 35) – «un pensiero non è tale fino a che è soltanto nostro» – fa comprendere la significatività della dimensione relazionale e sociale del “fare memoria”. La condivisione dei ricordi attraverso la narrazione offre l'opportunità di uscire dalla dimensione solitaria in cui il ricordare può divenire uno sterile rimuginare il passato. In questa prospettiva la pratica della narrazione costruisce uno *spazio pubblico*, che nel senso conferito da Hannah Arendt (1994) rappresenta lo «spazio dell'apparire», ovvero lo spazio in cui si è con gli altri e si parla agli altri e, quindi, lo spazio della «rivelazione» e del «riconoscimento» delle identità personali. Nel laboratorio auto narrativo si realizza una relazione comunicativa tra soggetti narranti e reciprocamente coinvolti sul piano esistenziale e

esperienziale: le anziane si aprono al confronto e al dialogo, riemergono e si riconoscono reciprocamente, condividono liberamente fatti, esperienze, riflessioni, emozioni del passato, ma anche del presente. In tal modo la pratica della narrazione restituisce loro la capacità di vedersi *ancora attori*, ovvero di riconoscere *il loro essere ancora nel mondo*. In questa ottica la narrazione come pratica di attivazione produce anche *effetti trasformativi* sulla relazionalità e sulla capacità di costruire e condividere uno spazio di vita comunitario.

- *ricordare* nel significato etimologico significa riportare al cuore e quindi rievocare emozionandosi: nel gioco dei ricordi, il racconto offre l'opportunità di rivivere, nella condivisione con l'altro, gli avvenimenti, riproducendo non solo emozioni ma anche significati nuovi, belli o brutti che siano. In tale prospettiva la narrazione produce effetti sulla riflessività dei soggetti (Giddens 1999) e quindi sulla capacità di elaborazione della realtà.

- *rimembrare*, ricomporre: nella riflessione comune le anziane rimettono insieme ciò che è disperso, senza necessariamente ricostruire un ordine cronologico, ristrutturano i significati, *continuano così nel presente la produzione di senso, la costruzione di un'identità personale e sociale, ancora in divenire*. In particolare, attività pratiche quali il disegno libero e le "mani in pasta" offrono loro l'opportunità di scoprire e sperimentare abilità ritenute perdute o mai esercitate, si realizza così la scoperta della propria vita non solo al passato, ma anche in *divenire*, ovvero nelle potenzialità che *ancora* può riservare il presente e il futuro.

In sostanza si può dire che *le azioni della memoria* e del *narrare* praticate nel laboratorio consentano di sollecitare la capacità di *resilienza* delle anziane, ovvero la capacità di far fronte e resistere alle avversità più severe che il processo di decadimento psico-fisico, ma anche l'esperienza di istituzionalizzazione comporta. La resilienza è essenzialmente un processo cognitivo, legato al modo in cui percepiamo e guardiamo gli eventi della vita. In questa prospettiva l'auto-narrazione nella misura in cui mobilita i processi della mente e le risorse interne dei soggetti, può sollecitare e allenare la resistenza ai disagi che l'invecchiamento comporta e alimentare il *desiderio* di "altra" vita. L'espressione di Trabucchi (2007) "resisto e dunque sono" sembra rappresentare in modo efficace la funzione di questa capacità nei processi di costruzione e di attivazione del sé anche nella vecchiaia, la fase del ciclo di vita che inesorabilmente si approssima alla morte e che, quindi, maggiormente mette alla prova la motivazione a vivere.

Bibliografia

Arendt H. (1994) *Vita Activa*, Bompiani.

Bruni A., Gherardi S. (2007) *Studiare le pratiche lavorative*, il Mulino, Bologna.

Demetrio Duccio (1997), *Il gioco della vita. Kit autobiografico. Trenta proposte per il piacere di raccontarsi*, Guerini e associati, Milano.

Dewey J., *Libertà e cultura.*, (1967) La Nuova Italia.

Geertz C. (1988) «Verso una teoria interpretativa della cultura», in *Interpretazione di culture*, il Mulino, Bologna, pp. 9-42.

Giddens A. (1999) *Identità e società moderna*, Ipermedium libri, Napoli.

Viteritti A. (2011), «Corpi sapienti in laboratorio. Apprendere la tecno-scienza in pratica», in «Etnografia e ricerca qualitativa», n.1, gennaio-aprile 2011.

Alby F., Fatigante M., Saglietti M. Zucchermaglio C., *Fare ricerca situata in psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna.

Trabucchi R. (2007), *Resisto dunque sono. Chi sono i campioni della resistenza psicologica e come fanno a convivere felicemente con lo stress*, Corbaccio, Milano.

Un modello d'intervento per la formazione degli adulti

di Duccio Demetrio

Grazie per questo invito e grazie alla ricercatrice Tiziana Tesauro per motivi diversi. Perché ci sono molti motivi per ringraziarla.

Grazie innanzitutto perché questa ricerca riprende una tradizione, che è quella della ricerca-azione, che nel nostro paese ha avuto esponenti d'eccezione quali Danilo Dolci che con i contadini e i pescatori della Sicilia occidentale svolgeva un vero e proprio lavoro di "capacitazione" (empowerment) di persone generalmente escluse dal potere e dalle decisioni. Nell'idea che nessun vero cambiamento potesse prescindere dal coinvolgimento e dalla partecipazione diretta degli interessati e collegando la sua modalità di operare alla maieutica socratica, Dolci animava riunioni in cui ciascuno si interrogava e imparava a confrontarsi con gli altri, ascoltando e decidendo.

