



betaniainforma

periodico di informazione dell'Ospedale Evangelico Betania

N. 20 ANNOVI APRILE 2017

www.villabetania.org



EDITORIALE

Anziani in Salute!

di Luciano Cirica
Presidente Fondazione Evangelica Betania



Le sempre più favorevoli condizioni di sopravvivenza hanno fatto registrare nel tempo un incremento delle persone di 65 anni e più, che rappresentano ormai il 20,2% della popolazione italiana. Le nuove generazioni di anziani (per intenderci quelli nati dopo il 1946) arriveranno, inoltre, all'età anziana, in migliori condizioni dei loro padri. Ma gli anziani risultano comunque essere i maggiori utilizzatori delle risorse sanitarie. Per questo bisogna ripensare culturalmente e riconsiderare strutturalmente le prestazioni sanitarie e la loro modalità di erogazione. Occorre favorire pertanto l'integrazione tra prevenzione e cura da una parte e risposta ai bisogni sociosanitari dall'altra, con la consapevolezza che per risultare efficace un intervento sanitario necessita di un'adeguata continuità di cura ospedale-territorio e di risposta multidisciplinare dell'assistenza territoriale. "Il sistema sociosanitario - sta scritto sul sito del Ministero della Salute - deve predisporre adeguate modalità di intervento sia nei confronti dell'anziano che vive una sana vecchiaia, sia nell'approccio all'anziano con patologia, generalmente di natura cronico-degenerativa, sia nell'approccio all'anziano con fragilità, con l'obiettivo di ridurre al minimo gli esiti negativi ottimizzando il funzionamento delle capacità residue".

Ma che cosa si deve fare per favorire l'invecchiamento attivo della persona e per migliorare lo stato di salute e prevenire condizioni patologiche? Ecco alcuni suggerimenti:

prosegue a pag. 2

PRIMO PIANO

COME INVECCHIARE BENE

Intervista a Nicola Angelico Direttore U.O.S. Geriatria dell'Ospedale Evangelico Betania

Invecchiare bene è un privilegio che dipende per il 30% da fattori genetici ma per il 70% dal proprio stile di vita. L'alimentazione, l'attività fisica e mentale giocano un ruolo fondamentale. All'ospedale bisogna ricorrere il meno possibile o comunque solo in caso di patologie acute. Spesso l'ospedalizzazione provoca un declino irreversibile non solo nelle modificazioni dello stile di vita e della sua qualità, ma specialmente nella stato funzionale. L'invecchiamento, che non è una malattia, è una fase della vita da vivere pienamente attraverso la promozione della salute e l'educazione sanitaria, che allontana lo spettro della paura di ammalarsi. È bene conoscere i comportamenti che aiutano a valorizzare le capacità individuali per rispondere alle necessità di salute, sin da giovani. Essi passano sicuramente attraverso la consapevolezza di un atteggiamento nuovo nel rapporto con se stessi attraverso un modo razionale di alimentarsi, muoversi, utilizzare la memoria, affrontare problemi come l'affettività, il sonno, la respirazione e l'uso dei farmaci, come spiega Nicola Angelico, Geriatra, Dirigente del Pronto Soccorso e dell'U.O.S. di Geriatria dell'Ospedale Evangelico Betania.



prosegue alla pag. 3

L'ANZIANO TRA ETICA, MEDICINA, DIRITTO ED ECONOMIA

di Giovanni Napolitano
Biologo

In Italia negli ultimi sessant'anni gli ultra sessantacinquenni sono aumentati di circa il 150%, fino a raggiungere nel 2016 il 22% della popolazione complessiva. Le femmine anche nel nostro paese sono quantitativamente più dei maschi (in Italia si contano 93,8 uomini ogni 100 donne). Questa differenza di genere è dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione e alla maggiore speranza di vita delle donne. Contemporaneamente all'invecchiamento della popolazione si sta assistendo a radicali cambiamenti epidemiologici, che interessano innanzi tutto la medicina e di conseguenza l'assistenza sanitaria e la differente allocazione delle risorse finanziarie. Questi cam-

bamenti epidemiologici possono così riassumersi: l'allungamento della vita coincide con la progressiva prevalenza delle malattie cronico-degenerative (patologie cardio-vascolari, tumori, diabete, osteoporosi, demenze) rispetto alle malattie infettive che invece erano prevalenti fino alla prima metà del XX secolo.



prosegue a pag. 5

all'interno:

LA CARTA DEI DIRITTI DELL'ANZIANO



p.5

IL LEGAME CONTINUA



I progetti realizzati grazie ai contributi del 5xmille

p.8

EDITORIALE

segue da pag. 1

- 1) Scoprire precocemente eventuali malattie, con esami periodici consigliati dal proprio medico (esempio: controllo del sangue e della pressione arteriosa, elettrocardiogramma anche sotto sforzo per conoscere il rischio d'infarto; la mammografia nella donna per il tumore alla mammella; il pap-test nella donna per valutare anomalie del collo dell'utero; il PSA nell'uomo, un esame del sangue per individuare precocemente il tumore alla prostata; la MOC per individuare l'osteoporosi; l'esame del fondo oculare per scoprire danni vascolari; la valutazione della funzione tiroidea, la tiroide regola il metabolismo e spesso negli anziani non funziona bene; la ricerca di sangue occulto nelle feci, per scoprire precocemente un tumore intestinale; la valutazione della quantità di vitamina B12, importantissima nell'anziano per la salute del sistema nervoso)
- 2) Importanza fondamentale è la familiarità delle patologie, ovvero indagare sulle patologie dei genitori e regolarsi di conseguenza, su indicazione del medico, sugli esami da tenere particolarmente d'occhio
- 3) Seguire una alimentazione corretta e non eccessiva, evitando un eccesso di grassi
- 4) Mangiare poco e bene: meno cibo allunga la vita
- 5) Poco zucchero ed evitare gli sbalzi di glicemia (no agli zuccheri fuori pasto)
- 6) Evitare gli eccessi di sale
- 7) Bere molta acqua, ma anche un buon bicchiere di vino rosso a pasto e 3-4 caffè al giorno (Alla Loma Linda University in California - hanno scoperto che gli uomini che bevono due litri di acqua al giorno riducono del 54% i rischi di morire di infarto rispetto a quelli che si fermano a mezzo litro al giorno)
- 8) Fare esercizio fisico ed effettuare sport
- 9) Dormire a sufficienza: chi dorme poco o male invecchia prima
- 10) Evitare di fumare, di bere alcool e le lunghe esposizioni al sole
- 11) Mantenere attivo il cervello, "nutrire" la mente con nuove conoscenze e ricercare emozioni (poesia, filosofia, amore, viaggi, impegno sociale, etc.)
- 12) Vivere relazioni sociali "intense", con amici e famiglia
- 13) Curare il proprio aspetto fisico, in particolare denti e le gengive, perché le infezioni dentarie possono incidere sulla lunghezza della vita
- 14) Essere ottimisti, riderci sopra, ridurre lo stress: gli ottimisti possono vivere 7 anni in più rispetto ai pessimisti!



Benessere nella terza età

ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA

di M. Robert Rice
Nutrizionista

Secundo la rivoluzione demografica in atto, nel 2000, nel mondo c'erano circa 600 milioni di persone con più di 60 anni; nel 2025 se ne prevedono 1,2 miliardi e 2 miliardi nel 2050. Sebbene il rischio di malattie aumenti con l'età, i problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento.

