

MODULO

SERVIZI ED INTERVENTI RIVOLTI AGLI ANZIANI

1. L'ETÀ ANZIANA

Il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e abitative, delle tecniche mediche (vaccini, antibiotici, tecniche operatorie), dell'alimentazione e delle condizioni di vita in generale, ha contribuito a migliorare la qualità della vita, ad innalzare la speranza di vita media e ad incrementare la quota di anziani nelle popolazioni. In Italia la frazione anziana costituisce il 18% della popolazione residente e ciò la rende la nazione con l'indice di vecchiaia più elevato. Oggi il rapporto tra giovani (in età 0-14) e anziani è di 100 giovani per 130 anziani, mentre negli anni '50 si contavano 31 anziani ogni 100 giovani.

L'invecchiamento della popolazione continuerà, ed avrà il suo picco nel 2030, anno in cui avremo 15 milioni di ultrasessantacinquenni, cioè il 28% della popolazione. La presenza di un numero senza precedenti di persone anziane nella nostra popolazione sta producendo e produrrà cambiamenti di portata sempre maggiore nei rapporti e negli equilibri tra le generazioni.

L'invecchiamento nel nostro Paese non è omogeneo, ma presenta, a livello territoriale, un'elevata variabilità, ad esempio in Liguria e in Emilia-Romagna la percentuale di anziani è rispettivamente del 25% e del 22,5%, mentre scende a valori più bassi in Puglia e a Bolzano (rispettivamente 15,4% e 15,5%).

Le stime più recenti della mortalità in Italia indicano che l'84% degli uomini e il 92% delle donne raggiunge i 65 anni d'età e il 64% degli uomini e l'81% delle donne raggiunge i 75 anni. La speranza di vita¹ a 65 anni è andata progressivamente crescendo: nel 1952 un uomo di 65 anni poteva aspettarsi di vivere mediamente per altri 12,5 anni e una donna per altri 13,7, invece i loro anziani coetanei del 2002 possono contare su una speranza di vita pari a 16,8 se uomini e a 20,8 se donne.

Il concetto di vecchiaia è un concetto molto ampio e difficilmente circoscrivibile che può essere trattato sia in termini biologici che di riduzione del ruolo sociale ed economico (pensionamento). La tradizionale definizione di popolazione anziana, basata sul parametro dell'età, che individua come persone anziane coloro che hanno almeno 65 anni², risulta abbastanza restrittiva perché lo scorrere del tempo non ha lo stesso effetto su ogni individuo.

1.1 GLI ANZIANI E LA SOCIETÀ

L'immagine sociale dell'anziano riflette i processi di etichettamento e i modelli stereotipati che si estendono a tutte le capacità della persona: da quelle fisiche a quelle intellettive, affettive, sociali e sessuali. Anche i meccanismi di pensionamento, o di quiescenza, risultano essere corresponsabili nella costruzione dell'immagine dell'anziano. Infatti l'uscita dai sistemi produttivi provoca un abbassamento delle aspettative sociali e una perdita di centralità nei rapporti interpersonali.

Tali dinamiche possono portare ad una condizione di marginalità dell'anziano, interpretata e rappresentata come una condizione di anormalità o di patologia, che necessita di attenzioni particolari, di interventi specialistici, di istituzioni organizzate.

Durante la vecchiaia i rapporti di dipendenza perdono i tratti di accettabilità per assumere quelli dell'inutilità e dell'accidentalità; se nell'infanzia e nell'adolescenza il tratto della dipendenza viene associato alla necessità di dare aiuto e protezione al soggetto che è impegnato in compiti evolutivi, ben diversa è la dipendenza dell'anziano: egli non è in una fase di passaggio, ma si trova relegato in una posizione pressoché definitiva,

¹ Fonte ISTAT

² Un'ulteriore suddivisione dell'età anziana considera gli individui tra i 75 e gli 80 anni come appartenenti alla "quarta età" e le persone con più di 80 anni "grandi vecchi"

fuori gioco nella corsa verso l'assunzione di compiti sociali produttivi e, per converso, egli deve poter consentire il ricambio nel mercato del lavoro.

Il pensionamento costituisce un cambiamento importante nella vita delle persone: per gli uomini comporta, talvolta, perdita di autostima e depressione per la sensazione di inutilità che induce l'inoccupazione. In generale le donne vivono in modo meno conflittuale la cessazione dell'età lavorativa perché spesso esclusa da ruoli lavorativi attivi e perché impegnata nel lavoro domestico (accudimento della casa e dei figli/nipoti), attività che non cessa con il pensionamento; quindi sinora la quiescenza ha costituito un cambiamento più radicale per gli uomini che per le donne.

Nello stile di vita occidentale, il lavoro riveste un ruolo essenziale, l'individuo attraverso di esso si eleva socialmente ed ottiene un tenore di vita più elevato. Costituisce inoltre un mezzo importante per instaurare e mantenere relazioni sociali. La persona che va in pensione, ovviamente, può vivere l'evento in maniera differente, come meritato riposo, come l'opportunità di disporre di maggior tempo libero o come imposizione. Quest'ultima evenienza può generare rabbia, frustrazione e depressione.

Il pensionamento causa modificazioni nello stile di vita personale e nelle abitudini familiari: l'individuo che cessa l'attività lavorativa passa più tempo in casa e questo può implicare una modificazione dei ruoli all'interno della famiglia e generare conflitti.

Accanto ai fattori lavorativi e sociali devono essere considerati anche quelli di natura bio-fisica e psicologica. Per quanto concerne i primi, medici e fisiologi affermano che fattori di natura genetica, il tipo di lavoro svolto in precedenza dal soggetto, insieme all'ambiente e agli stimoli sociali e culturali in esso presenti contribuiscono a determinare le condizioni di vita durante la vecchiaia.

Tuttavia, la comprensione dell'età anziana solo attraverso dati fisiologici rischia di determinare distorsioni interpretative semplificando il fenomeno e la natura dei bisogni ad esso connessi. Un indicatore di questo riduzionismo interpretativo è riscontrabile nel modo di organizzare le risorse istituzionali a favore degli anziani: l'incremento notevole degli istituti di ricovero è stato la risposta predominante, fino agli anni '90, a tutti i bisogni, pur eterogenei, degli anziani.

In base alle nuove concezioni psicologiche e mediche, il principio di causalità lineare (vecchiaia/malattia, vecchiaia/passività, ecc.) non sembra essere più sostenibile; al processo di causalità lineare deve essere sostituito un modello di comprensione circolare: i fattori che concorrono a determinare l'immagine dell'anziano e dei suoi bisogni sono molteplici e in relazione reciproca.

1.2 I PROCESSI DI INVECCHIAMENTO

L'invecchiamento biologico

Tutti gli organismi invecchiano. L'invecchiamento può essere definito come un progressivo venir meno delle capacità di difesa di fronte alle variazioni dell'ambiente esterno e una graduale perdita delle prestazioni funzionali. A fronte dell'aumento di vulnerabilità alle aggressioni dell'ambiente diminuiscono le abilità che sostengono l'individuo nella difesa e nella prevenzione dei rischi. Tuttavia il solo dato biologico non è sufficiente: molteplici sono i fattori esterni che influiscono sia sulla durata della vita che sul processo di senescenza; infatti l'invecchiamento può essere prevenuto e controllato con una vita regolare, una dieta controllata e un buon esercizio fisico e mentale.

Alcuni parametri vitali si modificano pur non creando particolari problemi per lo stato di salute oggettiva: fra questi, la riduzione progressiva della statura, la perdita di elasticità della pelle, l'aumento della fragilità dei vasi cutanei, la riduzione della vista e dell'udito. L'invecchiamento può comportare la compromissione della funzionalità di alcuni apparati (cardiovascolare, respiratorio, urinario, digerente, emopoietico, osteoarticolare, nervoso, endocrino), tuttavia le modificazioni della funzionalità dei singoli apparati avviene in modo graduale tanto da consentire all'individuo un progressivo adattamento sia fisico che psicologico.

L'invecchiamento psichico

Appare infondato lo stereotipo per cui il deterioramento di tutte le capacità intellettive è inevitabile: infatti nell'anziano le capacità cognitive non subiscono profondi mutamenti se non in presenza di altri fattori

patologici. Naturalmente i cambiamenti nello stile di vita hanno influenza anche sulle funzioni cognitive; le più recenti ricerche hanno evidenziato una diminuzione delle strategie intellettive, mentre permangono buone capacità cognitive che consentono di sviluppare le funzioni residue.

Durante l'età senile si verificano variazioni per quanto riguarda l'efficienza di alcune attività intellettive: diminuiscono la memoria di cifre, il ragionamento aritmetico, l'attenzione, la concentrazione; le maggiori difficoltà si riscontrano nella memoria a breve termine piuttosto che in quella a lungo termine.

Modificazioni affettive

In tutto il ciclo di vita la sfera affettiva svolge un ruolo importante, soprattutto in quei periodi critici, quali l'infanzia o l'adolescenza, in cui le carenze affettive possono provocare difficoltà nello sviluppo della personalità. Anche la tarda età adulta appare come una fase critica, in cui i cambiamenti delle condizioni di esistenza possono far riemergere antichi problemi affettivi o crearne di nuovi.