Collocherei il progetto *Memory: il laboratorio narrativo* in questa tradizione sociologica e lo identificarei come una ricerca trasformativa esemplare. Il *cambiamento* è la chiave per comprendere questa ricerca e questo libro. Come si legge infatti queste donne cambiano: escono dalla condizione di tacitazione in cui normalmente vivono e producono parole che diventano sempre più numerose. Escono dalla condizione di invisibilità e diventano protagoniste. Escono dalla condizione di assoluta staticità. Vivono di fatto un'esperienza di apprendimento trasformativo che, secondo la teorizzazione di Mezirow (2003), porta a una nuova comprensione del sé, alla revisione delle proprie convinzioni e dei propri comportamenti.

Costruendo dunque un contesto di rivisitazione del sapere, attraverso la narrazione, questa ricerca si colloca senz'altro in un panorama nazionale e internazionale perché propone un modello, *un vero modello di intervento* per la formazione degli adulti e per l'attivazione di risorse che consentono agli anziani di resistere ai drammi dell'invecchiamento. La narrazione si riconferma così come una vera e propria risorsa pedagogica.

Grazie perché questa ricerca dimostra, ancora una volta, che abbiamo bisogno della nostra memoria, abbiamo bisogno di una narrazione che recupera la corporeità e il contatto fisico. Perché *la narrazione ci cura*. Questo è il punto. L'emergere del pensiero autobiografico non è il piacere di parlare di sé, fra sé e sé, a se stessi, o la necessità di ritrovare qualche sperduto ricordo, è invece l'insieme di ciò che si è stati e si è fatto, è quindi una presenza che a un certo punto ci accompagna e si muta in un progetto narrativo.

Ritrovarsi con se stessi come autori del teatro esistenziale cui si partecipa equivale a vivere un'emozione adulta compiuta. È anche un'emozione del pensiero, poiché la mente, facendo autobiografia, attendendo alle sue cuciture, a quell'accostamento fra i frammenti inconciliabili, genera quel momento coscienziale indispensabile a prendere le distanze da se stessi, mentre si rivive se stessi. Le parti sparse del nostro essere adulti o che ci hanno consentito di diventarli, esigendo tale esercizio rendono ancora più adulta la nostra mente: nonostante tutti gli infantilismi, le ingenuità, le manifestazioni immature di cui continuiamo a essere capaci e che si materializzano in quegli io che non osiamo confessare. C'è un'adulità cognitiva quando, insomma, ci guardiamo dall'alto: ci osserviamo come un paesaggio affatto ordinato dove stabiliamo simmetrie e asimmetrie, zone oscure o chiarificate. Non è questo ovviamente un rassicurante mosaico; non sempre le figure appaiono evidenti. È però un tentativo della mente di trovare, in questi paesaggi, un punto, un'ansa, un miscuglio (anche) al quale ancorarsi. Almeno per qualche istante, tra giochi della memoria e riflessioni sul senso degli accadimenti.

Come appunto è accaduto a queste donne, grazie a questa ricerca. E allora l'importanza di Memory e di una ricercatrice formatrice che ha dato voce ai ricordi. Queste donne hanno potuto raccontare. A chi altri avrebbero potuto raccontare se non ci fosse stata questa équipe di ricerca che è entrata dentro questa struttura e con consapevolezza e professionalità ha ri-attivato i ricordi?

Siamo a Napoli e al Pio Monte della Misericordia è conservato il dipinto di Caravaggio le *Sette opere di Misericordia*. Credo che la narrazione dovrebbe essere considerata *l'ottava opera di misericordia* perché è una necessità indispensabile allo sviluppo di se stessi ed è una

facoltà che può mancare più del pane. E purtroppo troppo spesso manca in realtà come quelle descritte in questo libro. Strutture totalizzanti che impongono il silenzio e inabilitano il soggetto a parlare di sé.

Nella geografia delle iniziative svolte nelle strutture residenziali per anziani oggi si possono trovare fondamentalmente quattro modalità di lavoro.

Pratiche di attivazione conversazionali sui temi di vita. Si tratta di laboratori auto-narrativi che prevedono appunto la narrazione orale attraverso sollecitatori visivi, verbali e anche oggettuali. Il progetto Memory è riconducibile a questa tipologia d'intervento. *Pratiche di scrittura di sé guidate ad personam.* In questo caso il ricercatore è un facilitatore di un gruppo che si impegna nel racconto di sé per iscritto. In questa modalità il facilitatore è un consulente autobiografico che organizza un percorso d'incontri. A partire dai ricordi dell'infanzia, che sono quelli cosiddetti di radice, fino ad arrivare alle diverse tappe della vita. La scrittura svolge in questi laboratori una funzione riparatoria perché si mettono insieme i cocci della propria vita.

Pratica di scrittura condivisa dove il facilitatore è un tutor di scambi e messaggi che poi vengono consegnati al diario. E questa pratica consente di raccogliere diari che diventano un patrimonio sociale fondamentale come quello dell'Archivio Diaristico di Pieve Santo Stefano che raccoglie i diari di persone comuni per tramandarli agli studiosi di scienze sociali e agli storici del futuro. E infine *Pratiche di mediazione amanuense.* Il volontario si occupa di farsi raccontare una storia che poi ri- trascrive, migliorandola anche dal punto di vista letterario.