Per molte patologie sono oramai note misure preventive efficaci come l'adozione di un sano stile di vita e le indagini cliniche per la diagnosi precoce, che contribuiscono a migliorare la salute nella terza età; mentre il mantenimento di relazioni sociali e di un'attività fisica continuativa contribuiscono a contrastare i sintomi depressivi.

L'invecchiamento della popolazione è un dato da non sottovalutare: se la popolazione over 60 aumenta, è necessario adottare tutte quelle azioni necessarie a garantire un'elevata qualità della vita che si mantenga nel tempo. È importante pertanto adottare uno stile di vita sano, che include una regolare attività fisica e una sana alimentazione, che dovrebbe avere inizio già durante l'età giovanile e continuare per tutta la vita.

Nelle persone anziane l'attività fisica favorisce la conservazione della massa proteica e ritarda il processo di invecchiamento. Basta spendere circa 300kcal al giorno in attività di intensità medio-bassa, quale può essere una camminata di circa 30 minuti.

Un'alimentazione sana ed equilibrata negli over 60 riduce il rischio di contrarre malattie, anche gravi, dona benessere e aiuta ad evitare o rallentare l'invecchiamento precoce.

Il modello nutrizionale cui fare riferimento è quello della dieta mediterranea, che però nell'over 60 prevede delle integrazioni.

In particolare, occorre fare molta attenzione al consumo:

- di acqua, che deve mantenersi, malgrado la fisiologica riduzione del senso di sete, intorno a 1,5 lt. al giorno;
- di alimenti che fanno parte del gruppo alimentare dei cereali (pane, pasta, riso, farro, orzo...), che dovrebbero essere presenti in ogni pasto principale (colazione, pranzo e cena), suddivisi in 4-5 porzioni al giorno;
- di frutta e di verdura, la cui scelta deve ricadere sui prodotti di stagione, e che deve essere consumata in 4-5 porzioni al giorno;
- giornaliero di due porzioni di alimenti del gruppo "carne, pesce e uova" e in alternativa al consumo di legumi 2/3 volte a settimana combinandoli con i cereali nel primo piatto;
- giornaliero di olio extravergine d'oliva, da preferire agli altri grassi di condimento (burro, margarina, etc.), nei due pasti principali (pranzo e cena).

Tale modello dovrebbe, peraltro, essere adottato anche nei soggetti anziani che presentino difficoltà nella capacità masticatoria a causa di una parziale o totale edentulia (assenza parziale o totale dei denti). L'edentulismo è, difatti, considerato come uno dei più frequenti fattori di rischio nutrizionale, in quanto i soggetti affetti da que-



sta problematica eliminano tutti gli alimenti che non sono in grado di masticare con facilità (carne, frutta, verdura, etc.), privilegiando alimenti di consistenza più morbida (minestre, latticini, etc.) a scapito del necessario fabbisogno giornaliero.

UN'ALIMENTAZIONE SANA ED EQUILIBRATA NEGLI OVER 60 RIDUCE IL RISCHIO DI CONTRARRE MALATTIE, ANCHE GRAVI, DONA BENESSERE E AIUTA AD EVITARE O RALLENTARE L'INVECCHIAMENTO PRECOCE

Occorrerà, pertanto, fare molta attenzione al consumo:

- di latticini, formaggi freschi e grattugiati se tollerati;
- pane e cereali, con l'accorgimento di consumare pane morbido (all'olio) e pasta ben cotta;
- minestre con verdure, con l'accorgimento che le verdure siano ben cotte;
- carni e sostituti, con l'accorgimento di utilizzare carni tenere da tagliare a piccoli pezzi, od omogeneizzare, o frullare;
- pesci, tutti eccetto molluschi e crostacei;
- uova;
- legumi tutti, con l'accorgimento di frullarli e/o passarli;
- verdure e ortaggi, con l'accorgimento di cuocerli bene;
- frutta, con l'accorgimento di cuocerla o frullarla;
- dolci, con l'accorgimento di evitare dessert che debbano essere masticati (gelatine dure, caramelle, etc.).

Naturalmente, l'alimentazione deve essere modellata sulla persona, valutando la presenza o meno di eventuali patologie associate, ragion per cui è sempre consigliabile effettuare una valutazione alimentare/nutrizionale, prima di sottoporsi ad un qualsivoglia modello nutrizionale.

betaniainforma

periodico di informazione
dell'Ospedale Evangelico Betania

Proprietario e editore:

Fondazione Evangelica Betania

80147 Napoli, Via Argine, 604

mail: amministrazione@villabetania.org

Direttore: Luciano Cirica

Redazione:

Pasquale Accardo, Salvatore Cortini, Rosa Giannatiempo, Giovanni Napolitano, Assia Piccolo, Vincenzo Polverino, Antonio Maria Salzano, Antonio Sciambra, Marianna Stingone, Cordelia Vitiello, Patrizio Magliozzi, Angelo Cecere, Vittorio di Maio, Ernesto Claar, Francesco Messina, Gennaro Guerra, Giacomo Negri, Emanuela Riccio

Consulenza editoriale e redazionale:
Npr BRANDMAKER

Progetto grafico e impaginazione:
Golden Agency, Napoli

Stampa:
Russo Group, Volia (Napoli)

pubblicazione gratuita

Ospedale Evangelico Betania

Comitato Direttivo

PRESIDENTE

dott. Luciano Cirica

VICE PRESIDENTE

dott.ssa Cordelia Vitiello

TESORIERE

pastore Vincenzo Cicchetto

SEGRETARIO

pastore Leonardo Magri

CONSIGLIERE

dott.ssa Velica Cocca

Collegio dei Revisori

PRESIDENTE

dott. Nicola Treves

MEMBRI EFFETTIVI

ing. Paolo Olivieri
sig. Vincenzo Ermetto

Direzione

DIREZIONE GENERALE

Dott. Pasquale Accardo

DIREZIONE SANITARIA

Dott. Antonio Sciambra

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Dott. Paolo Morra

COME INVECCHIARE BENE

Intervista a Nicola Angelico
Direttore U.O.S. Geriatria dell'Ospedale Evangelico Betania



Qual è il segreto per invecchiare bene?

Seguire un corretto stile di vita. Non possiamo fermare l'invecchiamento, ma possiamo rallentarlo seguendo alcune semplici regole. Uno dei modi per combattere l'invecchiamento precoce è quello di ridurre il più possibile lo stress ossidativo, cioè quello prodotto dai radicali liberi. In condizioni fisiologiche normali, infatti, vi è uno stato di equilibrio tra la produzione endogena di radicali liberi e la loro neutralizzazione da parte dei meccanismi antiossidanti dell'organismo. Quando invece prevale la produzione di radicali liberi si viene a determinare un danno che, a lungo andare, procura una progressiva usura di corpo e di mente. Il cuore, il cervello, i polmoni, i reni, il sistema immunitario e gli altri apparati riducono la capacità di mantenere l'equilibrio interno (omeostasi) di fronte alle sollecitazioni esterne con conseguente maggiore vulnerabilità verso le cause di malattia. Un gruppo di scienziati spagnoli ha elaborato un test capace di predire quanto vivremo. È un semplice esame del sangue che misura la lunghezza dei Telomeri, ossia la lunghezza della porzione di DNA posta alla fine dei cromosomi che li protegge dai danni. I Telomeri sono considerati indicatori della velocità di invecchiamento, più lunghi saranno e più longevi saremo noi. L'esito dell'analisi potrebbe rappresentare uno stimolo per inaugurare uno stile di vita sano che contribuirebbe ad aumentare l'attività della telomerasi, l'enzima che ripara i telomeri.