Le ridotte capacità di adattamento nell'anziano si accompagnano ad una restrizione dello spazio vitale, con ricadute negative nella sfera delle relazioni affettive: l'anziano presenta tendenze a chiudersi in sé e a ridurre le sue possibilità di vita; spesso la morte del coniuge e lo stato di solitudine rinforzano i tratti affettivi di chiusura e di dipendenza. Tale situazione è accentuata dall'indebolimento fisico e dal senso di un corpo che muta, che rendono incerta l'identità della persona. Gli stati di invalidità e la perdita di autosufficienza possono acuire i tratti di passività e di dipendenza, accompagnandosi a stati d'ansia, depressione, senso di colpa, angoscia, autocommiserazione, stato confusionale.

I compiti di sviluppo, presenti in ogni fase del ciclo di vita, richiedono all'individuo di adattarsi ai continui cambiamenti, ricomponendo la propria identità di fronte a tutte le situazioni di mutamento.

Nella persona anziana, la ristrutturazione della propria personalità è conseguente alle nuove condizioni di vita (pensionamento, allontanamento dei figli, morte del coniuge, ecc.). Il rischio di marginalità obbliga l'individuo a riformulare la propria identità su altri referenti sociali. Relativamente all'ambiente familiare il ruolo di nonno può offrire numerose compensazioni e arricchire la vita affettiva: la comunicazione tra le generazioni consente la crescita reciproca e un sentimento di maggiore appartenenza sociale.

Così come nelle precedenti fasi della vita, anche nella tarda età adulta vi è la necessità di trovare delle gratificazioni sul piano affettivo. Un senso di impotenza e frustrazione può derivare dalla mancanza di relazioni sociali e opportunità di condivisione; spesso la risposta ad una condizione di carenza affettiva si manifesta sotto forma di atteggiamento aggressivo, oppure con l'isolamento e la dipendenza. Un profondo senso di solitudine può compromettere il sistema delle emozioni, scatenando nell'individuo forti reazioni di rabbia, di disperazione oppure reazioni di segno opposto, con repentine oscillazioni d'umore.

In questo contesto gli interventi più efficaci di prevenzione risultano essere quelli indirizzati ad offrire occasioni di integrazione e di solidarietà. Al contrario, gli atteggiamenti di indifferenza da parte della collettività provocano l'aggravio di una condizione che, già di per sé, comporta degli svantaggi.

Modificazioni della sfera sessuale

Recenti studi hanno dimostrato l'infondatezza dello stereotipo secondo cui gli anziani sono privi di una sfera sessuale. Niente di più falso: per la donna non vi è alcun limite per il rapporto sessuale e per l'uomo la "virilità", se trova condizioni relazionali positive, può esservi fino a 80 anni. Tuttavia, come spesso accade nel meccanismo di auto-profezia che si avvera, i pregiudizi provocano nella persona anziana una diminuzione dei desideri sessuali: la carenza di progetti di educazione sessuale favorisce la diffusione di immagini distorte della realtà che confondono la funzione riproduttiva con la sessualità.

Nell'età senile l'attività sessuale, intesa anche come scambio di attenzioni e di tenerezza, favorisce una condizione psicologica favorevole, aumenta la stima di sé e influenza positivamente la propria immagine da parte dell'anziano.

La gestione del tempo

La gestione del tempo, non più ripartita fra lavoro e famiglia, può diventare per l'anziano un fattore di ansia: la ristrutturazione dell'identità su nuove basi pone seri problemi in seguito alla condizione di inattività forzata e alla necessità di adattarsi ad un nuovo ruolo sociale.

I soggiorni e i viaggi turistici organizzati dagli Enti Locali e dagli Uffici Turistici sono valide opportunità per allontanarsi temporaneamente da condizioni di solitudine e isolamento. La nuova condizione di vita consente l'apertura verso nuovi interessi da vivere in gruppo. Tuttavia, tali viaggi e soggiorni non devono diventare «ghetti», anche se lussuosi e confortevoli, in cui la solitudine viene accentuata: è necessario che il luogo di soggiorno sia aperto ad altre persone e sia ricco di iniziative. Anche in vacanza è comunque indispensabile prendere precauzioni relative all'assistenza sanitaria e a quella psicologica: infatti l'anziano può necessitare di terapia farmacologica, può andare incontro a disturbi dovuti al cambiamento di abitudini di vita e alimentari. Per tutte le evenienze deve essere previsto un piano di lavoro e interventi d'urgenza in risposta ai bisogni e agli imprevisti.

2. PATOLOGIE PSICHICHE NELL'ANZIANO

2.1 PSICOPATOLOGIE

Il decremento di alcune funzioni fisiologiche di base non è sufficiente per spiegare l'instaurarsi di alcune patologie della sfera psichica: queste risultano essere determinate da più fattori. Per comprendere il fenomeno è quindi necessaria un'analisi multifattoriale che comprenda sia i fattori organici che quelli psicologici.

Lo stato di alterazione del sistema nervoso può causare stati demenziali, ma anche la solitudine e l'emarginazione possono tradursi in disadattamenti così gravi da richiedere un trattamento psichiatrico. Le ricerche hanno dimostrato che molte delle sindromi patologiche dell'anziano sono da attribuire a fattori ambientali: l'istituzionalizzazione e l'allontanamento dall'ambiente familiare possono tradursi in forme di sociopatia.

L'ospedalizzazione dell'anziano, decisa in caso di necessità (es. stati d'ansia, tendenze suicide) e solo come soluzione transitoria, dovrebbe essere seguita da ogni sforzo per favorire la rapida dimissione e la restituzione dell'anziano al suo ambiente, allo scopo di prevenire i processi di istituzionalizzazione e i fenomeni di dipendenza.

La demenza e le demenze

La demenza spesso viene associata al morbo di Alzheimer data la sua notevole diffusione nella società civile. In realtà esistono altre patologie che possono essere classificate nell'ambito delle demenze, che tuttavia sono meno note. L'aspetto clinico centrale della demenza, di qualsiasi eziologia, è la compromissione delle capacità cognitive. Tuttavia la drammaticità del quadro clinico è legata fundamentalmente a tutto quel corredo di sintomi, solo teoricamente secondari, che alterano profondamente la vita del malato e di chi gli vive accanto.

Questo insieme di manifestazioni patologiche viene attualmente definito come "Sintomi comportamentali e psicologici nella demenza" (BPSD, cioè Behavioral and Psychological Symptom of Dementia) e negli ultimi anni ha ricevuto sempre maggior attenzione da parte dei clinici, allo scopo di identificare strategie terapeutiche più efficaci, sia farmacologiche che non-farmacologiche.

Sebbene i BPSD non rappresentino il nucleo patologico della demenza, sono di fatto la principale causa di rischio e di sofferenza per il paziente e sono la maggiore fonte di difficoltà e di stress psicologico per chi ha il compito di accudire il paziente o di vivergli accanto.

Esistono molte cause di demenza nell'anziano, ma la causa più comune è sicuramente la malattia di Alzheimer (> **50% dei casi**) seguita dalla demenza vascolare (**20% dei casi**); e sono poi molto frequenti i casi determinati dalla presenza combinata di entrambe queste patologie.

Morbo di Alzheimer

La **malattia di Alzheimer** è molto conosciuta perché l'allungamento della vita media ne ha favorito la diffusione e al contempo ha dato rilevanza agli aspetti socio-assistenziali. Questo tipo di disturbo deve il nome al suo scopritore, Alois Alzheimer, che all'inizio del '900 individuò un'anomalia nella corteccia cerebrale di una donna morta a 51 anni nel manicomio di Monaco. La donna era malata già da 5 anni e nel corso della malattia era divenuta completamente inabile; dopo il ricovero, i sintomi accusati erano disorientamento, perdite di memoria e difficoltà nella lettura e scrittura. I sintomi poi erano peggiorati gradualmente portando ad allucinazioni e perdita delle funzioni mentali principali.

La malattia di Alzheimer è una forma di demenza, ovvero una patologia cerebrale che influisce sulle capacità di una persona di portare a termine anche le più semplici attività quotidiane, andando a colpire le parti del cervello che controllano la parola, la memoria e il pensiero.

Un malato di Alzheimer subisce un declino progressivo e globale delle funzioni intellettive, che è inevitabilmente associato ad un deterioramento della vita di relazione dovuto all'incapacità di controllare le proprie reazioni emotive e comportamentali.

Progressivamente il soggetto perde l'autonomia nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita e diventa completamente dipendente dagli altri durante il decorso della malattia che può durare tra gli 8 e i 15 anni.

Il cervello dei pazienti di Alzheimer contiene delle strutture anormali, che sono per lo più concentrate in regioni del cervello importanti per la memoria; sebbene molte persone in età avanzata presentino strutture di questo tipo, nei malati di Alzheimer sono presenti in quantità molto maggiore.

Il primo stadio della malattia è caratterizzato dai seguenti segni clinici che ne permettono la diagnosi:

- perdite di memoria accentuate
- sensazione di smarrimento anche negli ambienti familiari
- problemi a gestire le proprie finanze o a portare a termine le normali attività giornaliere
- una sempre maggiore difficoltà a prendere decisioni
- perdita di spontaneità e senso di iniziativa
- aumento dell'ansia.

Col procedere della malattia (secondo stadio), aumentano le perdite di memoria e il senso di confusione, si presentano problemi a riconoscere i familiari, si hanno problemi a leggere, scrivere, operare con i numeri.