Tutte queste forme d'intervento promuovono nei soggetti anziani l'attivazione di risorse che sono le risorse della mente.

E qui devo ancora una volta ringraziare la ricercatrice Tiziana Tesauro per le chiarificazioni concettuali che ci offre in questo libro, chiarendo finalmente la suggestiva dizione di Invecchiamento Attivo. Questa dizione evoca la necessità di riattivare, reinserire nel mondo del lavoro ma, come si dice nel libro stesso, lascia in ombra altre dimensioni dell'attivazione che riguardano l'attività della mente, la riattivazione interiore. E non sono da trascurare.

Grazie allora a questo libro che ci offre un'altra visione di Invecchiamento Attivo che ha incoraggiato queste donne, e incoraggia noi, a continuare a rubare altri giorni al futuro.

Una società che pensi alla diversità recuperando la capacità inventiva di ogni disciplina

di Paolo Zurla

Vorrei iniziare questo mio intervento raccontandovi un piccolo episodio che mi è stato riferito un po' di anni fa e che a mia volta riferisco per attestare quanto si è fatto, nel nostro paese, sul percorso della deistituzionalizzazione.

Un'assistente sociale, in visita in una struttura residenziale per anziani, aveva incontrato un anziano signore che vagava in corridoio con una mela sbucciata in mano. Il signore le aveva chiesto: *"Potrebbe per favore portare questa mela sbucciata a mia moglie che sta dall'altra parte, in quell'altra palazzina di questa struttura? Perché sa quando eravamo a casa insieme ero io che le sbucciavo la mela"*.

L'episodio della mela sbucciata in modo sintetico dice tante cose sul cammino che si è fatto. Esistono oggi finalmente strutture che accolgono coppie che possono stare insieme. Esistono strutture dove è possibile portare qualche oggetto da casa, o un mobile. Il processo di deistituzionalizzazione è stato lungo e faticoso. Ma tanto si è fatto. E questo bisogna dirlo. Esistevano anche a Bologna strutture terribili che adesso non ci sono più.

Tanto si è fatto e tanto tuttavia c'è da fare perché la questione dell'assistenza agli anziani è una questione complessa. Si pensi alla carenza di servizi per l'assistenza domiciliare e al fatto che nel nostro paese, più o meno in un decennio, fattori diversi hanno reso il ricorso alle assistenti familiari straniere una prassi diffusa: in primis la forte carenza di servizi domiciliari e residenziali, la presenza di significative prestazioni monetarie senza vincolo di destinazione (appunto all'indennità di accompagnamento), la resistenza all'istituzionalizzazione. Da circa un decennio, dunque, donne straniere sostituiscono mogli, figlie e nuore nell'assistenza agli anziani. Di loro la società italiana sembra non poter fare più a meno. È emblematico, in tal senso, il consenso riscosso dalle badanti nel nostro paese. Svolgono una molteplicità di mansioni che vanno dalla cura delle persone alla gestione della casa.

La cura rappresenta un'esperienza usurante. Si è visto che a un peggioramento del soggetto non autosufficiente corrisponde un progressivo declino del caregiver. È stato anche dimostrato che la malattia di un genitore anziano

determina, nel tempo, l'esclusione da qualsiasi altra sfera di attività che non sia la cura. Riduce drasticamente il tempo libero e la disponibilità per l'attività lavorativa. Complessivamente poi la non autosufficienza può avere un impatto destabilizzante nei confronti degli equilibri familiari. La vera questione è che le 24 ore sono qualcosa di *inaffrontabile*. Una sola badante non sarebbe sufficiente. Ce ne vorrebbero due, nel caso non ce ne sia una coresidente tre, per assicurare la copertura nelle 24 ore e la turnazione.

E allora fondamentale insistere nel dibattito sulla prevenzione, rafforzando i sistemi di protezione sociale, l'apprendimento permanente e le politiche di inclusione attiva dei cittadini, al fine di creare opportunità nelle diverse fasi della vita, proteggendo dal rischio di povertà ed esclusione sociale e incrementando la partecipazione attiva alla società.

Ribadire il ruolo centrale del volontariato nell'organizzazione dei servizi per anziani. Finalizzare risorse alla formazione delle badanti. Promuovere il telesoccorso. Rafforzare il ruolo dell'Università della Terza Età. Organizzare vacanze per gli anziani

E se mancano servizi alleniamoci a mettere in campo idee.

Credo che bisogna aiutare la costruzione di una società che accetta che tutti non sono uguali, che *pensa alla diversità* recuperando la capacità inventiva di ogni disciplina. Per questo mi è piaciuto questo libro. Per la capacità inventiva di mettere insieme approcci diversi, per la capacità di suggerire non soluzioni, ma strade percorribili. Abbiamo bisogno di idee, di immaginare percorsi. Il nostro è un paese caratterizzato da un welfare debole in cui le risorse vanno massimizzate attivando servizi mirati.

Anni fa in Valpellice per gli anziani che vivevano su alture che d'inverno restavano isolate è stata realizzato a valle un foyer con annessa stalla in cui gli anziani avevano la possibilità di portare con se i propri animali, fonte essenziale di sussistenza.

Così come esistono progetti dove il problema della carenza delle abitazioni e del caro affitto per i giovani è risolto grazie ad anziani che fittano a buon prezzo una stanza nella loro casa godendo di un po' di compagnia. A Piacenza per esempio sono stati realizzati progetti di coabitazione tra giovani e anziani. Un'idea che si potrebbe importare anche a Napoli.