Una buona vecchiaia, dunque, comincia da giovani. Quali sono gli aspetti da tenere sotto controllo?

Per iniziare ad invecchiare bene da giovani bisogna riconsiderare il rapporto con se stessi attraverso un modo razionale di alimentarsi, muoversi, utilizzare la memoria, affrontare problemi come l'affettività, il sonno, la respirazione e l'uso dei farmaci. L'invecchiamento non è una malattia ma una fase della vita da vivere pienamente attraverso la promozione della salute e l'educazione sanitaria che allontana lo spettro della paura di ammalarsi. Un ruolo fondamentale, oramai accertato scientificamente, lo giocano l'alimentazione e l'attività fisica che, nell'anziano, sono in grado di prolungare la sopravvivenza ed influenzare positivamente la storia naturale di patologie quali la cardiopatia ischemica, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito e l'osteoporosi. Nessuno è troppo anziano per non aver benefici da una sana alimentazione e un'attività fisica regolare. L'abbandono della sedentarietà, consigliabile ad ogni età, è particolarmente vantaggioso proprio per chi è a maggior rischio non solo di temibili malattie in grado di ridurre l'aspettativa di vita ma anche di una compromissione della propria autonomia e della qualità di vita. Muoversi di più, anche se con gradualità, misura e prudenza, può essere un modo per gustare maggiormente la vita e per affrontare con vitalità, energia e buon senso, le sfide immanicabili dell'esistenza quotidiana. Se spinta al-

l'estremo l'inattività porta alla comparsa della sindrome ipocinetica che, lasciata a se stessa, può giungere a compromettere la sopravvivenza.

Qual è il motivo più frequente per cui un anziano ricorre all'ospedale?

Le patologie cardiovascolari (angina, scompenso cardiaco), innanzitutto; quelle dell'apparato respiratorio (riacutizzazione di bronchite cronica, asma bronchiale, polmonite); i tumori e le malattie neurologiche. Per esse è difficile immaginare un trattamento extra-ospedaliero. Il ricovero rimane indispensabile anche quando la criticità del paziente impone cure intensive non gestibili al domicilio, sia perché si richiedono interventi di diagnostica strumentale, sia perché è necessaria la presenza costante dei sanitari, motivata da una possibile rapida e mutevole evoluzione del quadro clinico che comporta scelte terapeutiche immediate. Negli altri casi è meglio evitare l'ospedale, che è il peggior nemico dell'anziano! Spesso l'ospe-



dalizzazione provoca un declino irreversibile non solo nelle modificazioni dello stile di vita e della sua qualità, ma specialmente nello stato funzionale. Le persone anziane ospedalizzate alla dimissione presentano livelli di autosufficienza peggiore rispetto all'ingresso.

L'alimentazione, dunque, è uno dei fattori strategici per un buon invecchiamento.

Qual è la migliore dieta da seguire?

Con l'avanzare dell'età il corpo consuma sempre meno e, dunque, ha bisogno di una quantità minore di calorie, soprattutto quelle che derivano dai grassi. L'alimentazione influisce molto su una buona circolazione del sangue, uno dei più importanti segreti della longevità. È consigliato escludere il più possibile dalla propria alimentazione i cibi e le bibite confezionati (ricchi di conservanti, zucchero e sale). È fondamentale, invece, l'utilizzo costante e vario di frutta e verdura, che contengono le principali sostanze antiossidanti. La nutraceutica, la scienza che studia le proprietà medicinali degli alimenti, indica che la gran parte degli antiossidanti si trova nei prodotti vegetali; si tratta principalmente di polifenoli (come catechina, isoflavoni, resveratrolo), carotenoidi (come licopene e luteina), vitamine (A, C ed E). Quindi largo uso nella dieta quotidiana ad



arance, carote, uva nera e rossa (la buccia contiene resveratrolo), rosa canina, pomodoro (non ripulire la parte gelatinosa e i

Con l'avanzare dell'età il corpo consuma sempre meno e, dunque, ha bisogno di una quantità minore di calorie, soprattutto quelle che derivano dai grassi. L'alimentazione influisce molto su una buona circolazione del sangue, uno dei più importanti segreti della longevità.

semi), ananas, limone, insalate, germogli, germe di grano, ortica, melograno (ancora più ricco di antiossidanti e resveratrolo del vino), prezzemolo, finocchio, cetriolo, melone, pomodori maturi (quantità significative di licopene; la biodisponibilità aumenta cuocendo brevemente i pomodori o condendoli con olio di oliva), zucca, spinaci, broccoli, mango, papaia, albicocche, mirtillo, fragola, pompelmo, cavolfiore, tè verde. Chi

mangia poco e bene vive di più. Mangiare poco non significa privarsi del necessario e concedersi, talvolta, anche il superfluo. Nella nostra società industrializzata, invece, si esagera con il cibo. È da ricordare che la digestione del cibo aumenta i radicali liberi, quindi meno cibo meno ossidazione. Mangiare troppo fa invecchiare prima. È molto importante contrastare il sovrappeso!

Quali sono i problemi per la sanità legati all'aumento dell'età media?

Secondo il Rapporto "Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana" del Ministero della Salute la popolazione anziana oggi in Italia determina il 37-40% dei ricoveri ospedalieri ordinari ed il 49% delle giornate di degenza dei relativi costi stimati. Praticamente quasi la metà dell'attività sanitaria è occupata dall'assistenza agli anziani. La sfida è di ospedalizzare il meno possibile gli anziani. Sebbene il rischio di malattia aumenta con l'età i problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. Infatti se per molte patologie non si conoscono misure preventive ed efficaci per altre, invece, già sono note. Fra queste oltre l'adozione di un sano stile di vita, di una regolare attività fisica, di una sana alimentazione ci sono le misure di prevenzione che includono indagini cliniche per la diagnosi precoce come nel caso di screening per il tumore del seno, della cervice uterina, del colon retto, del diabete e della depressione.

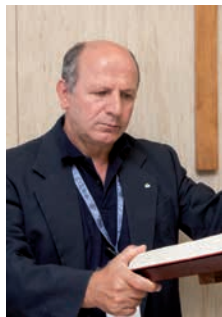
► L'Italia è il Paese con l'indice di invecchiamento più alto d'Europa. Ogni 100 persone in età lavorativa ce ne sono 33,1 oltre i 65 anni.

► In Campania, una delle regioni più giovani d'Italia, gli over 65 hanno superato gli under 14 e a fine 2016 sono 1.045.000