Il paziente a questo stadio ha difficoltà nell'organizzare i pensieri e pensare in modo logico, possono iniziare problemi di giudizio nelle varie situazioni quotidiane o problemi nel controllo propriocettivo.

Nello stadio più avanzato (terzo stadio) i pazienti perdono la capacità di riconoscere le persone care e non sono più in grado di comunicare, non sono più autosufficienti e arrivano a rimanere bloccati a letto completamente.

Una diagnosi di Alzheimer che non lasci spazi a dubbi è possibile solamente con un esame istologico del cervello, così da evidenziare le strutture caratteristiche della malattia, le placche amiloidi e gli ammassi neurofibrillari, quindi solamente dopo il decesso del paziente.

Purtroppo, ad oggi, non esiste una cura definitiva per la malattia di Alzheimer. Tutti i farmaci disponibili sono solamente in grado di rallentare il decorso e quindi di permettere al malato di conservare più a lungo (per mesi o qualche anno) le funzioni cognitive.

3. INCAPACITÀ DI CURARE I PROPRI INTERESSI

3.1 INTERDIZIONE ED INABILITAZIONE

L'interdizione e l'inabilitazione sono degli strumenti istituiti dal legislatore per tutelare le persone che per una serie di motivi non siano più capaci di curare i propri interessi. Questi strumenti limitano totalmente o parzialmente la loro capacità giuridica di agire per evitare che compiano atti economicamente pregiudizievoli.

L'interdizione determina l'incapacità assoluta della persona. Può essere interdetto qualunque maggiorenne che si trovi in una condizione di infermità mentale tale da renderlo incapace di provvedere ai propri affari. Nella cura dei suoi interessi, l'interdetto verrà sostituito da un rappresentante legale detto tutore.

L'inabilitazione invece riduce solo parzialmente la capacità del soggetto e subentra quando l'infermità mentale non è tale da giustificare l'interdizione. L'inabilitato deve per legge essere assistito da un curatore nel compimento di atti di particolare rilevanza.

Conseguenze dell'inabilitazione

A differenza dell'interdizione, l'inabilitazione lascia una limitata capacità di agire. L'inabilitato, infatti, può compiere atti di natura non patrimoniale come riconoscere un figlio naturale, contrarre matrimonio, fare testamento. Può inoltre amministrare autonomamente i propri beni e compiere gli atti di ordinaria amministrazione. Per quanto riguarda gli atti di straordinaria amministrazione, è necessaria invece l'assistenza e il consenso di un curatore, o addirittura, per atti di particolare rilievo, l'autorizzazione del giudice tutelare o del tribunale. L'inabilitato può continuare l'esercizio di un'impresa commerciale, con l'autorizzazione del tribunale e su parere del giudice tutelare (art. 425 c.c.).

Gli atti compiuti senza il consenso del curatore o senza le autorizzazioni prescritte possono essere annullati. Quando il curatore rifiuta il proprio consenso o in caso di conflitto di interessi, l'inabilitato può chiedere al giudice tutelare di nominare un curatore speciale che lo assista in quella operazione.

Un caso particolare riguarda la donazione che, a differenza degli altri atti giuridici, può essere annullata anche se compiuta prima della sentenza di inabilitazione o della nomina del curatore.

Conseguenze dell'interdizione

Successivamente alla pubblicazione della sentenza che pronuncia l'interdizione, l'interdetto perde la capacità di agire. Tutti gli atti compiuti dallo stesso successivamente a tale momento, o anche successivamente alla nomina di un tutore provvisorio se seguita dalla sentenza di interdizione sono quindi annullabili.

Possono chiedere l'annullamento di tali atti il tutore, gli eredi o gli aventi causa dell'interdetto. Ai fini dell'annullamento non è necessario dimostrare il pregiudizio per l'interdetto o la malafede della controparte.

Il presupposto dell'interdizione e dell'inabilitazione è l'abituale infermità mentale. Non occorre che ci sia una patologia ben definita perché è considerata infermità mentale qualsiasi alterazione delle facoltà mentali della persona tali da renderla totalmente o parzialmente inetta alla cura sia dei propri affari economici che degli atti strettamente inerenti la vita quotidiana. Dovrà poi essere interdetto chi risulta incapace di provvedere alla salvaguardia della propria vita, come ad esempio chi rifiuta per infermità psichica cure ed interventi medici.

3.2 PROCURA AD AGIRE

A volte l'anziano, anche se in condizioni psichiche e fisiche buone, preferisce delegare ad altra persona il compimento di alcune attività come ad esempio alla riscossione della pensione. Attraverso la procura, o delega, viene conferito l'incarico a compiere atti giuridici: il soggetto, detto rappresentato, trasferisce volontariamente ad altra persona, detta procuratore, il proprio potere di azione.

La procura può essere:

- speciale: quando ha per oggetto il compimento di singoli e determinati atti, ad esempio procura a vendere un immobile
- generale: quando riguarda tutti gli affari del rappresentato. In quest'ultimo caso sono delegabili gli atti di straordinaria amministrazione solo se indicati in maniera analitica e specifica.

Con la procura, il rappresentante compie gli atti in nome e per conto del rappresentato, infatti gli effetti giuridici degli atti compiuti dal procuratore ricadono direttamente nella sfera del rappresentato. Ad esempio, a seguito di acquisto di un bene da parte del procuratore, il diritto di proprietà si trasferisce sul rappresentato.

Alcuni poteri, invece, sono assolutamente non delegabili: il rappresentante, ad esempio, non può fare testamento in nome e per conto del rappresentato.

La procura può essere conferita ad una o più persone: in quest'ultimo caso il rappresentante deve precisare se si tratta di procura congiunta, per la quale ogni atto deve essere compiuto da tutti rappresentanti, oppure disgiunta. La procura, per essere valida, deve essere rilasciata dal soggetto capace di intendere e di volere; può comunque essere da lui revocata o modificata in ogni momento.

3.3 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

L'**amministrazione di sostegno** è una figura istituita con la Legge del 9 gennaio 2004 n 6, per quelle persone che, per effetto di un'infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovano nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di dover provvedere ai propri interessi ma non necessitano dell'**interdizione** o dell'**inabilitazione**. L'amministratore di sostegno è un **tutore** delle persone dichiarate non autonome, anziane o disabili. Viene nominato dal giudice tutelare e scelto, dove è possibile, nello stesso ambito familiare dell'assistito, infatti può essere nominato amministratore di sostegno: il coniuge, purché non separato legalmente, la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio o il fratello o la sorella, e comunque il parente entro il quarto grado.

L'ufficio di amministrazione di sostegno **non prevede l'annullamento delle capacità** del beneficiario a compiere validamente atti giuridici, ed in questo si differenzia dall'interdizione.

I poteri dell'amministratore di sostegno vengono annotati a margine dei registri di stato civile, al fine di consentire a terzi il controllo sul suo operato.

Dura dieci anni, ma può essere rinnovato, a meno che si tratti di un parente o del coniuge o della persona stabilmente convivente, nel qual caso dura per sempre, salvo rinuncia o richiesta di revoca dello stesso interessato.

Anziani o disabili, ma anche alcolisti, tossicodipendenti, carcerati, malati terminali, ciechi, potranno ottenere, anche in previsione della propria eventuale futura incapacità, che il giudice tutelare nomini una persona, che abbia cura della sua persona e del suo patrimonio.

La persona interessata può, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata, presentare la richiesta al giudice tutelare della propria zona di residenza ed entro sessanta giorni dalla data di presentazione della richiesta, il giudice provvederà alla nomina dell'amministratore, il suo decreto diventa immediatamente esecutivo. I giudici tutelari si trovano presso ogni Procura della Repubblica. Esiste anche il registro comunale degli amministratori di sostegno, il primo registro è nato a Roma dopo una fase di sperimentazione.

4. DOMICILIARIETÀ

4.1 LA CULTURA DELLA DOMICILIARITÀ

Per domiciliarità, si intende quel contesto significativo per la persona che comprende la casa e ciò che la circonda, cioè l'habitat collegato alla storia, all'esperienza, alla cultura, alla memoria, al paesaggio, alla gioia e alla sofferenza di ognuno. Credere in questa cultura significa anzitutto assumere, da parte dei servizi alla persona, un impegno di politica sociale, di supporto formativo ed informativo ad ogni livello, compreso quello amministrativo. La domiciliarità non deve essere confusa con l'assistenza domiciliare, che è un mezzo per garantire il diritto alla domiciliarità.

Opposta alla domiciliarità si colloca l'istituzionalizzazione totale dell'individuo, cioè il suo confinamento in un luogo che non è la sua abitazione e dove vengono collocate molti altri individui con caratteristiche simili (ricoveri, r.s.a., case di riposo). Il sociologo Erving Goffman ha identificato, nelle strutture che accolgono persone in difficoltà, alcune situazioni critiche che condizionano profondamente e modificano l'identità della persona:

- la rottura delle barriere che separano abitualmente le sfere di vita del lavoro, dell'esistenza quotidiana e del divertimento: un individuo non internato dorme, lavora e coltiva relazioni in luoghi diversi, con persone diverse, in buona parte scelte da lui e con le quali impiega codici di comportamento diversi; nell'istituzione totale, al contrario, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa unica autorità
- nell'istituzione totale lo spazio individuale viene a mancare; le attività quotidiane, in quasi tutte le loro fasi, si svolgono a stretto contatto con molte persone, trattate tutte allo stesso modo e sostanzialmente obbligate a fare tutte le stesse cose

- il ritmo delle attività giornaliere è prestabilito ed in genere è imposto dall'alto, da un insieme di regole esplicite
- le varie attività seguono, di solito, un'organizzazione pianificata secondo un generale disegno, razionale, allo scopo di adempiere alle finalità ufficialmente dichiarate dall'istituzione.