Ciò che voglio dire è che è fondamentale far circolare le idee e che ogni idea va poi contestualizzata. A Valpellice il foyer si è dimostrato una soluzione vincente perché ideata da chi conosceva bene il contesto. È fondamentale contestualizzare l'intervento perché solo tenendo conto del territorio e dei problemi delle persone è possibile ideare soluzioni adeguate alle esigenze.

I progetti dell'INRCA per l'invecchiamento

di Giovanni Lamura

Il contributo che mi è stato chiesto di proporvi oggi – e ringrazio sentitamente Tiziana Tesauro e gli altri organizzatori per il cortese invito – sintetizza i risultati delle principali esperienze di ricerca condotte recentemente dall'INRCA in materia di invecchiamento. Per farlo, dopo una breve spiegazione di cosa sia l'INRCA, mi soffermerò sui principali risultati degli studi condotti in materia dal mio istituto da un punto di vista economico-sociale, toccando aree come quella dell'invecchiamento attivo, della cura alla non autosufficienza, della prevenzione degli abusi in età anziana, dello stimolo alla solidarietà intergenerazionale, per chiudere con alcuni spunti per il futuro.

Non tutti sanno che il Ministero della Salute, per promuovere la ricerca nel proprio ambito di intervento, si avvale del contributo di quasi 50 enti ospedalieri, cui riconosce il titolo di IRCCS, acronimo per “Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico”, enti ritenuti di eccellenza e per tal motivo destinatari di risorse mirate a finanziare attività di ricerca, in aggiunta alle normali prestazioni di assistenza clinica. A Napoli, ad esempio, sono tali l'Istituto Nazionale Tumori Giovanni Pascale, e la Fondazione SDN per la ricerca e l'alta formazione in diagnostica nucleare. L'INRCA – un acronimo che deriva da “Istituto Nazionale per il Riposo e la Cura degli Anziani”, termine ormai abbandonato dopo quello, ancor più storico, di “Ospizio dei poveri vecchi” - è l'unico, tra tutti gli IRCCS, che da quasi 45 anni si occupa di geriatria. Lo fa attraverso i suoi oltre mille dipendenti in 4 presidi ospedalieri in 3 diverse Regioni (Lombardia, Calabria e Marche), una RSA, un Centro Diurno Alzheimer ed un polo scientifico tecnologico ad Ancona, a cui appartengo, dove lavorano oltre 20 ricercatori di ruolo (ed altrettanti contrattisti), per studiare l'invecchiamento da diversi punti di vista, in particolare da quello biomedico e socio-economico (questo è l'ambito in cui io opero), oltre ad una recente espansione anche nel settore della domotica.

Detto questo, di cosa ci siamo recentemente occupati nel nostro ambito? Partendo dalla questione dell'invecchiamento attivo citerei anzitutto il progetto europeo ESAW, partito circa un decennio fa, al fine di capire quali fattori incidano maggiormente sulla qualità della vita in età anziana in 6 Paesi europei, intervistando quasi 2000 ultracinquantenni per Paese. Tra i risultati più eclatanti è emerso che gli anziani italiani, nonostante un'apparente maggiore presenza della famiglia, appaiono

essere i più a rischio di solitudine, un aspetto cui i servizi dovrebbero dedicare particolarmente attenzione. Come mai accade questo? In estrema sintesi, possiamo dire che, tenendo conto che la qualità della vita può essere considerata il risultato congiunto di molteplici fattori, tra i quali la salute, la rete di supporti sociali, le attività svolte e le risorse economiche di cui si dispone da questo studio emerge con chiarezza che gli italiani, soprattutto alle età più elevate, soffrono di solitudine più spesso di quanto non accada ai loro coetanei di altri Paesi. Ciò sembra legato al fatto che in Italia la rete sociale è, più che altrove, basata sulla sola famiglia, e meno su amici ed altri rapporti comunitari (come vicini, impegno in attività di volontariato etc.), che invece sono significativi in altri Paesi.

Ora, la famiglia italiana è sì più presente in caso di malattia e disabilità, come vediamo qui, con oltre l'80% di italiani anziani che avrebbero qualcuno su cui contare in caso di malattia, la % più alta e ciò si verifica anche nelle fasce di età più elevate, come ben evidenziato da questo grafico, dove quasi il 90% degli ultraottantenni italiani dichiara di avere qualcuno che potrebbe accudirli, in caso di problemi di salute, contro il 60% della media degli altri Paesi. Tuttavia, ed è questo il punto, ciò è vero solo se l'anziano è in grado di camminare senza aiuto, perché non appena subentra l'immobilità, la rete familiare non è più altrettanto capace, da sola, di reggere il carico assistenziale derivante da questa situazione, per l'evidente insufficienza dei supporti esterni. Ma di questo parleremo più diffusamente tra poco. Prima vorrei presentarvi alcune riflessioni su come l'invecchiamento attivo si possa coniugare nel mondo del lavoro ricordando che, grazie a diversi studi condotti dall'INRCA nel corso dell'ultimo quindicennio, che qui non stiamo ad esaminare singolarmente sappiamo che, in linea di principio, per assicurare una gestione consapevole dei lavoratori in età matura (cioè con oltre 50 anni), occorre partire da un reclutamento non discriminatorio, e proseguire con l'adozione di soluzioni ergonomiche in grado di compensare il naturale declino fisico-cognitivo, orari flessibili, senza trascurare le attività formative, anche grazie ad una revisione complessiva della mentalità e del clima aziendale, fino alle politiche di uscita. La crisi economica odierna potrebbe far sembrare alcuni di questi principi quasi un lusso, ma posso garantirvi che le aziende che meglio applicano tale filosofia sono anche le più preparate ad affrontare le difficoltà del momento, perché capaci di coniugare la logica del profitto con l'etica del rispetto dei diritti fondamentali dei lavoratori.