«INVERITÀ, INVERITÀ TI DICO CHE QUAND'ERI PIÙ GIOVANE, TI CINGEVI DA SOLO E ANDAVI DOVE VOLEVI; MA QUANDO SARAI VECCHIO, STENDERAI LE TUE MANI E UN ALTRO TI CINGERÀ E TI CONDURRÀ DOVE NON VORRESTI» (GV. 21, 18)

di Vincenzo Polverino
Cappellano

Questo numero di Betania forma è dedicato alla figura e alle problematiche dell'anziano. Quello degli anziani è un tema complesso in tutto il mondo. Innanzitutto un dato statistico: nel 1950 la popolazione anziana nel mondo era l'8%, nel 2050 raggiungerà il 21%, oltre due miliardi di anziani. Per la prima volta nella storia del genere umano, il numero dei senior supererà quello dei minori ed entreranno così nella "società anziana". Ciò accadrà anche grazie ad una alimentazione sana e a cure mediche adeguate – per chi potrà permetterselo. In un futuro prossimo avremo generazioni di persone che vivranno sempre più a lungo; al momento l'età media è di 79 anni. Numerosissimi studi compiuti sul benessere emotivo degli anziani hanno evidenziato in modo plausibile come una



buona salute e un discreto reddito siano più importanti per il benessere emotivo degli anziani che non dei giovani. Ciononostante, lo status di anziano fa alquanto paura: pensioni basse, affitti e bollette

della crisi economica quanto gli anziani. Assistiamo a una lenta ed inesorabile discesa verso la povertà estrema, tanto da porre seri problemi allo stato sociale e agli aspetti pensionistici, infatti si parla degli anziani come dei nuovi bisognosi, costituendo un reale problema, un "fardello" per la società. Cosa che non corrisponde alla verità. Al contrario, essi sono una evidente risorsa, hanno tempo, una buona dose di saggezza ed esperienza, sono fuori da meccanismi competitivi, individui mediamente più liberi e più generosi degli altri. Sono anche portatori di valori, "profeti della compagnia" e della gratuità, sanno costruire attorno a sé spazi di attenzione, ascolto e relazione (Marco Impagliazzo). Indubbiamente l'anziano, oberto collo, sperimenta perdite e lutti spesso insostituibili, come la morte del coniuge o di altre persone care; il pensionamento, la perdita di ruolo, di vigore fisico e di autonomia. Questi fattori possono indubbiamente produrre marcate conseguenze emotive, come l'angoscia, la paura, l'isolamento e la depressione; tuttavia, l'anziano



può riuscire a superare o ad attenuare l'entità di queste esperienze negative tramite la ricerca di nuove relazioni interpersonali significative.

Riguardo alla morte, al contrario di ciò che si crede, non è tant'essa a spaventarla, ma timori più grandi, quanto possono esserlo la malattia, la sofferenza, l'abbandono, il disprezzo da parte di persone con cui ha sempre vissuto, o peggio - a conclusione di tanta fatica - di ritrovarsi "sistemato" in una casa di riposo, col reale rischio d'es-

Numerosi studi hanno evidenziato in modo plausibile come una buona salute e un discreto reddito siano più importanti per il benessere emotivo degli anziani che non dei giovani

INVECCHIAMENTO E SALUTE

di Serena Ripa e Denise Leandri
Tirocinanti Istituto di psicoterapia relazionale

Il progressivo allungamento della vita media pone la società nella condizione di riflettere sulla terza età e sulle necessità della crescente popolazione anziana. Al contempo ciò mette in crisi le strutture socio-sanitarie e le figure correlate nonché in generale l'assistenza alla persona anziana. Sebbene la vecchiaia non coincida con la malattia, il ricorso ai servizi sanitari è maggiore durante

tale periodo, dato l'aumento del rischio di patologie, in particolare di quelle cronico-degenerative. Come emerge dallo Studio ILSA del CNR-Sezione Invecchiamento dell'Università di Padova "l'anziano italiano è il più depresso d'Europa e proprio perché depresso va incontro più facilmente all'infarto anche se non fuma, mangia bene e cammina" e questi aspetti pongono anche la psicologia di fronte alla necessità di riflet-

tere sulla terza età in modo sistemico. Con il pensionamento si ha, infatti, la sostituzione del proprio centro di interesse dalla produttività all'utilizzo del tempo libero: per molti questo passaggio è connotato in modo positivo, come una sorta di traguardo personale in cui sfruttare la possibilità di riposarsi, di dedicarsi alla famiglia. Per altri significa, invece, la perdita della stima di sé e dell'identità personale legata oggi al "potere" lavorativo, la perdita di uno status sociale riconosciuto. Questi aspetti possono condurre ad un impoverimento del tono dell'umore, a stati d'ansia crescenti che coinvolgono naturalmente il fisico, più suscettibile allo sviluppo di patologie. In una prospettiva sistemica in cui si considerano legati mente e corpo, in cui si prova a tenere insieme i differenti aspetti della persona e dei sistemi in cui è inserita, si considera la terza età con le sue peculiarità, le sue necessità cui approcciare tenendo presente la complessità di ogni essere umano: per promuovere il benessere dell'anziano, l'intervento medico, psicologico, psicoterapeutico non può prescindere da questa complessità.



sere abbandonato, costretto ad attendere "la sorella morte" che tutto risolve. Quanto affermo, lungi dall'essere un frettoloso giudizio, è il risultato di un servizio pastorale che da una decina d'anni svolgo presso una casa di riposo di Avellino. Gli incontri, inizialmente indirizzati esclusivamente ad un'anziana sorella in Cristo, si sono via via inevitabilmente allargati a vari ospiti. Dunque, lo vediamo quotidianamente coi nostri occhi, diventare vecchi è dipendenza e soggezione a tutto e tutti, che non risparmia nessuno, neppure le donne e gli uomini di Dio.

Il salmista, e non solo, ma la Scrittura tutta, descrivono con realismo il decadimento biologico: «Sono diventato arido come un coccio, si sono consumate le mie ossa, svanito il mio vigore come da arsura estiva» (Sl 32,3) oppure l'incipit evangelico: «Ma quando sarai vecchio, stenderai le tue mani e un altro ti condurrà dove non vorresti». Lungi dal volerci sconsigliare, la Scrittura ci suggerisce una lettura disincantata della figura della persona anziana. La vecchiaia è solo deformità e bruttezza?

Absolutamente no! Perché: «Quelli che sono piantati nella casa dell'Eterno porteranno ancora frutto nella vecchiaia». È stato detto: La vecchiaia non è così male dopotutto, se si considerano le alternative. (M. Chevalier). Gesù infatti, per amor nostro, ne è stato privato.

L'ANZIANO TRA ETICA, MEDICINA, DIRITTO ED ECONOMIA

di Giovanni Napolitano
Biologo

L'allungamento della vita coincide con la progressiva prevalenza delle malattie cronico-degenerative (patologie cardio-vascolari, tumori, diabete, osteoporosi, demenze) rispetto alle malattie infettive che invece erano prevalenti fino alla prima metà del XX secolo.

Questa situazione si accompagna a due altri aspetti tipici dell'invecchiamento della popolazione: l'aumento della comorbidità o polipatologia (cioè più patologie nella stessa persona), e della disabilità, misurata come attività comuni del vivere quotidiano e cioè l'essere autonomi nel controllo degli sfinteri, nel lavarsi, nel vestirsi, nello spostarsi all'interno della casa, nell'alimentarsi e nell'avere cura della propria persona.

Questo aumento non è però tale da portare a uno stato di salute scadente tutte le persone molto anziane: anche tra gli ultra

Non si può ragionare in termini meramente demografici ed economici sull'invecchiamento della popolazione e relative conseguenze per i bilanci pubblici e privati, senza considerare la condizione di pari dignità dei cittadini.

ottantenni, vi è sempre una percentuale di soggetti - dal 5% a oltre il 20% - che è priva di malattie importanti ed è perfettamente autonoma.

Nel dibattito bioetico contemporaneo, il tema dell'invecchiamento viene prevalentemente considerato secondo due ottiche: un'ottica medica (la vecchiaia viene interpretata come quel periodo della vita in cui più alta è la probabilità di dover ricorrere a terapie e a trattamenti medici); e un'ottica di etica pubblica (la vecchiaia viene esaminata nella prospettiva dell'equità nella distribuzione delle risorse medico-sanitarie disponibili in un dato contesto sociale). Le due ottiche, per quanto importanti, offrono una comprensione parziale, e forse riduttiva, dell'esperienza dell'invecchiamento. Esse trascurano gli aspetti psicologici e socio-culturali relativi al significato dell'età anziana e la questione delle relazioni, in particolare comunicative, tra le generazioni. Non affrontano adeguatamente il problema cruciale del senso dell'invecchiamento nella vita individuale come nell'esistenza collettiva.