Al contrario, è evidente il beneficio che deriva dal restare a casa propria: la casa è la nostra immagine, il nostro punto di riferimento psicologico e fisico.

A questo riguardo è interessante leggere la riflessione del prof. Norberto Bobbio:

“ Ho la fortuna di vivere a casa mia, dove abito da tanti anni, e che potrei percorrere da cima a fondo a occhi chiusi... siedo al mio tavolo, dove ritrovo ogni giorno le mie carte... il libro che avevo cominciato a leggere... . Lo spazio della casa è tanto più essenziale, quanto più un vecchio come me, e come tanti altri nelle mie condizioni, vi conducono la propria esistenza... . La propria casa dà sicurezza, ti difende dal non conosciuto, dall'imprevisto dal trovarti in un mondo che ormai, chiuso tra le pareti, ti è diventato sempre più estraneo. Tanto più si è vecchi, tanto più sono profonde le radici, e quindi tanto più è difficile da sopportare lo sradicamento, l'andare oltre, dove saresti spaesato, perderesti la tua identità, diventeresti un numero in mezzo ad altri numeri”³

Riguardo la contrapposizione tra vivere a casa propria e in un istituto, è interessante leggere quanto scritto da due signore anziane⁴.

4.2 LA LETTERA DI ANNA: UN'ORA DI TEMPO

Ho sempre cercato di non pesare su nessuno. Figuriamoci sui miei nipoti che hanno già i loro figli e a cui ho dato l'appartamentino dove abitavo prima di arrivare qui. Ho scelto di lasciarlo. Che avreste fatto voi?

Ho 82 anni. Non sono tanto vecchia, ma a casa, da sola, non potevo più stare. Qualche volta mi dimenticavo di prendere le medicine, certe mattine non ce la facevo proprio a uscire e a fare la spesa e allora ho preso la decisione: un istituto specializzato per gli anziani, dove poter stare con altre persone della mia età, simpatiche. Tutto speso, tutto garantito, senza bisogno di rifare il letto, di cucinare e senza fastidi per nessuno.

Andare via da casa mia non è stato facile. Una cosa è dirlo, altro è farlo. Ma alla fine ci sono riuscita. Per un po' non ci ho dormito: i mobili, la mia biancheria, i piatti, le fotografie al muro, gli odori, i rumori, le pentole. Quando ce li hai sembra normale, non ci fai caso. Ma se non ci sono più le tue cose, poi te ne accorgi, eccome. Qui non mi è andata male. Da mangiare. a dire il vero, è senza qualità e qualche volta accettabile. La pulizia c'è e in teoria anche un bel giardino. In teoria, perché nel frattempo la mia salute è un po' peggiorata e senza che uno mi accompagni io, in giardino non ci posso andare. Insomma non ci sarebbe tanto da lamentarsi se non che, quando ci stai dentro, la vita va un po' tutta alla rovescia. Quello che è normale diventa impossibile. Provare per credere.

Il tempo. Dopo un po' ti dimentichi che giorno è, perché diventa tutto uguale. E' come se non ci fosse mai niente da aspettare. Neppure i programmi televisivi. Perché di televisione ce n'è una per tante persone e ognuno vorrebbe guardare un programma diverso.

Le cose. Non ci vorrebbe niente a comprare le pile di ricambio per la radio, i fazzoletti di carta, i succhi di frutta e una rivista. Niente se stessi fuori. Ora tutto questo mi arriva quando vengono, di tanto in tanto, i miei nipoti. Ma abitano lontano e io non voglio essere di peso proprio adesso.

Gli occhiali. Tutto diventa complicato, qui, per colpa di nessuno. Mi si sono rotti gli occhiali, cadendo dal comodino. E ci ho messo molte settimane per trovare chi mi accompagnasse a rifarli.

A dirla tutta, forse la cosa che più mi comincia a pesare è il fatto che nessuno, per giorni, settimane, dice il mio nome. Se non c'è chi pronuncia il tuo nome puoi avere tutto, ma è come se ti mancasse l'aria. Finirà per dimenticarlo anche io?

Allora mi sono detta: debbo reagire. Che cosa posso fare, io, ancora? Posso essere un'amica. E pure un'amica fedele. Sì. Se cercate un'amica venite a trovarmi. Ho del tempo e non mi disturberete. Mi interessa quello che succede nel mondo e mi piacerebbe ascoltare i vostri racconti, parlare con voi. Mi sono detta: "Un'ora di tempo". Il vostro e il mio. Per diventare amici, per contare per qualcuno. Alla faccia della solitudine.

³ Estratto dell'intervento che Norberto Bobbio ha inviato al convegno di Torino "Abitare insieme" nel 1998

⁴ Lettere tratte dal sito www.santegidio.org

4.3 LA LETTERA DI MARIA: PER RIMANERE A CASA

Ho quasi settantacinque anni, vivo da sola a casa mia, la stessa in cui stavo con mio marito, quella che hanno lasciato i miei due figli quando si sono sposati.

Sono sempre stata fiera della mia autonomia, ma da un po' non è più come prima, soprattutto quando penso al mio futuro. Sono ancora autosufficiente, ma fino a quando? Tra me e me m'accorgo che i gesti diventano giorno per giorno un po' meno disinvolti, anche se mi dicono ancora: "Fossi io come lei alla sua età ...". Uscire per la spesa e tenere la casa mi fa una fatica crescente.

E allora penso: "Quale sarà il mio futuro?". Quando ero giovane la risposta era semplice: con tua figlia, col genero, con i nipoti. ma adesso come si fa, con le case piccole e le famiglie in cui lavorano tutti? Allora anche adesso la risposta è semplice: l'istituto.

E' martellante, lo dicono tutti, però tutti sanno anche, e non lo dicono, che nessuno vorrebbe lasciare la sua casa per andare a vivere in un istituto.

Non posso credere davvero che sia meglio un comodino, uno spazio angusto, una vita tutta anonima alla propria casa, dove ogni oggetto, un quadro, una fotografia, ricordano e riempiono anche una giornata senza tante novità.

Sento spesso in giro chi dice: "L'abbiamo messo in un bell'istituto, per il suo bene". Magari sono sinceri, ma loro non ci vivono. Non è neppure un "male minore", ma necessario.

Ammettiamo pure di non capitare in uno di quei posti da telegiornale, dove gli fa fatica pure darti l'acqua se hai sete, o ti maltrattano solo perché si sentono frustrati del lavoro che fanno.

Però non credo proprio che sia un istituto la risposta a chi sta un po' male e, soprattutto sta solo.

Ritrovarsi a vivere all'improvviso con persone estranee, non volute e non scelte è davvero un modo per vincere la solitudine? So bene come si vive in istituto. Succede che vuoi riposare e non ci riesci perché non sopporti il rumore degli altri, i colpi di tosse, le abitudini diverse dalle tue. Si dice che da vecchi si diventa esagerati.

Ma non è un'esagerazione immaginarsi che se vuoi leggere c'è chi vuole la luce spenta o che se vuoi vedere un programma, o se ne guarda un altro o non è orario.

In un ricovero anche i problemi più banali diventano difficili: avere ogni giorno il giornale, riparare subito gli occhiali quando si rompono, comprare le cose che ti servono se non puoi uscire.

Capita spesso che ti scambino la biancheria con quella di un'altra dopo la lavanderia e poi non puoi tenere niente di tuo.

Quello che è peggio - ammesso che il mangiare non sia cattivo - è che non si può decidere quasi niente: quando alzarsi e quando restare a letto, quando accendere e quando spegnere la luce, quando e cosa mangiare. E poi, quando uno è più anziano (ed è più imbarazzato perché si sente meno bello di una volta), è costretto ad avere tutto in comune: malattia, debolezze fisiche, dolore, senza nessuna intimità e nessun pudore. C'è che dice che in istituto "hai tutto senza pesare su nessuno". Ma non è vero. Non si ha tutto e non è l'unico modo per non dare fastidi ai propri cari.

Un'alternativa ci sarebbe: Poter stare a casa con un po' di assistenza e, quando si sta peggio o ci si ammala, poter essere aiutati a casa per quel tempo che serve.

Questo servizio già esiste, ma più sulla carta che in realtà. Ogni amministrazione dovrebbe garantire l'assistenza. Siamo in tanti, infatti, che potremmo rimanere a casa anche soltanto con un piccolo aiuto (un servizio piccole spese, pagamenti di bollette, un po' di pulizie, eccetera), o con l'assistenza sanitaria a domicilio (il fisioterapista, il medico, l'infermiera), come previsto dalla legge italiana.

E non è vero che tutto questo costa troppo. Questi servizi costano tre o quattro volte meno di un mio eventuale ricovero in una lungodegenza o in istituto. All'estero mi dicono che è diverso. Qui da noi, invece, succede che finisci in un istituto e che nemmeno l'hai deciso tu. Non capisco perché si rispettano le volontà di un testamento e invece non si viene ascoltati da vivi se non si vuole andare in istituto.