Ma c'è un altro ampio settore nel quale l'invecchiamento attivo può esercitarsi: quello del volontariato. Questa modalità di contribuire alla collettività appare in Italia molto meno diffusa che in altri Paesi europei, a tutte le età anche se osserviamo negli

ultimi anni una decisa tendenza ad una crescita del fenomeno. In realtà, è ipotizzabile che ci sia una certa sottostima dello stesso, sia perché i dati ISTAT si basano solo sulle organizzazioni di volontariato formalmente riconosciute, sia perché molti volontari nel settore ricreativo culturale non si ritengono tali e rispetto a quest'ultimo punto possiamo in effetti notare che, mentre nel Nord Europa il volontariato assume una valenza prevalentemente auto-espressiva (volta cioè a raggiungere un proprio beneficio, soprattutto in ambito sportivo-culturale), in Italia ed in genere nel Sud-Est europeo il volontariato è soprattutto di carattere altruistico (opera cioè per finalità socio-assistenziali verso altri). Pensando al futuro, per stimolare il volontariato in età anziana – cosa dagli indubbi benefici sia a livello individuale che collettivo – è necessario che vengano tenute in debito conto le motivazioni degli stessi anziani, favorendo un incontro tra domanda ed offerta che passa anche attraverso un mix più multigenerazionale. A tal fine, è cruciale far leva sia sull'assistenza informale, così diffusa nel nostro Paese, onde trasformarla in una risorsa collettiva (e non solo individuale), sia sulle aziende, che in alcuni Paesi sono un fulcro cruciale per iniziare molti dipendenti al volontariato già in età da lavoro (perché è più facile continuare ad essere volontari, che diventarlo solo in tarda età).

Passiamo ora ad esaminare il settore delle cure per la non autosufficienza, da sempre oggetto centrale di interesse per l'INRCA, data la sua mission, e che l'area socio-economica cui appartengo ha affrontato privilegiando la prospettiva dell'utente. Questo è testimoniato dai vari progetti da noi svolti nel settore dell'assistenza familiare all'anziano, di cui il più rilevante è stato certamente EUROFAMCARE, uno studio pioniere a livello europeo nel fotografare la situazione dei servizi di supporto alle famiglie impegnate nel sostegno ad anziani non autosufficienti, con risultati e messaggi molto chiari, che ora vediamo in dettaglio.

Il primo è che l'Italia appartiene a quei Paesi in cui tali sostegni alle famiglie sono meno diffusi, solo il 3-4% delle famiglie italiane dichiara di beneficiarne e questo accade non solo per la loro ridotta diffusione, ma anche per difficoltà legate alle procedure di accesso complicate, alla carenza di informazioni adeguate e all'esistenza di lunghe liste di attesa.

Per cui non stupisce che le famiglie indichino, come caratteristiche dei servizi che desidererebbero al di sopra di ogni altra cosa, che questi siano in primo luogo tempestivi, e in grado di assicurare un trattamento dignitoso e rispettoso dell'anziano cui sono rivolti.

Meno grave appare la situazione dei caregiver italiani rispetto alle controparti di altri Paesi riguardo alle restrizioni riportate nel cercare di conciliare attività assistenziale informale e lavoro retribuito (ad esempio dovendo ridurre l'orario di lavoro,

rinunciare alla carriera o altro). Grazie anche ad una normativa abbastanza avanzata in tal senso, il numero di coloro che lamenta questo tipo di problemi appare nel nostro Paese inferiore a quello riscontrato altrove anche se permane, non va dimenticato, una forte disuguaglianza di genere, in quanto sono soprattutto le donne a soffrire di questo tipo di restrizioni.

Questa nostra tradizionale attenzione alle cure informali permane anche quando ci spostiamo nel settore delle nuove tecnologie dove, oltre a svariate iniziative nel campo della robotica e degli ambienti intelligenti a sostegno della vita indipendente in età anziana, da tempo stiamo approfondendo il ruolo che possono svolgere le tecnologie della comunicazione ed informazione a favore dell'assistenza informale in famiglia.

Con il progetto INNOVAGE, in particolare, stiamo al momento sviluppando una piattaforma web multilingue, in collaborazione con Eurocarers (la federazione europea delle associazioni di carers informali), per fornire servizi di supporto in tutti i Paesi dell'Un. Europea, che sarà pronta per fine 2014.

Proprio questi giorni è partito un altro progetto, di durata triennale, nel quale queste nostre competenze saranno applicate nel settore della cura delle persone – prevalentemente anziane – colpite da malattie croniche multiple, al fine di promuovere le pratiche più efficaci.