Non si può ragionare in termini meramente demografici ed economici sull'invecchiamento della popolazione e relative conseguenze per i bilanci pubblici e privati, senza considerare la condizione di pari dignità dei cittadini, indipendentemente dall'età, dalle condizioni di salute in cui essi



versano e dall'apporto che essi sono capaci di dare con la loro "presenza" al benessere globale della società. Pari dignità significa anche diritti, e cioè quel sostegno che la comunità - in base al "patto sociale di cittadinanza" - è giusto che assicuri con la maggiore ampiezza redistributiva possibile anche a chi ha contribuito al benessere collettivo nel passato e continua, in qualche misura, a fornire nel presente. Comunità che ha tra l'altro tra i suoi doveri anche quello di guardare all'anziano con la mente sgombra da falsi e pericolosi luoghi comuni e stereotipi.

L'invecchiamento oggi costituisce un fenomeno che ha caratteristiche peculiari almeno sotto tre profili:

- la dimensione quantitativa (si parla di una struttura della popolazione che, in prospettiva, potrebbe addirittura essere dominata da anziani);
- il prolungamento della vita e il parallelo aumento della non autonomia (o non autosufficienza), generatrici di situazioni di dipendenza che richiedono interventi di assistenza sanitaria crescenti;
- il diverso modo di organizzare e di vivere il tempo rispetto al lavoro, alla formazione della famiglia, nonché un nuovo sistema di diritti e di doveri che influenzano notevolmente il cambiamento culturale.

I maggiori problemi, anche di interesse bioetico, riguardano gli anziani ai limiti dell'autosufficienza o non autosufficienti, i cosiddetti anziani fragili, soprattutto ove manchino il supporto della famiglia e sussistano condizioni economiche precarie. Nel nostro Paese l'equazione secondo la quale l'anziano è di per sé stesso assimilabile al malato o all'invalido non sembra pienamente superata, almeno sotto il profilo strettamente psicologico. È prevalente l'idea che ritiene le malattie del vecchio conseguenza dell'invecchiamento e spesso destinate a evolvere fatalmente. Di conseguenza la trascuratezza e l'ignoranza portano a confondere l'incedere della vecchiaia con patologie ancora trattabili che, se non diagnosticate e curate, possono essere responsabili della perdita dell'autosufficienza e di costi sociali e umani elevatissimi.

Esistono una vita e un invecchiamento per ogni singola persona. Assumono un'importante rilievo, in questa fase della vita, l'ambiente familiare, quello sociale e assistenziale, le componenti affettive e motivazionali. La vita vissuta e la vita che si sta vivendo possono condizionare le ulteriori capacità di crescere senza limiti fino all'ultimo istante come dimostrano la storia dell'arte, la letteratura, la scienza, ma anche la quotidianità dell'individuo che può trovare in sé stesso proprio nella parte ultima della vita la forza per "l'ultima pennellata... quella che dà più luce e dà forse il senso finale al quadro".

Ricordiamo inoltre che ci sono altre situazioni in cui la persona anziana può venire a trovarsi e che sono la solitudine, l'abbandono, i maltrattamenti.

Come nel passato si sono individuati i diritti del minore, è bene parlare oggi dei diritti dell'anziano, interpretando le intenzioni dell'art.25 della Carta Europea dei Diritti dell'uomo in cui "l'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente" e per la prima volta si riconosce il diritto dell'anziano come soggetto, come individuo investito di una legittimazione propria. Questo diritto deriva dal fatto di essere anziano perché si reputa che la persona si trovi in una fase della sua vita biologica nella quale può versare in condizioni di minore capacità di autotutela essendo esposta a maggiori rischi. Per questa ragione i suoi diritti devono essere protetti, riconosciuti e soddisfatti.

Si può riassumere il contesto di questi diritti nelle seguenti proposizioni:

- l'anziano è persona e come tale va rispettato;
- l'anziano ha diritto e dovere di promuovere le proprie risorse umane e in particolare spirituali;
- la società ha il dovere etico di facilitare la promozione della dignità di vita della persona anziana;
- l'anziano ha diritto di essere trattato secondo i principi di equità e giustizia, indipendentemente dal suo grado di autonomia e di salute.

In conclusione proponiamo la Carta dei diritti dell'anziano. Nel 1995 l'Ente Italiano di

Servizio Sociale ha redatto una carta dei diritti dell'anziano formulata non solo per indicare rivendicazioni e istanze, ma mira soprattutto, con la mobilitazione solidistica al reinserimento integrale dell'anziano nella società.

CARTA DEI DIRITTI DELL'ANZIANO

(Ente Italiano di Servizio Sociale, 1995)

Art. 1 Diritto degli anziani ad accedere alla "qualità totale" del vivere umano in cui consiste la sostanza del bene comune

Art. 2 Diritto al mantenimento delle condizioni personali dell'anziano al più alto grado possibile di autosufficienza sul piano mentale, psichico e fisico

Art. 3 Diritto alle cure preventive e riabilitative di primo, secondo e terzo grado

Art. 4 Diritto a ottenere gratuitamente le cure e gli strumenti necessari a restare in comunicazione con l'ambiente sociale e a evitare il degrado fisico e psichico: protesi acustiche e dentarie, occhiali e altri sussidi atti a conservare la funzionalità e il decoro della propria persona

Art. 5 Diritto a vivere in un ambiente familiare e accogliente

Art. 6 Diritto a essere accolti nei luoghi di ricovero alloggiativi od ospedalieri da tutto il personale, compresi i quadri dirigenti, con atteggiamenti cortesi, premurosi, umanamente rispettosi della dignità della persona umana

Art. 7 Diritto degli anziani a essere rispettati ovunque nella loro identità personale e a non essere offesi nel loro senso di pudicizia, salvaguardando la loro intimità personale

Art. 8 Diritto ad avere garantito un reddito che consenta non solo la mera sopravvivenza, ma la prosecuzione di una vita sociale normale, integrata nel proprio contesto e in esso il diritto all'autodeterminazione e all'autopromozione

Art. 9 Diritto a che le potenzialità, le risorse e le esperienze personali degli anziani vengano valorizzate e impiegate a vantaggio del bene comune

Art. 10 Diritto a che lo Stato - con il generoso apporto del volontariato e la paritaria collaborazione del settore non-profit - predisponga nuovi servizi informativo-culturali e strutture atte a favorire l'apprendimento di nuove acquisizioni mirate a mantenere gli anziani attivi e protagonisti della loro vita, nonché partecipi dello sviluppo civile della comunità.



FEGATO GRASSO, IL KILLER SILENZIOSO DEL III MILLENNIO

di Ernesto Claar
Epatologo

È conosciuta come "fegato grasso" quella che in gergo tecnico si chiama malattia epatica steatosica non alcolica o NAFLD dall'acronimo della denominazione anglosassone non-alcoholic fatty liver disease.