Ho sentito alla TV che qui in Italia sono state stanziati migliaia e migliaia di miliardi per costruire nuovi istituti e per realizzare 140.000 posti letto. Se abitassi in una baracca ne sarei pure contenta. Ma io una casa e un letto, il mio "posto letto" già ce l'ho, non c'è bisogno di creare nuove cucine per prepararmi il pranzo, potete usare la mia. Non ho bisogno che mi costruite una nuova grande sala per vedere la TV, ho già la mia televisione in camera. Il mio bagno funziona ancora bene. La mia casa, semmai, necessita soltanto di qualche corrimano e maniglia al muro: vi costerebbe molto meno.

Quello che desidero per il mio futuro è la libertà di poter scegliere se vivere gli ultimi anni della mia vita a casa o in istituto.

Oggi questa libertà non ce l'ho. Usufruire dell'assistenza domiciliare è molto difficile, quasi impossibile: le domande sono molte e il servizio è ancora troppo limitato. ma se questa assistenza domiciliare si sviluppasse di più e diventasse per tutti quelli che hanno bisogno, potreste anche fare a meno di costruire tanti nuovi, costosi istituti. E persino gli ospedali sarebbero meno affollati.

Per questo, anche se non più giovane, voglio ancora far sentire la mia voce e dire che in istituto non voglio andare e che non lo auguro a nessuno.

Aiutate me e tutti gli anziani a restare a casa e a morire fra le proprie cose. Forse vivrò di più, sicuramente vivrò meglio.

4.4 ASSISTENZA DOMICILIARE

Vedi modulo “popolazione

5. SERVIZI ED INTERVENTI PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI

Promozione della socialità
Telesoccorso
Centro sociale
Affidamento familiare
Comunità alloggio
Residenza per anziani autosufficienti

5.1 PROMOZIONE DELLA SOCIALITÀ

Gli interventi per gli anziani autosufficienti sono finalizzati alla socializzazione e al mantenimento dell'autonomia, prevedono attività aggreganti, di partecipazione e impegno sociale. Vengono promosse attività motorie, ginnastica dolce, nuoto e palestra per prevenire il decadimento e mantenere le prestazioni psicofisiche dell'anziano, offrendo contestualmente occasioni di socializzazione. Allo scopo di favorire la vita di relazione le persone anziane hanno diritto a riduzioni sul prezzo di abbonamenti ai trasporti pubblici, al cinema, teatri, musei e centri sportivi. Gli enti locali nel progettare il piano d'intervento a sostegno della terza età hanno un margine di libertà per poter intervenire in modo mirato ai bisogni del territorio. In molte zone, per esempio, i comuni danno un piccolo contributo economico agli anziani che ne fanno richiesta in cambio di un servizio di vigilanza davanti alle scuole primarie; all'ingresso e all'uscita dalla scuola gli anziani aiutano i bambini ad attraversare la strada e sorvegliano che non accada nulla di anomalo. Ancora, alcuni comuni hanno attivato e gestiscono l'iniziativa “adotta un nonno”: le persone anziane disponibili ad ospitare studenti universitari fuori sede ricevono dagli stessi aiuto nella gestione della casa (pulizia, acquisto di generi alimentari, pagamento di bollette...) e garanzia di intervento nelle ore notturne in caso di bisogno. Altri interventi, normalmente promossi dall'Ente Locale, sono soggiorni estivi organizzati, gite domenicali, visite guidate ai musei e tutto ciò che può aiutare le persone anziane ad avere più relazioni sociali.

5.2 TELESOCORSO

Il telesoccorso è un servizio rivolto ad anziani in precarie condizioni di salute ma autosufficienti: è costituito da un dispositivo che invia, in caso di bisogno dell'anziano, una segnalazione ad un operatore; quest'ultimo richiama l'anziano per conoscere il motivo della chiamata (malore, disagio, solitudine...) e, se l'anziano non risponde l'operatore avvia immediatamente un piano d'intervento. Questo servizio è gratuito per cittadini anziani, che abitano soli, con invalidità superiore al 74%, o con malattie gravi, e con reddito basso. Dietro pagamento di un contributo, è fruibile anche da anziani in buono stato di salute o con reddito alto.

5.3 CENTRO SOCIALE

I centri sociali, presenti in molti Comuni e in gran parte autogestiti, sono il punto di incontro, aperto a tutti, per persone non più giovani.

Nei centri sono organizzate attività di vario tipo, di impegno sociale, culturale e di divertimento. Le attività più diffuse, tra i membri dei centri sociali, sono quelle di vigilanza scolastica e di trasporto degli studenti, di piccola manutenzione del verde, di vigilanza in parchi, musei, mostre e fiere, di trasporto di disabili.

Possono iscriversi ai centri sociali tutte le persone di età maggiore a 55 anni, residenti nella circoscrizione in cui il Centro si trova. Il limite scende a 50 anni per i pensionati, mentre le persone con invalidità superiore al 70% devono aver compiuto almeno 45 anni. Per informazioni sui centri sociali presenti nel proprio territorio e sulle modalità di iscrizione, è necessario contattare il Servizio Sociale del Comune o della Circoscrizione di residenza.

5.4 AFFIDAMENTO

L'esperienza in questi anni ha confermato la validità dello strumento "affidamento" per poter mantenere la persona al proprio domicilio, riducendo il rischio di istituzionalizzazione e/o di isolamento sociale, rappresentando una preziosa fonte di sostegno alla famiglia d'origine (laddove presente) o al singolo beneficiario, spesso in condizioni di ridotta autonomia.

Si tratta di un servizio di volontariato svolto da famiglie o da persone singole selezionate dall'amministrazione comunale.

L'affidamento diurno consiste in attività di sostegno e supporto alle famiglie di origine e di aiuto alla persona disabile o anziana nelle attività di tutti i giorni. L'affidamento residenziale consiste nell'ospitare nella propria abitazione una persona disabile o anziana al fine di evitare o ritardare l'inserimento in strutture residenziali.

Agli affidatari è garantito un rimborso spese e la copertura assicurativa per il servizio prestato: per gli affidamenti diurni la quota va da un minimo di euro 170,43 ad un massimo di euro 462,75 mentre per gli affidamenti residenziali da un minimo di euro 330,53 ad un massimo di euro 661,06.

5.5 COMUNITÀ ALLOGGIO

Le persone anziane autosufficienti che non intendono più rimanere nella propria casa possono richiedere, invece del ricovero in un Istituto, l'inserimento in una Comunità Alloggio per anziani. Gli alloggi ospitano fino a sette-otto persone in camere a uno o due letti. Gli assistenti domiciliari garantiscono un aiuto nelle incombenze domestiche quotidiane. Può accedere al servizio chi ha compiuto 65 anni, o chi ha compiuto 55 anni e ha un'invalidità superiore a quella per il diritto alla pensione e chi ha un reddito inferiore a un massimale stabilito.

5.6 RESIDENZA PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI

Durante gli anni Novanta è stato notevole l'incremento nel numero di case di riposo (nome diffuso per indicare la residenza per anziani autosufficienti). In esse vengono ospitati anche i malati cronici che non possono essere accolti nei servizi previsti dai piani sanitari regionali.

I problemi sanitari e all'abbandono della persona da parte dei familiari, hanno fatto sì che gli istituti di ricovero abbiano proliferato, a dispetto tendenza culturale che spinge verso la totale deistituzionalizzazione.

Queste residenze ospitano cittadini anziani, singoli o in coppia, che non possono o non vogliono rimanere nella propria casa, e che sono dichiarati autosufficienti dal medico curante. Sono strutture alberghiere con un massimo di 80-100 posti letto. Il ricovero presso queste strutture deve essere richiesto al servizio sociale della propria circoscrizione di residenza ed è riservato a persone che abbiano compiuto i 65 anni, o 55 con un grado d'invalidità civile superiore al 74%. Il costo giornaliero dell'ospitalità è commisurato al reddito posseduto dalla persona ricoverata. Per l'inserimento in struttura residenziale è necessario che la persona anziana esprima, in modo consapevole, il consenso. Se la sua condizione non le consente di esprimere tale parere è necessario attivare una procedura per individuare un soggetto che possa legittimamente decidere l'inserimento definitivo in struttura residenziale (tutore o amministratore di sostegno).

6. ANZIANI E ASSISTENZA

La valutazione delle competenze, delle abilità e del grado di autonomia dell'anziano è indispensabile e deve precedere qualsiasi decisione assistenziale. L'osservazione scrupolosa della persona, nella sua globalità, consente di formulare e vagliare l'efficacia delle alternative assistenziali più opportune per favorire il mantenimento o il potenziamento delle capacità.

L'analisi multifattoriale, in cui i fattori organici non siano considerati isolatamente né siano gli unici dati sui quali formulare un piano di trattamento è estremamente importante. Infatti, il concorso di più disturbi funzionali, cronici o meno, della sfera fisica e psichica influiscono sullo stato di autonomia e si aggravano con l'età. Spesso inoltre i sintomi si presentano in modo atipico e la raccolta anamnestica diventa più difficoltosa poiché l'anziano confonde spesso i disturbi come una inevitabile conseguenza dell'età. Una insufficiente valutazione dei sintomi potrebbe provocare anche effetti «a cascata»: ad esempio, l'ospedalizzazione può scatenare l'insorgere di uno stato depressivo che ha come conseguenza l'abbandono di ogni partecipazione alla cura e, infine, la totale perdita di autonomia. Anche fattori sociali e relazionali possono essere determinanti: ad esempio le ridotte possibilità economiche possono acuire e aggravare l'isolamento dell'anziano.