La tecnologia da sola chiaramente non è sufficiente: ed è noto che uno degli approcci vincenti alle cure per la non autosufficienza è quello basato sulle cure domiciliari. Da qualche giorno è disponibile gratuitamente on-line uno studio, EURHOMAP, cui abbiamo contribuito, che illustra come in molti Paesi europei, compresa l'Italia, molto rimanga da fare in questo settore, soprattutto ora che la crisi economica ha ridotto le risorse disponibili, favorendo il ruolo del settore privato e accentuando l'esigenza di monitorare un livello accettabile di qualità delle cure erogate.

In un Paese come il nostro, non possiamo lasciare l'argomento senza aver fatto prima almeno un accenno alla questione delle assistenti famigliari, le cosiddette "badanti". Per farlo, partiamo da una considerazione: che chi assiste un anziano non autosufficiente in Italia nel 70% dei casi esclude di voler ricorrere al ricovero in istituto, un dato questo che ci accomuna ad altri Paesi del sud e dell'est europeo (rispetto al 10% in Svezia!). E siamo simili a questi Paesi anche nella convinzione – tipica di un approccio familista – che i figli adulti dovrebbero contribuire a pagare l'assistenza dei propri genitori, quando questi non sono in grado di coprirne i costi da soli. Questo fatto, assieme alla circostanza che il nostro Paese è uno di quelli in cui

maggiore è la quota di anziani che ricevono indennità ed assegni di cura, piuttosto che servizi – i beneficiari della sola indennità di accompagnamento arrivano ormai a superare il 13% degli ultrasessantacinquenni contribuisce a spiegare bene perché oggi da noi il fenomeno delle cure private degli anziani, cioè pagate direttamente dalle famiglie (utilizzando anche queste risorse), sia così diffuso rispetto ad altri Paesi.

Ora, com'è noto, la stragrande maggioranza di queste assistenti famigliari, quasi sempre anch'esse donne, è di origini straniere, le stime variano tra il 75 e il 90% di tutti i lavoratori del settore delle cure domestiche con un contributo che va a risolvere soprattutto le esigenze di conciliare compiti di cura ed impegni lavorativi di figli e nuore occupati, come accennavano prima assicurando, per lo meno è questa l'opinione prevalente, quel rispetto dell'anziano che sappiamo essere così importante agli occhi delle famiglie italiane.

In sintesi, possiamo pertanto dire che certamente il ricorso alle assistenti famigliari straniere rappresenta una grossa risorsa ed opportunità, per diversi motivi, ma non possiamo sottacere le sfide che esso comporta, in termini di qualità delle cure da parte di personale non sempre qualificato, di irregolarità rispetto al mercato del lavoro, di potenziali abusi da entrambe le parti, e di impatto nei paesi di origine delle stesse assistenti, che spesso lasciano genitori anziani e figli, che finiscono con il diventare loro stessi un peso per i sistemi di welfare di tali Paesi (il cosiddetto rischio di care drain).

L'accenno agli abusi ci collega ad un altro filone di studi che abbiamo da qualche anno avviato nel settore partendo dal progetto ABUEL, che ha accertato per la prima volta la diffusione del fenomeno delle violenze ed abusi a danno di persone anziane in 7 Paesi europei. Dai risultati emerge che apparentemente in Italia tale rischio risulta meno diffuso che altrove (sebbene l'ipotesi che abbiamo è che il fenomeno sia da noi più invisibile perché per molti è considerato un tabù anche il solo parlarne); emerge che si tratta spesso di aggressioni di tipo psicologico (un caso su 5), e molto più raramente di abusi finanziari, fisici o sessuali; che ne sono principalmente colpiti anziani disabili e poco istruiti; e che i perpetratori appartengono il più delle volte proprio alla cerchia famigliare.

Possiamo osservare anche visivamente quanto appena detto, qui vediamo la prevalenza tra le vittime di chi riceve una pensione di invalidità o un'indennità di accompagnamento qui l'elevata numerosità, sempre tra le vittime, di persone anziane con scarsa istruzione e qui, nel grafico in alto, la forte prevalenza di famigliari, amici e vicini tra gli autori di abuso psicologico, mentre notiamo (in basso) che l'abuso finanziario è più opera di esterni. Dalle conclusioni di questo studio – in particolare

dall'osservare che in Italia la denuncia di tali episodi appare particolarmente rara, soprattutto se sono coinvolti dei famigliari (della serie: i panni sporchi si lavano in famiglia) – è partita una riflessione sulla necessità di attivare interventi per sostenere e tutelare chi denuncia tali eventi, cosa che ha portato all'istituzione del servizio TAM TAM.

Di cosa si tratta? Di un numero verde, attivo ormai dal 2010, specificamente rivolto a raccogliere segnalazioni di episodi di maltrattamento e abuso a danno di persone anziane. E' basato sulla collaborazione tra l'INRCA e alcune organizzazioni di volontariato, ed agisce in raccordo con i servizi territoriali, a cui i casi segnalati devono poi fare necessariamente riferimento per trovare soluzioni concrete.

E questo ci porta al più recente sviluppo in questo settore, quello del sostegno alla solidarietà intergenerazionale legato al progetto Ri-Generiamoci, partito dalla constatazione che solo l'ascolto passivo delle chiamate pervenute al nostro telefono anti-abusi TAM TAM non ci avrebbe portato lontano nella prevenzione del fenomeno. Si è invece pensato che fosse più efficace attivare una ricerca-azione, un intervento mirato appunto a modificare i comportamenti delle persone. Sono stati coinvolti ragazzi delle scuole medie, associazioni di volontariato e servizi per anziani non autosufficienti, che hanno condiviso diverse esperienze comuni nel corso di quest'anno, dando ai ragazzi un esempio sia di invecchiamento attivo, tramite i volontari anziani, sia dell'importanza di stili di vita salutari a partire dalla giovane età, sia dell'importanza della solidarietà tra generazioni.