La definizione quasi bonaria, che evoca l'immagine di un organo un po' appesantito da un eccessivo accumulo di tessuto adiposo, si riferisce in realtà ad una vera e propria malattia che sembra destinata a dominare le scene dell'epatologia mondiale per i prossimi decenni. Se infatti le malattie croniche di fegato causate dai virus epatitici B e C sembrano ormai destinate a declinare progressivamente nel tempo, diametralmente opposte sono le attese per la malattia epatica da fegato grasso, con un incremento di incidenza negli USA negli ultimi 17 anni da 48,6 a 328,1 casi per 100.000 abitanti all'anno. In Italia si stima che circa il 25% degli adulti e il 10% dei bambini sono affetti da NAFLD anche se le stime sulla popolazione USA risultano più preoccupanti con una prevalenza del 35% raggiungendo nei soggetti obesi e diabetici picchi di addirittura il 63%. Sono numeri impressionanti e, se si considera che obesità e diabete sono destinati purtroppo ad aumentare nei prossimi anni, anche in virtù del progressivo invecchiamento della popolazione, non sembra eccessivo definire il fegato grasso l'epidemia del III millennio.

Sono ormai allarmistici gli appelli che arrivano dalle organizzazioni mondiali deputate al controllo dello stato di salute della popolazione generale, come l'Organizzazione



Mondiale per la Sanità soprattutto in considerazione del fatto che la prolungata presenza di grasso nel fegato può portare a conseguenze invalidanti o letali come la cirrosi epatica o addirittura l'epatocarcinoma. In linea generale la forma più lieve della NAFLD, cioè il semplice accumulo di grasso del fegato non accompagnato da alterazioni degli esami del sangue, ha un decorso benigno con un rischio trascurabile di progredire a stadi più avanzati della malattia. Tuttavia, se non adeguatamente trattata, nel giro di circa 5 anni il 20% circa dei soggetti portatori di NAFLD sono destinati a sviluppare una vera e propria epatite "da grasso" e di questi il 5-18% può progredire allo stadio successivo

di cirrosi epatica con tutti i potenziali rischi di complicanze, quali l'insufficienza epatica e l'epatocarcinoma nel 2-12% dei casi. Si consideri che in oltre l'80% dei casi di cirrosi in cui non si riesce ad individuare la causa, tutto è iniziato con un accumulo di grasso nel fegato e che la cirrosi e il tumore del fegato che insorge sulla epatite da grasso è destinata a diventare la più importante causa di trapianto epatico entro il 2020. Se non bastassero i danni a carico del fegato, numerosi studi hanno ormai chiaramente dimostrato che i soggetti con NAFLD hanno una più bassa aspettativa di vita rispetto alla popolazione generale dello stesso sesso ed età per una incidenza di circa il doppio di eventi cardiovascolari come infarto ed ictus. Per fronteggiare questo enorme problema sanitario purtroppo, al momento, non esistono soluzioni concrete da un punto di vista di terapia farmacologica. Non esistono infatti farmaci specifici per il trattamento della malattia da fegato grasso e l'unica possibilità resta quella di trattare ma soprattutto prevenire le patologie associate allo sviluppo della malattia: obesità, diabete, ipercolesterolemia ed ipertrigliceridemia. Le opzioni terapeutiche fino ad oggi proposte (vitamina E, acido obeticoico, pioglitazone) sembrano influire poco sul decorso clinico della patologia. Per contro gli studi di genetica potranno probabilmente offrire promettenti prospettive. Modificare lo stile di vita riesce a ridurre i valori di transaminasi e il quantitativo di grasso accumulato nel fegato con

un inevitabile effetto protettivo nei confronti delle complicanze della malattia. La riduzione del peso corporeo, una dieta sana povera di zuccheri e grassi saturi, l'astensione dall'alcol e soprattutto dalle bevande contenenti fruttosio in combinazione con un esercizio fisico regolare sono le uniche armi che possediamo per far regredire o almeno migliorare il danno epatico nella maggior parte dei casi. Certamente, nella società moderna, in cui un consumo indiscriminato di alimenti ad elevato contenuto energetico ed uno stile di vita essenzialmente sedentario rappresentano quasi la regola anche tra le generazioni più giovani, non è facile applicare queste semplici regole nelle quali si racchiude il segreto della vita sana e longeva. Spinte consumistiche motivate da politiche commerciali e una cattiva educazione sanitaria rischiano di mandare alla deriva con uno dei più importanti patrimoni culturali del nostro paese, quello della buona e sana alimentazione tipica della dieta mediterranea che sembra essere davvero l'elisir di lunga vita per la capacità di prevenire non solo la malattia epatica da accumulo di grasso ma anche le malattie cardiovascolari e neoplastiche.

Se si vuole per il futuro esorcizzare lo spettro di queste patologie del benessere, un grosso sforzo va fatto da forze politiche e sanitarie per promuovere una corretta educazione alimentare e un più sano stile di vita soprattutto tra le generazioni più giovani. Vale la pena insomma di promulgare la politica che forse è meglio che cominciamo a mangiare per vivere e non vivere per mangiare.

DIABETE NELL'ANZIANO

di Domenico Annunziata
Endocrinologo

Il Diabete Mellito rappresenta una condizione patologica cronica che coinvolge diversi organi ed apparati per le alterazioni metaboliche conseguenti allo stato cronico di iperglicemia e la conseguente glicosuria. Inoltre determina alterazioni macrovascolari, come coronaropatie, danno carotideo e cerebrale e microvascolare, come danno renale, oculare e nervoso.

L'aumento dell'età media di vita e la maggiore sensibilità al danno ossidativo tissutale nel soggetto anziano sono alla base dell'incremento percentuale della popolazione diabetica.

Circa il 30% dei soggetti con età superiore ai 65 anni è affetto da alterazione del metabolismo degli zuccheri.

Il 10% da diabete mellito diagnosticato, l'10% da diabete non diagnosticato e l'10% da alterata tolleranza ai carboidrati. Nel Diabete di Tipo II i danni sono dovuti all'iperglicemia cronica, all'insulinoresistenza e all'accumulo di adiposità addominale con riduzione del rapporto massa muscolare/adiposità.

Le alterazioni metaboliche dipendono dall'aumentata lipolisi che insieme all'aumentata sintesi lipidica epatica determina un aumento delle LDL, trigliceridi e steatosi epatica.

Si realizza inoltre uno stato infiammatorio cronico con aumento di agenti ossidanti (TNF, Interleuchine e protrombociti) e conseguenti alterazioni dell'endotelio vasale con danno d'organo e vascolare.

Nel soggetto anziano si realizza una diminuzione del rapporto massa muscolare/massa grassa per la naturale riduzione della massa muscolare dovuta all'invecchiamento, al minor esercizio fisico ed alla minor produzione di ormoni anabolizzanti come GH e Testosterone. Inoltre si verifica una riduzione della sensibilità agli ormoni tiroidei ed alla leptina.

La terapia del diabete nell'anziano mira al raggiungimento di un discreto compenso glicemico tenendo presente i notevoli rischi di eventuali stati ipoglicemici.

È importante contestualizzare la stessa in rapporto allo stato mentale, al livello di autonomia e all'ambiente, tentando quindi di promuovere soluzioni terapeutiche di semplice attuazione.

Gli standard terapeutici pongono come obiettivo il raggiungimento di livelli di emoglobina glicata tra 6,5 e 7 nel soggetto in buone condizioni generali e tra 7,5 e 8,5 negli anziani fragili con pluripatologie.

È consigliabile iniziare una dieta moderata-

mente ipoglicidica e in assenza di risultati soddisfacenti, una terapia farmacologica. La metformina può essere usata, ma con cautela, per i rischi di acidosi lattica e comunque in assenza di danno renale.