Anche se l'anziano è relativamente autonomo, è indispensabile rilevare fino a quale punto è in grado di partecipare al trattamento in modo attivo. Talvolta vengono proposte «soluzioni» che tendono a favorire la dipendenza in termini di “iperprotezione”, provocando un abbassamento ulteriore delle capacità di reazione. In ogni caso, una valutazione efficace richiede il contributo di più punti di vista (medico, psicologico, riabilitativo, sociale) ed un lavoro interdisciplinare.

La raccolta dei dati anamnestici è articolata in più fasi: ad un primo colloquio con l'anziano (ma anche con i suoi familiari e gli operatori che seguono il caso) segue l'osservazione diretta dell'anziano in ambito ospedaliero o domestico per valutarne il grado di adattamento e di autosufficienza rispetto le normali attività di cura della sua persona; infine, è previsto l'uso di scale di valutazione.

6.1 AUTOSUFFICIENZA ED AUTONOMIA

Per autosufficienza si intende la capacità un individuo di provvedere a se stesso, ma quando si esamina questa capacità negli anziani è spesso complesso stabilire i canoni per determinare i limiti in cui una persona non riesce più a badare a se stessa, sono state così studiate molte scale che valutano i comportamenti, gli aspetti cognitivi e quelli sociali.

Il Mini Mental State Examination (MMSE), è uno strumento ideato da Folstein nel 1975, attualmente è il più diffuso ed ha lo scopo di indagare le capacità cognitive di un individuo tramite 11 items riguardanti l'orientamento nel tempo e nello spazio, la memoria, l'attenzione, la capacità di calcolo e il linguaggio. Altre scale valutano lo stato funzionale, fra cui la ADL di Katz del 1970 usata per rilevare l'autonomia dell'individuo, la IADL di Lawton del 1969, invece, si utilizza per valutare la capacità dell'individuo ad utilizzare semplici strumenti quali il telefono, i mezzi di trasporto o il denaro; per lo stesso scopo ci si può avvalere del BARTHEL INDEX di Mahoney del 1965.

Autonomia, invece, fa riferimento alla possibilità di un individuo di prendere decisioni che riguardano la propria persona e può non coincidere con l'autosufficienza.

6.2 L'UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA

L'Unità di Valutazione Geriatrica è il gruppo multidisciplinare che realizza l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari nonché fra interventi ospedalieri e territoriali, ispirandosi ai principi della valutazione funzionale multidimensionale. L'Unità Valutativa Geriatrica (U.V.G) è, quindi, il nucleo centrale del coordinamento per accedere ai diversi servizi socio – sanitari rivolti agli anziani. Nell'ambito del sistema dei servizi alle persone anziane, i compiti assegnati all'U.V.G. sono i seguenti:

1) esaminare le proposte di inserimento in strutture residenziali e semi-residenziali avanzate dalle équipe multiprofessionali di zona (costituite dagli operatori di riferimento del domicilio dell'utente: medico di

- medicina generale, assistente sociale, infermiere professionale e assistente domiciliare e dei servizi tutelari), relative esclusivamente a persone di età pari o superiore a 65 anni
- 2) definire e verificare il programma di lavoro individualizzato per ogni utente inserito in struttura
 - 3) definire il numero di posti letto da dedicare ai ricoveri temporanei per garantire la continuità assistenziale ai pazienti ricoverati e per sollevare temporaneamente la famiglia dal carico assistenziale di un congiunto assistito al domicilio
 - 4) assicurare la raccolta e il coordinamento dei bisogni territoriali emersi a seguito di un'analisi puntuale svolta dalle unità distrettuali, in merito agli interventi afferenti all'area della domiciliarità, a quella della semi residenzialità e della residenzialità
 - 5) mettere a punto programmi e progetti atti a rispondere, nel modo più adeguato, ai reali bisogni delle persone anziane affette da patologie che determinano non autosufficienza e delle loro
 - 6) fornire consulenza tecnico scientifica per l'adeguata organizzazione e verifica dei servizi socio-sanitari rivolti agli anziani
 - 7) contribuire alla definizione di linee guida per la formazione degli operatori sanitari e sociali operanti nell'ambito dei servizi rivolti agli anziani affetti da patologie che determinano non autosufficienza.

L'UVG è organizzata sul territorio in nuclei distrettuali, ai quali compete:

- 1) l'individuazione, attraverso la valutazione multidimensionale e con assunzione della relativa responsabilità dal punto di vista clinico e socio-sanitario, dei bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio
- 2) la predisposizione e/o approvazione del Progetto Assistenziale Individuale (P.A.I)
- 3) la predisposizione della documentazione necessaria per l'eventuale integrazione della retta da parte del comune o ente gestore socio-assistenziale competente nel caso di ricovero in residenza sanitaria assistenziale
- 4) l'invio, su richiesta dell'interessato, della documentazione al Servizio di Medicina Legale per il rilascio delle provvidenze economiche
- 5) il monitoraggio e l'eventuale revisione dei Progetti Assistenziali attivati

L'U.V.G. può intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni, in presenza di patologie invalidanti, tali da far ravvisare nel caso in oggetto caratteristiche di norma proprie dell'anziano; nel caso di patologie connesse alla salute mentale o alle dipendenze, l'U.V.G. può avvalersi di consulenze delle figure professionali confacenti alla patologia individuata e definisce con i relativi servizi di riferimento dei protocolli di collaborazione.

I Nuclei Interdisciplinari Anziani (N.I.A.)

L'Unità di Valutazione Geriatrica Distrettuale svolge le funzioni ad essa attribuite, avvalendosi dei Nuclei Interdisciplinari preposti all'assistenza territoriale domiciliare, semi residenziale e residenziale degli anziani.

I Nuclei rappresentano una modalità operativa dell'Unità di Valutazione e sono composti da figure professionali sanitarie e sociali con competenze mediche, infermieristiche e sociali.

Ai nuclei compete lo svolgimento delle attività istruttorie finalizzate alla valutazione delle situazioni ed alla definizione dei progetti individuali da sottoporre all'Unità di Valutazione che settimanalmente viene chiamata a riunirsi con la presenza di tutti i componenti. Visti i bisogni e gli obiettivi definiti, viene redatto il programma assistenziale individuale (P.A.I.) che deve contenere, oltre alla descrizione degli interventi da attuare, l'indicazione dei tempi di realizzazione e di verifica e/o di rivalutazione del medesimo.

Il N.I.A. individua al suo interno il referente del progetto per il singolo paziente e svolge le funzioni di monitoraggio dei progetti individualizzati approvati dall'Unità di Valutazione ed assegnati ai responsabili dei casi individuati nell'ambito della rete dei servizi distrettuali.

Le persone anziane che necessitano di prestazioni socio sanitarie possono rivolgersi alla segreteria del distretto (e/o agli uffici territoriali degli Enti Gestori) facendo richiesta su apposito modulo. Sarà compito dell'U.V.G. orientare l'utente e/o la famiglia sulla tipologia di prestazione più idonea.

Le prestazioni essenziali socio sanitarie che possono essere fornite alle persone anziane affette da patologie che determinano non autosufficienza attraverso l'Unità di Valutazione Distrettuale sono:

- Cure domiciliari
- Servizio di Tele soccorso e Tele assistenza

- Assegno di servizio, purché rispondente a spese di assistenza documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali
- Affidamento intra ed etero familiare
- Inserimento in Centro Diurno Alzheimer
- Inserimento in Centro Diurno per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti
- Inserimenti in strutture residenziali, temporanei e definitivi, per non autosufficienti.

7. SERVIZI E INTERVENTI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Ausili e agevolazioni
Assegno di cura e voucher
Servizi di tregua
Ricovero di sollievo
Centro diurno e centro diurno Alzheimer
Residenza sanitaria assistenziale

Gli interventi e i servizi a tutela delle persone anziane non autosufficienti sono erogati attraverso due distinti canali:

- 1) da un lato abbiamo gli interventi di previdenza sociale quali l'integrazione al minimo della pensione, l'assegno e la pensione sociale, la pensione e l'assegno di invalidità civile, l'indennità di accompagnamento. Sono gestiti ed erogati a livello nazionale dall'inps attraverso l'asl
- 2) dall'altro abbiamo le prestazioni sociali agevolate gestite direttamente o indirettamente dagli Enti Locali. Tra queste prestazioni rientrano i servizi di assistenza domiciliare, di pasti a domicilio e di telesoccorso, l'ospitalità nelle case di riposo e nelle residenze sociali assistenziali e alcune agevolazioni economiche (contributo per gli affitti, agevolazioni sulle bollette del telefono, della luce o del gas, ecc). Questi servizi I sono forniti ai cittadini attraverso il criterio di priorità che valuta sia la condizione economica che quella sanitaria. Il costo dei vari servizi per il cittadino è fissato dai singoli Comuni che, con una delibera pubblica, stabiliscono i limiti dell'Isee necessari per poter accedere al servizio e gli eventuali scaglioni che regolano la partecipazione al costo.