I risultati raggiunti ci confortano dell'impegno profuso in questo progetto sperimentale, che si concluderà tra due settimane: i ragazzi dimostrano oggi, dopo solo qualche mese di attività assieme, di avere una visione meno stereotipata e più realistica di quello che significhi essere anziano, sia come risorsa per la società, sia come opportunità di sviluppo individuale ed entrambi, ragazzi e anziani, hanno modificato molte delle proprie opinioni reciproche, passando da atteggiamenti iniziali caratterizzati da conflittualità e scetticismo a sentimenti di simpatia ed amicizia, riconoscendo, soprattutto, che molto possono fare gli uni per gli altri.

Chiudo questa mia lunga panoramica con alcune riflessioni che puntano a sottolineare alcuni elementi di base che i futuri studi sull'invecchiamento dovrebbero tener presente scomodando a tal fine i risultati del progetto Futurage, un'ambiziosa iniziativa nata con l'obiettivo di identificare una road map multidisciplinare per la ricerca europea sull'invecchiamento per il prossimo decennio, integrando i risultati di precedenti proposte con una consultazione a 360 gradi che ha coinvolto oltre 300 ricercatori e rappresentanti di organizzazioni non accademiche del settore,

provenienti da discipline assai diverse, dall'architettura alla geografia, passando per la genetica e la sociologia, tanto per citarne alcune, i quali, attraverso quattro gruppi di lavoro diversi hanno individuato alcuni principi fondanti che devono caratterizzare la ricerca futura sull'invecchiamento. La quale, attraverso investimenti adeguati, a livello europeo ma anche nazionale, in infrastrutture dedicate e nella formazione, dovrà assicurare un coinvolgimento necessario degli utenti, specie se anziani, in ogni studio che li riguardi, sin dal loro disegno iniziale; l'adozione di un approccio basato sull'intero ciclo della vita (e non solo sulla fase terminale dell'esistenza); la considerazione dell'ambiente circostante, ma anche delle diversità socio-culturali, in un'ottica di miglioramento delle relazioni intergenerazionali, e di trasferimento puntuale delle conoscenze acquisite, specie sul fronte tecnologico, con un sistematico orientamento multidisciplinare integrato.

Oltre a questi aspetti metodologico-infrastrutturali, sono state individuate anche alcune priorità contenutistiche, accomunate dall'obiettivo di promuovere l'invecchiamento attivo e raggruppate in 7 tematiche, di cui due, in particolare, interessano il nostro ambito, quella della inclusione e partecipazione socio-economica, e quella della protezione sociale. Per quanto riguarda la prima abbraccia aspetti come la lotta alle discriminazioni basate sull'età, l'educazione permanente, i fenomeni migratori, il superamento delle barriere digitali, la promozione della mobilità e accessibilità degli ambienti, ma anche aspetti come la spiritualità, il volontariato, il consumo di beni e servizi nonché una serie di criticità del mercato del lavoro. Per ognuno di questi ambiti sono stati individuati alcuni interrogativi urgenti su cui la futura ricerca è chiamata a fornire risposte e lo stesso è avvenuto per il settore della protezione sociale nell'ambito del quale aree chiave appaiono quella della sostenibilità dei sistemi di protezione ed assistenza socio-sanitaria, del miglioramento dell'accessibilità ai servizi, dell'efficienza ed efficacia degli interventi, del supporto all'assistenza informale, anche attraverso iniziative basate sulle nuove tecnologie, fino alla promozione della solidarietà e cooperazione tra le generazioni.

Un progetto che già oggi sta cercando di mettere in pratica in modo integrato questa mole di suggerimenti a valenza multidisciplinare è MOPACT, partito lo scorso mese, che mira a fornire dati empirici a sostegno della longevità attiva in modo da costruire un bagaglio di conoscenze comuni da cui dipartire per sviluppare politiche, beni e servizi nei vari Paesi europei e la varietà delle aree di intervento su cui il progetto si incentra testimoniano chiaramente lo sforzo olistico che lo caratterizza. Sperando di poter fruire quanto prima dei risultati che emergeranno concludo con la speranza di non avervi strapazzato troppo, e vi ringrazio per l'attenzione!

Gli autori

Laura Balbo

È una delle più importanti studiose italiane di sociologia, soprattutto per quanto riguarda il razzismo, l'urbanizzazione, le politiche familiari e lo Stato sociale. È nota per aver compiuto degli studi sui processi della razzializzazione/eticizzazione della società europea in previsione di un futuro mescolamento delle razze. Ha partecipato a numerosi gruppi di lavoro europei su questi temi; è presidente dell'International Association for the Study of Racism (Amsterdam), di Italia-Razzismo (Roma). Ricopre la carica condivisa con altre nove personalità della cultura, fra le quali Sergio Staino, Piergiorgio Odifreddi, Danilo Mainardi, di presidente onorario dell'Unione degli Atei e degli Agnostici Razionalisti. A livello politico è stata chiamata da Massimo D'Alema a svolgere l'incarico di Ministro per le Pari Opportunità nel periodo dal 1998 al 2000.