Tra le sulfaniluree devono essere preferite

quelle a breve emivita per evitare ipoglicemie da accumulo. I Tiazolidinoni vanno evitati nello scompenso cardiaco.

Non vi sono ancora sufficienti esperienze circa l'uso degli analoghi del GLP-1 ed inibitori del DPP-4.

La terapia insulinica va attuata in caso di insuccesso della terapia con ipoglicemizzanti orali o in corso di scompenso glicometabolico. L'uso degli analoghi dell'Insulina permette di controllare il picco post-prandiale con minor rischio di ipoglicemie tardive; inoltre risultano utili le formulazioni a lunga durata per basalizzare i livelli glicemici.

Studi recenti hanno inoltre dimostrato una correlazione tra Diabete Mellito tipo II e demenza vascolare e degenerativa (M di Al-



zheimer) con incidenza crescente in rapporto all'aumento della percentuale di Emoglobina Glicata. Il danno tissutale cerebrale che può predisporre il soggetto diabetico al M di Alzheimer è dovuto all'iperglicemia cronica ed all'insulinoresistenza con conseguente accumulo di metaboliti del glucosio, responsabili della formazione di composti derivanti da carboidrati, proteine, lipidi e acidi nucleici definiti AGEs.

Tali composti insieme ai radicali liberi ossidanti sarebbero responsabili dei danni degenerativi cellulari.

L'introduzione nella dieta di succhi di frutta e verdure contenenti notevole quantità di antiossidanti riduce ed ostacola il danno neurologico.

CATARATTA

di Patrizio Magliozzi
Oculista

Il progressivo allungarsi della vita media ci pone sempre più di fronte a patologie quali cataratta e degenerazioni maculari. La cataratta è una progressiva opacizzazione del cristallino, che impedisce ai raggi luminosi di raggiungere la retina con il risultato di una riduzione della capacità visiva o visione "annebbiata". L'unica terapia è l'intervento chirurgico. Passi da gigante sono stati fatti in merito a tecniche chirurgiche e materiali e tipi di lenti intraoculari (IOL) impiantate. Attualmente la tecnica chirurgica d'elezione è la Facoemulsificazione. L'intervento è eseguito ambulatorialmente con l'instillazione di un collirio anestetico, è indolore e dura circa 15-30 minuti. Al termine l'occhio viene bendato e dopo alcune ore il paziente è dimesso. In questi ultimi anni sono state sperimentate ed approvate nuove e sofisticate IOL: le cosiddette lenti multifocali che permettono di poter vedere bene da lontano e da vicino senza occhiali.

La degenerazione maculare legata all'età (DMLE) rappresenta la prima causa di ipovisione e cecità nei Paesi industrializzati. È una grave e progressiva patologia della macula, quella parte della retina centrale deputata alla visione distinta. Ne esistono due forme: la forma atrofica, più comune



e con evoluzione più lenta e la forma esudativa o neovascolare, meno frequente ma con evoluzione più rapida ed invalidante. Con l'ausilio dell'angiografia retinica (FAG) e della tomografia ottica a radiazione coerente (OCT), è possibile fare diagnosi precoce e scegliere il trattamento più idoneo. I farmaci antiangiogenetici (anti-VEGF) rappresentano l'attuale frontiera

del trattamento della DMLE umida. Si tratta di sostanze farmacologiche che attaccano selettivamente i vasi in proliferazione e che vengono somministrati mediante iniezione intravitale secondo un protocollo terapeutico. Negli ultimi anni sono stati identificati dei geni correlati alla DMLE ed il futuro potrebbe essere rappresentato da una terapia genica.

Ortopedia e Terza Età: malattie croniche legate all'invecchiamento. Focus sulla questione femore

di Andrea Accardo
Ortopedico

A causa della riduzione della natalità e all'aumento della vita media, su una popolazione mondiale di 6,8 miliardi la fascia degli over 65 rappresenta ben il 18,6% e le stime prevedono un aumento esponenziale negli anni a venire. L'Italia dopo il Giappone è il secondo Paese con maggior numero di over 60.

Il soggetto over 65 deve e dovrà necessariamente ricoprire un ruolo attivo nella società, da qui il bisogno di invecchiare bene, obiettivo reso complesso dal fatto che con l'età aumenta anche l'incidenza di patologie.

Una di queste patologie, silente, ma estremamente temibile è l'osteoporosi, che espone i 5.000.000 di persone che ne soffrono ad un maggior rischio di fratture anche in seguito a traumi banali, che non creerebbero problemi in soggetti normali. L'osso più coinvolto, con il 70% di casi è il femore. La frattura di femore che si trova ad affrontare l'ortopedico rappresenta pertanto la conseguenza ultima di una patologia che spesso viene sottostimata dai medici di famiglia o dai pazienti poco propensi ad iniziare un trattamento preventivo. Secondo i dati del Ministero della Sanità solo una donna su due affetta da osteoporosi né è a conoscenza. Inoltre i metodi a nostra disposizione come la densitometria ossea spesso non sono affidabili causando una sottostima del problema di ben il 30% nelle donne in post menopausa.



Un aumento delle fratture di femore ha un notevole impatto sui costi sociali, poiché causano una riduzione della qualità della vita, per una perdita di autonomia e un aumento del rischio di nuove fratture. È evidente l'importanza della prevenzione dell'osteoporosi. In che modo? Migliorando lo stile di vita e correggendo comportamenti scorretti.

Partendo dall'alimentazione è importante garantirsi un adeguato apporto di calcio a partire dal periodo dall'adolescenza, specie nelle donne, non ponendosi il problema solo in età post menopausale, età in cui l'apporto di calcio e vitamina D deve essere sempre adeguato.

Fare un'adeguata attività fisica e con adeguata si intende quotidiana, ginnastica che deve essere dolce nel paziente anziano. Evitare l'eccessiva magrezza e parimenti l'obesità. Esporsi adeguatamente al sole ed evitare abuso di alcool e fumo. Sottoporsi a metodiche di screening come la Moc nei modi e nelle cadenze definite dall'ortopedico e seguire scrupolosamente le terapie farmacologiche laddove definita o richiederla esplicitamente al medico di famiglia, nel caso, nonostante l'età, non fosse mai stata impostata. Lo Stato dal canto suo dovrebbe rendere più accessibili e rimborsabili le metodologie diagnostiche e le terapie farmacologiche.

tratto da

Vita e Salute
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI GERIATRIA

VIVERE DI PIÙ MA MEGLIO

Nei paesi europei la speranza di vita alla nascita è in continua crescita, come pure in altre nazioni sviluppate del globo. Secondo le stime, nel 2020 gli ultrasessantenni saranno nel mondo oltre un miliardo, contro i 600 milioni del 2004. Ma ci sono anche grandi vecchi, che spesso si meritano l'onore delle cronache per la venerabile età, la salute e l'attività invidiabili. Buone notizie, dunque, per il nostro futuro? Purtroppo no, pare che di questi vegliardi si sia «rotta la macchinetta», come diceva una canzone d'altri tempi. A loro potrebbero seguire persone che vivono sì a lungo, ma non in buona salute. Questi cambiamenti avvengono in un periodo in cui prestanza e autonomia sono maggiormente richieste: aumentano infatti i costi della sanità, sale la disoccupazione tra i cinquantenni e l'età pensionabile si allontana.