Quindi, nel caso in cui una persona anziana non sia più autosufficiente, è opportuno sfruttare entrambi i canali di assistenza. Si può presentare domanda di riconoscimento di invalidità civile e richiedere il riconoscimento della condizione di handicap (legge 104/92).

Il riconoscimento di invalidità civile dà diritto ad alcune prestazioni sanitarie (esenzione dal pagamento del ticket sanitario ed erogazione di ausili) e a ricevere un indennizzo economico, qualora ce ne siano i presupposti sanitari, si riceverà, inoltre, l'indennità di accompagnamento.

Il riconoscimento della condizione di "persona handicappata" dà diritto ad alcuni benefici fiscali e, qualora sia accertata dalla commissione una condizione di gravità, la possibilità per i parenti che assistono l'anziano non ricoverato di ottenere dei permessi lavorativi retribuiti.

Può essere inoltre utile richiedere una valutazione all'Unità Valutazione Geriatrica (U.V.G.). L'U.V.G. ha lo scopo di valutare i bisogni sociosanitari della persona anziana non autosufficiente al fine di definire un progetto assistenziale che preveda l'attivazione di interventi specifici di assistenza e cura della persona.

7.1 AUSILI E AGEVOLAZIONI

La persona anziana non autosufficiente spesso necessita di ausili tecnici: carrozzina, letto ortopedico, deambulatore, ecc. oppure ausili per l'incontinenza: pannoloni, traverse, cateteri, ecc.

Gli ausili tecnici (carrozzina, letto ortopedico, deambulatore, ecc.) vengono erogati solo a persone con un'invalidità accertata e solo se correlati alla patologia riportata sul certificato di invalidità (ad esempio la carrozzina viene autorizzata solo se la patologia comporta gravi difficoltà o impossibilità a deambulare).

Per ottenere gli ausili tecnici è necessario presentare all'ufficio protesi del Distretto sanitario di riferimento:

1. La fotocopia del certificato di invalidità oppure l'attestato provvisorio,
2. la prescrizione di un medico specialista operante presso una struttura pubblica (ASL o ospedale);
3. il preventivo di una ditta ortopedica convenzionata con il servizio sanitario.

Per ottenere l'erogazione degli ausili tecnici sopra elencati non è necessario attendere il certificato definitivo rilasciato dalla commissione medico-legale: si può chiedere all'ufficio invalidi civili che venga rilasciato un "attestato provvisorio" al momento della presentazione della domanda di invalidità oppure al momento della visita medico-legale. L'attestato provvisorio sostituisce il certificato di invalidità solo per la prima fornitura, successivamente è necessario presentare il certificato definitivo.

Gli ausili per l'incontinenza vengono erogati a tutti coloro cui è stata accertata un'incontinenza sfinterica da un medico specialista di struttura pubblica anche se non si è stati riconosciuti invalidi o non è stata presentata la domanda di riconoscimento di invalidità. È sufficiente che il medico specialista, oltre a certificare l'incontinenza, prescriva la tipologia e la quantità di ausili necessari (ad esempio 120 pannoloni per tre mesi); la prescrizione del medico specialista deve essere consegnata all'ufficio competente del distretto sanitario per l'autorizzazione.

È possibile scegliere la fornitura diretta, e l'ASL provvederà a consegnare a casa dell'interessato il quantitativo di ausili necessari, oppure verrà rilasciato un buono per ritirarli in una farmacia o in una ditta produttrice.

La persona anziana ultrasessantacinquenne a cui sia stata riconosciuta una percentuale di invalidità pari o superiore al 67% ha diritto a richiedere l'esenzione dal pagamento totale del ticket sanitario per i farmaci e per le altre prestazioni sanitarie (visite specialistiche, esami, ecc.) eventualmente a carico per motivi reddituali prescritti dal medico di medicina generale sul ricettario regionale. Il cittadino ultrasessantacinquenne non invalido ha diritto ad ottenere le prestazioni specialistiche (accertamenti diagnostici e visite specialistiche) senza il pagamento del ticket sanitario solo se il reddito del nucleo familiare non supera un livello determinato. (nel 2005 il limite era fissato a € 38.734,27).

Per ottenere l'esenzione totale dal pagamento del ticket è necessario rivolgersi agli sportelli del distretto sanitario di appartenenza con il certificato di invalidità civile della persona anziana; verrà consegnato un foglio "attestato di esenzione" sul quale è indicato un codice. L'attestato di esenzione dovrà essere consegnato in copia al medico di medicina generale affinché possa riportare il codice nell'apposita casella sul ricettario.

L'indennità di accompagnamento consiste nell'erogazione di un assegno mensile (per il 2004 è pari a € 436,77) erogato dall'INPS alle persone riconosciute aventi diritto dalla commissione medico-legale a seguito di richiesta di riconoscimento di invalidità civile.

La commissione medico-legale provvede ad inviare all'INPS competente la comunicazione del diritto determinato dalle condizioni sanitarie senza che l'interessato debba presentare un'ulteriore domanda.

L'indennità di accompagnamento spetta per 12 mesi all'anno a partire dal mese successivo a quello in cui si è presentata la domanda di invalidità; non è legata in alcun modo al reddito dell'interessato o del nucleo, però non spetta se la persona è ricoverata presso una struttura sanitaria: ospedale, casa di cura o centro di riabilitazione; spetta invece se la persona si trova al proprio domicilio o è ospite presso una struttura residenziale (RAF o RSA) con la retta in tutto o in parte a suo carico.

Oltre al certificato di invalidità civile può essere utile richiedere l'accertamento della condizione di handicap ai sensi della legge 104/92.

La condizione di handicap in situazione di gravità dà diritto, ai parenti entro il terzo grado della persona anziana non autosufficiente, di ottenere dei permessi lavorativi, al massimo 3 giorni al mese, per l'assistenza

dell'anziano. Ai permessi si ha diritto solo se non sono presenti altri familiari conviventi in grado di assistere l'anziano e se questo non è ricoverato in ospedale o in struttura residenziale.

Inoltre, il parente che assiste con continuità una persona handicappata in situazione di gravità ha diritto a scegliere, se possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferita in altra sede senza il suo consenso.

7.2 ASSEGNO DI CURA

Consiste nell'erogazione alla famiglia di un contributo economico finalizzato all'acquisto da parte del beneficiario di prestazioni di lavoro domiciliare. Sono attivi due tipi di assegno di cura in base alle condizioni di autonomia dell'utente:

A – per persone in condizioni di non autosufficienza determinata da gravi disabilità e da malattie di carattere degenerativo invalidanti per le quali le competenti unità di valutazione handicap abbiano valutato una condizione sanitaria almeno equivalente a quella che rende idonei ad essere inseriti in strutture residenziali a rilievo sanitario per persone non autosufficienti (Raf - Residenza assistenziale flessibile o Rsa - Residenza sanitaria assistenziale);

B – per persone senza valutazioni da parte dell'Unità Valutativa Handicap, in condizioni di ridotta autosufficienza, con tasso di invalidità pari o superiore al 74%, se di età inferiore ai 65 anni, o minorenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età.

L'assegno mensile di cura non può superare il costo del servizio definito come necessario e non può essere superiore, se di tipo A, ad euro 1.291,14; se di tipo B, ad euro 387,34.

Se nel nucleo vi sono due anziani o disabili che richiedono l'intervento, il massimale del contributo erogabile è aumentato del 50%; tale massimale è ulteriormente incrementato del 30% se nel nucleo vi sono altri anziani o disabili che richiedono l'intervento.

Il beneficiario o il suo rappresentante legale devono utilizzare i contributi per l'assegno di cura ed il sostegno domiciliare mediante l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato con un terzo, secondo le modalità di erogazione previste dal contratto nazionale collettivo di lavoro per i lavoratori domestici, o attraverso l'acquisto della prestazione da organizzazioni ed imprese per un costo pari all'applicazione di tale contratto.

Il contributo per l'assegno di cura non può essere erogato a favore di cittadini ricoverati in strutture socio-assistenziali o sanitarie; tuttavia per documentate esigenze di assistenza da garantire, l'intervento può proseguire durante ricoveri ospedalieri del beneficiario, a condizione che viva solo e non possa fruire di altre risorse di sostegno, per un periodo limitato e solo per garantire gli interventi indispensabili.

7.3 BUONO FAMIGLIA

E' un intervento economico a favore di una persona in condizione di non autosufficienza nei casi in cui l'assistenza sia prestata da parte di un familiare, o da altre persone appartenenti a reti di solidarietà (vicini di casa, volontariato), che abbiano con la persona un rapporto consolidato.

7.4 RICOVERO DI SOLLIEVO

Rappresenta un'opportunità, per i familiari o il care-giver, di essere sollevati, per un periodo programmato, dal lavoro di cura rivolto a soggetti non autosufficienti o con un'autonomia personale ridotta e che non usufruiscono di servizi residenziali. I servizi di sollievo rispondono al bisogno:

- di accedere a servizi che coprono orari più estesi rispetto a quelli garantiti dai servizi diurni
- di usufruire di opportunità ricreative e socializzanti al di fuori del contesto familiare
- prevenire il prematuro logoramento di energie e attenzioni e favorire la massima permanenza presso il proprio domicilio.