Duccio Demetrio

È un accademico e scrittore italiano, Professore ordinario dell'Università La Bicocca Milano. Le sue ricerche promuovono la scrittura di se stessi, sia per lo sviluppo del pensiero interiore e autoanalitico, sia come pratica filosofica e terapeutica. Ha fondato e dirige la rivista *Adultità* e la Libera Università dell'autobiografia di Anghiari in cui forma i consulenti delle pratiche della narrazione e dell'autobiografia guidata. È inoltre l'inventore dell'Archivio Diaristico di Pieve Santo Stefano che raccoglie i diari di persone comuni per tramandarli agli studiosi di scienze sociali e agli storici del futuro.

Giovanni Lamura

È ricercatore presso l'INRCA, Istituto Nazionale per il Riposo e la Cura degli Anziani, che da quasi 45 anni in quattro presidi ospedalieri,

una RSA, un Centro Diurno Alzheimer ed un polo scientifico tecnologico ad Ancona studia l'invecchiamento. Ha maturato esperienza in progetti internazionali di ricerca nei seguenti settori: cura della degli anziani; conciliazione delle responsabilità professionali e di cura; qualità della vita e benessere in età avanzata; prevenzione degli abusi e di abbandono; assistenza a lungo termine.

Anna Milione

È ricercatrice dell'IRPPS-CNR di Salerno. È autrice di diversi saggi e articoli sulle politiche sociali per i minori e le politiche educative. Ha curato con Oscar Nicolaus il volume Per un welfare dalla parte dei cittadini. Aspetti territoriali della domanda delle politiche sociali. Volume secondo, Carocci, Roma. Per la ricerca Memory: il laboratorio narrativo ha fatto parte dell'équipe realizzando l'indagine etnografica.

Tiziana Tesauro

È ricercatrice dell'IRPPS-CNR di Salerno. È autrice di diversi saggi e articoli sull'invecchiamento e le politiche sociali per gli anziani. In occasione dell' Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo ha ideato e diretto la ricerca Memory: il laboratorio narrativo realizzata dall'IRPPS-CNR e finanziata dal Comune di Napoli.

Paolo Zurla

Professore ordinario di Sociologia presso la Facoltà di Scienze Politiche "R. Ruffilli" di Forlì - Università di Bologna, e membro del Dipartimento di Sociologia e di Economia Giurisprudenza presso l'Università di Bologna. Dal 2011 al 2012 è stato Preside della Facoltà di Scienze Politiche "R. Ruffilli" - sede di Forlì.

A.R.I.S.

Associazione Ricerca Interventi Studi sull'invecchiamento

A.R.I.S. - Associazione Ricerca Interventi Studi è una associazione di promozione sociale, impegnata nel favorire l'invecchiamento attivo degli anziani e a far crescere il ruolo dei senior nella società.

Si propone di:

- Promuovere una nuova cultura della senescenza in grado di superare i vecchi stereotipi sulla vecchiaia; - Stimolare nei giovani e negli adulti lo sviluppo di condizioni ottimali per imparare ad invecchiare bene; - Contrastare ogni forma di esclusione sociale; Migliorare la qualità della vita; Valorizzare l'esperienza, le capacità, la creatività e le idee degli anziani; Sviluppare i rapporti di solidarietà e scambio con le generazioni più giovani.

La proposta associativa di A.R.I.S. è rivolta in maniera prioritaria agli anziani, ma è aperta alle relazioni di dialogo tra generazioni, nazionalità, culture diverse. A.R.I.S. non opera semplicemente per gli anziani, ma con gli anziani, per renderli protagonisti della soddisfazione dei loro bisogni.

A.R.I.S. è stata costituita nel 2004 ed è iscritta nel Registro Nazionale delle Associazioni di Promozione Sociale del Friuli Venezia Giulia con il numero 340. A.R.I.S. è fiancheggiata nella sua missione dall' Associazione di volontariato ARIS-VO, nata nel 2005. ARIS-VO ha lo scopo di fornire assistenza e sostegno a persone anziane che versano in situazioni di svantaggio fisico, psichico, economico, sociale o familiare.

Oggi A.R.I.S. conta più di 50 soci.

Per raggiungere i nostri obiettivi ci muoviamo su diversi piani:

Piano sociale : promuoviamo l'arte e la cultura attraverso l'organizzazione di mostre, rassegne cinematografiche, spettacoli teatrali ed altri eventi;

Prevenzione : in collaborazione con altre associazioni organizziamo conferenze su usi, costumi e tradizioni di un tempo, sull' invecchiare bene, su varie patologie tipiche della senescenza, in particolare sui vari tipi di demenza;

Piano scientifico : programiamo studi biomedici e psicologici atti ad approfondire le conoscenze sul processo di invecchiamento nella sua complessità e promuoviamo attività di ricerca in modo autonomo o in collaborazione con altre strutture o enti;

Piano formativo : organizziamo seminari e corsi di formazione, di base e avanzati, per gli operatori socio-sanitari appartenenti a diverse figure professionali, su aspetti fisiologici, psicologici e relazionali dell'essere anziano.

Inoltre A.R.I.S. vuole essere un'organizzazione che sia in grado di fungere da elemento di raccordo interdisciplinare tra le varie realtà che lavorano a favore dell'anziano e della sua famiglia.

Presidente

Furio Silvestri

Via del Monte 2, 34123 Trieste

Tel. & Fax. 040/774363

www.associazionearis.com

info@associazionearis.com