Una vecchiaia di qualità

La quantità di anni da vivere non è più un parametro sufficiente, bisogna valutare anche la qualità. A questo scopo, le autorità sanitarie utilizzano parametri ben precisi: l'incidenza delle malattie croniche e la limitazione dell'attività per le cause più diverse (difficoltà di movimento, malattie, problemi di autonomia personale), cui si aggiunge un elemento soggettivo ma non per questo meno importante: la cattiva salute percepita. Non è un caso se la speranza di vita senza limitazioni di lunga durata nelle attività della vita quotidiana è stata scelta nel 2004 come indicatore strutturale per la verifica di alcuni obiettivi UE (indicato come «anni vissuti in buona salute»). I dati raccolti nel continente hanno fotografato una situazione piuttosto variegata. E per quanto riguarda il nostro Paese?

Radiografia dello Stivale

Negli ultimi dieci anni in Italia, paese tra i più longevi d'Europa, la vita media è aumentata di 2,4 anni per gli uomini (79,4) e di 1,7 per le donne (84,5). Per queste ultime, però, la forbice sui maschi si sta riducendo dopo il picco del 1979 (6,8 anni): nel 2011 è di 5,1. E c'è uno svantaggio nella qualità della sopravvivenza: in media, passano più di un terzo della vita in non buone condizioni di salute. Il Sud è doppiamente penalizzato: una vita media più corta e un minor numero di anni senza limitazioni. In aumento i decessi per demenza senile e malattie del sistema nervoso; in crescita l'obesità, mentre l'abitudine al fumo è in lieve calo ma non tra i più giovani, minacciati da pratiche dannose come il «binge drinking» (bere più bevande alcoliche in un intervallo di tempo più o meno breve, ndr). La sedentarietà affligge molti adulti, e si consumano meno frutta e verdura di quanto si raccomanda. Sud e classi sociali basse continuano a essere le meno favorite in tutte le voci. La speranza di vita in buona salute alla nascita abbina l'elemento sopravvivenza alla percezione di una condizione fisica soddisfacente. Chi nasce nel 2010 può contare su 59,2 anni di vita in buona salute se maschio, 56,4 se femmina (ma, al Sud, 2,8 anni in meno per i maschi e 2,3 per le femmine). Le donne, infatti, sono colpite più spesso e anzitempo da malattie meno gravi (artrite, artrosi, osteoporosi) ma dal decorso più invalidante: così può avvenire che per il 33,3 per cento della vita siano in condizioni di salute non buone. Percentuale che per gli uomini è del 25,4 per cento. Questi sono più favoriti anche nella speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane: a 65 anni, ancora 9,0 anni (su 18,3 anni in totale); mentre una donna si può aspettare 9,1 anni su un totale di 21,9. Dati meno favorevoli per il Sud: 8 e 7,3 per uomini e donne del Mezzogiorno contro 10 e 9,8 del Nord).

IL LEGAME CONTINUA

di Emanuela Riccio
Referente Ospedale Solidale

Negli ospedali ci sono fili che si intrecciano quotidianamente, fatti attese, speranze, ansie, dolore, rabbia. Tante che si spengono ma anche tante vite che vengono alla luce.

Nell'Ospedale Evangelico Betania viviamo quotidianamente il dono e la responsabilità delle nuove vite che vengono al mondo: un legame che non viene reciso con il taglio del cordone; un legame che continua.

Un percorso lungo ben oltre 9 mesi e che spesso necessita di una rete di supporto che coinvolga i neonati ma anche e soprattutto le loro famiglie.

In questo contesto opera l'Unità Operativa Complessa di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, che fornisce assistenza specializzata al neonato secondo i livelli assistenziali definiti dalla Società Italiana di Neonatologia (SIN) e dalla Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP).

Nel 2016 nel nostro ospedale sono nati 2.280 neonati, di cui 152 ricoverati e dimessi dalla Terapia Intensiva Neonatale.

I risultati e i traguardi raggiunti sono possibili grazie alla professionalità e alla passione del nostro team materno-infantile, al sostegno dell'ospedale tutto e al sostegno economico delle persone che scelgono ogni anno di destinare il loro 5x1000 alla Fondazione Evangelica Betania.

Le attività portate avanti sono molteplici. L'attività di ricovero in DH, curata dai nostri neonatologi, viene dedicata prevalentemente al follow up dei nostri bambini nati prematuri, affetti alla nascita da basso peso corporeo. Questa attività è strettamente legata a quella dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale sui neonati di basso peso e contribuisce a far sì che l'attività di assistenza ai piccoli pazienti della nostra TIN non si esaurisca al momento della dimissione ma possa essere estesa ai primi anni di vita dei bambini nati prematuri, creando un rapporto di proficua collaborazione tra gli specialisti ospeda-



Nel reparto di neonatologia dell'Ospedale Evangelico Betania ci prendiamo cura dei bambini nati prematuri e dei loro genitori. Offriamo sostegno e assistenza anche fino a 3 anni dopo la dimissione, instaurando un legame d'amore che va oltre il semplice supporto sanitario.



**FONDAZIONE
EVANGELICA
BETANIA**

*e sostieni le tante
storie d'amore che
iniziano da qui*

il legame continua...

**firma per il volontariato
e scrivi il nostro codice fiscale:**

06408500632

info +39 081 5912111 | info@villabetania.org



lieri e quelli del territorio.

L'ambulatorio infermieristico per cure di puericultura, indirizzato a tutti i bambini nati prematuri e ai bambini nati a termine ma che per gravi disagi sociali, ambientali e familiari, necessitano di questo percorso.

È in essere dalla dimissione del neonato fino al primo mese di vita in media.

Uno spazio di supporto e dialogo per i genitori dei bambini nati prematuri che potranno beneficiare delle competenze e della sensibilità delle nostre infermiere.

Nel 2015 ci sono stati 301 accessi e nel

2016 ben 333 accessi! Curati dalle nostre infermiere.

Il corso di massaggio infantile, curato dalle nostre infermiere specializzate, che prevede incontri teorici e pratici di massaggio al neonato ed è dedicato ai genitori dei neonati prematuri.

È previsto anche un corso più allargato per i genitori dei nostri neonati, dedicato all'insegnamento della sequenza del massaggio infantile, che coinvolge mamme e papà del nostro ospedale, con particolare sensibilità per chi proviene dai percorsi di medicina solidale presenti nella nostra struttura.

Questi percorsi, realizzati anche grazie al 5x1000, sono segno della fiducia accordata da chi usufruisce di questi percorsi ma anche dimostrazione di stima con tutti coloro che ci conoscono e ci supportano.

Negli anni, grazie anche ai contributi del 5x1000, inoltre di nuove incubatrici, nuovi saturimetri, un nuovo ventilatore, un defibrillatore, materassini termoisolanti per

il trasporto neonatale, un nuovo ecografo di ultima generazione ed un nuovo lettore della Bt. Alle iniziative e alla professionalità si affianca infine il supporto di tecnologie estremamente moderne e avanzate, di cui l'Unità Operativa Complessa di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Evangelico Betania si è potuta dotare anche grazie ai contributi del 5x1000. Queste nuove apparecchiature ci permettono di effettuare anche le terapie più sofisticate (ipotermia neonatale per il trattamento del neonato asfittico; elettroencefalogramma neonatale; ventilazioni sofisticate ad alta frequenza e con metodologie non invasive; ecografie di ultima generazione). Il 2017 sarà un nuovo anno in cui ci prenderemo cura dei piccoli pazienti nati nell'Ospedale Evangelico Betania, instaurando un legame d'amore che va oltre il supporto sanitario.

Sostenere la Fondazione Evangelica Betania significa sostenere le storie d'amore che iniziano da qui!