Usualmente il ricovero di sollievo dura 30 giorni, una volta all'anno, destinato all'anziano non autosufficiente. L'accoglienza temporanea non è subordinata a criteri di accesso collegati al reddito bensì all'esito delle valutazioni U.V.G. delle ASL e la richiesta va presentata in quella sede.

7.5 SERVIZI DI TREGUA

Il Servizio di Tregua consiste in prestazioni domiciliari per le famiglie nelle quali sono presenti persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone con invalidità superiore al 74%. Comprende l'aiuto per la cura della persona anziana, dell'ambiente e la preparazione dei pasti. Il servizio è gratuito e disponibile dalle 8.00 alle 22.00; ogni famiglia può usufruirne per un massimo di 16 ore al mese.

7.6 STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI

Sono strutture aperte almeno sei-otto ore al giorno che offrono vari servizi di natura socio-assistenziale. L'obiettivo di questi servizi è aiutare le persone anziane a mantenere la propria autonomia e a vivere nella propria casa. Gli utenti possono usufruire dell'ospitalità e dei servizi del centro per una parte della giornata. Tra i diversi tipi di servizi rientrano: le prestazioni sanitarie di base, le prestazioni socio-assistenziali, la riabilitazione, occasioni di incontri culturali e di socializzazione, assistenza nelle attività quotidiane come il servizio pasti, lavanderia e pulizia. Vi si accede attraverso il Servizio Sociale della zona di residenza.

7.7 CENTRO DIURNO ALZHEIMER

Istituiti per la prima volta in Piemonte a metà degli anni Novanta (il Centro Aurora è stato il primo a Torino), i centri diurni per malati di Alzheimer dipendono dalle ASL. Generalmente sono aperti dalle 7:30 alle 17:00 ed ospitano una quindicina di pazienti per 5 giorni alla settimana, per periodi di 6 mesi rinnovabili. Sono previsti accessi temporanei per urgenze assistenziali. Vi si accede dopo un accertamento dell'Unità di valutazione geriatrica (UVG) che verifica l'idoneità del paziente e lo inserisce in una lista di attesa, nel caso non ci fossero posti liberi. Requisito fondamentale è la presenza di una rete familiare che si occupi del paziente per il resto della giornata.

Queste strutture sono dedicate ad utenti affetti da demenza ma con residue capacità relazionali, in grado di deambulare autonomamente, non aggressivi. Obiettivi del centro sono: mantenere l'autonomia residua psichica e fisica del malato, supportare la famiglia nell'assistenza ed evitare o dilazionare il ricovero definitivo.

Le attività svolte prevedono l'interazione di diverse professionalità; nel Centro opera un'équipe costituita da un geriatra, un infermiere professionale con funzione di coordinamento, un infermiere generico, un educatore e tre operatori socio sanitari.

Sono previste l'igiene completa dell'assistito, l'alimentazione dedicata, l'esecuzione di accertamenti diagnostici strumentali semplici (ECG, esami ematochimici, ecc.) e la somministrazione dell'eventuale terapia farmacologica.

7.8 CENTRO DIURNO

Il centro diurno è una struttura semiresidenziale destinata a fornire accoglienza a persone anziane in condizioni di autosufficienza o con un livello di autonomia ridotto a causa di problematiche di natura prevalentemente fisica, che necessitano di supervisione, tutela, sostegno e aiuto nello svolgimento di alcune delle attività di vita quotidiana. Si rivolge in modo particolare agli anziani che spesso vivono in una condizione di solitudine e di disagio. A differenza del centro sociale, il centro diurno accoglie anziani non completamente autosufficienti. Il centro diurno è, di norma, ubicato in zone urbanizzate e ben collegate con le strutture e i servizi socio-sanitari presenti sul territorio al fine di consentire all'anziano l'integrazione con il contesto ambientale. All'interno del centro operano diverse figure professionali, quali:

- operatori per l'assistenza sociale ed infermieristica
- operatori addetti alla cura della persona, il cui intervento è finalizzato soprattutto all'uso delle potenzialità dell'anziano
- educatori ed animatori
- addetti ai servizi generali

Il centro diurno, oltre a permettere un alleggerimento degli impegni familiari, dovrebbe garantire un'assistenza globale dell'anziano sulla base di piani di lavoro individualizzati, volti ad ottenere la migliore qualità di vita

possibile. Infatti, esso offre attività di riabilitazione, ricreative, culturali, artigianali e numerose occasioni di socializzazione, ponendosi come luogo di incontro per la vita di relazione.

Le prestazioni e i servizi offerti dal centro sono:

- assistenza tutelare diurna
- assistenza infermieristica
- servizio mensa, lavanderia e stireria
- igiene della persona (bagni, pedicure, lavaggio capelli)
- contatti con enti assistenziali e/o previdenziali
- attività ludico-ricreative
- attività motorie ricreative
- trasporto da casa al centro e viceversa

Vi si accede su segnalazione dei servizi sociali e, per casi particolari, può essere esteso agli anziani non residenti nella circoscrizione di riferimento. Generalmente accoglie una ventina di persone bisognose di sostegno nell'arco della giornata. Il centro diurno è aperto, solitamente, dalle 9 del mattino alle 16. Per accedere al centro occorre rivolgersi ai servizi sociali della circoscrizione.

7.9 RESIDENZA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Questo tipo di residenza ospita cittadini anziani non autosufficienti, affetti da patologie croniche, per i quali le Unità di Valutazione Geriatrica hanno indicato la necessità di cure sanitarie e assistenziali alla persona.

L'inserimento presso queste strutture può avvenire privatamente oppure tramite l'invio dell'A.S.L. di residenza.

Nel primo caso, inserimento privato, l'interessato sceglie liberamente la struttura e concorda direttamente con questa il pagamento e l'importo della retta, comprendente sia la quota sanitaria che la quota alberghiera.

Nel secondo caso, invio effettuato dall'A.S.L. di residenza, l'importo della retta viene ripartito tra "quota sanitaria", a carico dell'A.S.L., e quota "alberghiera" o "socioassistenziale" a carico del ricoverato. Nel caso in cui le sue risorse economiche fossero insufficienti, è previsto il contributo integrativo del Comune.

Nel caso in cui la persona si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisogni di un'assistenza continua, potrà disporre dell'indennità di accompagnamento, indipendentemente dalla sua situazione economica. Sono escluse dall'indennità solo le persone ricoverate gratuitamente.

Per ottenere l'inserimento in struttura residenziale tramite A.S.L. è necessario presentare una domanda di valutazione all'U.V.G. E' questa commissione che propone l'inserimento in struttura residenziale qualora la persona anziana non possa essere adeguatamente assistita presso il domicilio.

L'U.V.G. si esprime anche sulla tipologia di struttura (R.A.F., R.S.A. o Nucleo Demenze) idonea ad accogliere la persona e a garantire un'assistenza appropriata tenendo conto delle esigenze sanitarie ed assistenziali.

Se la persona anziana non è più in grado di esprimere il suo consenso all'inserimento in modo consapevole, in sede di valutazione geriatrica verrà chiesto ai familiari di procedere all'avvio di una procedura di interdizione o di amministrazione di sostegno affinché al momento dell'inserimento in struttura si possa fare riferimento ad un legale rappresentante, tutore provvisorio o definitivo o amministratore di sostegno, per esprimere il consenso al trasferimento definitivo in struttura residenziale.

Secondo le indicazioni stabilite dalle linee guida del ministero della Sanità le Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.) sono strutture a metà strada tra una casa albergo e un ospedale vero e proprio. In media devono avere 60 posti letto, suddivisi in settori da 20-25. Solo in aree densamente popolate si può arrivare a strutture di 120 posti letto. Le R.S.A. si trovano generalmente in zone già urbanizzate, collegate da mezzi pubblici ai centri urbani per evitare ogni forma di isolamento delle persone anziane o difficoltà di incontro con i familiari o di allontanamento dall'ambito sociale di appartenenza. Agli ospiti è destinata una camera che divideranno al massimo con altre tre persone, dotata di bagno autonomo.

Bibliografia

www.intrage.it	Amministratore di sostegno, interdizione, inabilitazione
www.istat.it	Dati sull'invecchiamento della popolazione
www.over65.it	Morbo di Alzheimer
Gabriele Olivieri	L'anziano nell'istituto. Tesi di laurea a.a. 2002/2003
Maurizio Nada	Appunti sulla domiciliarità
www.santegidio.org	Domiciliarità e anziani
La bottega del possibile	Associazione - servizi per persone in difficoltà
www.cda-asl3.it	Servizi per anziani non autosufficienti
www.cisap.to.it	Regolamento UVG Comune di Torino
Regione Veneto (DGR 3979 9/11/99)	SVAMA - Valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano
Comune di Torino	Carta dei servizi delle residenze per anziani
www.fondazionepromozionesociale.it	Assegno di cura
A.S.L. 1 di Torino	Opuscolo informativo sui servizi per la persona anziana non autosufficiente

Indice

<u>L'invecchiamento biologico.....</u>	<u>2</u>
<u>L'invecchiamento psichico.....</u>	<u>2</u>
<u>Modificazioni affettive.....</u>	<u>3</u>
<u>Modificazioni della sfera sessuale.....</u>	<u>3</u>
<u>La gestione del tempo.....</u>	<u>4</u>
<u>La demenza e le demenze.....</u>	<u>4</u>
<u>Morbo di Alzheimer.....</u>	<u>5</u>