



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Neuroscienze DNS  
Corso di Studio in Educazione Professionale

**RELAZIONE FINALE DI LAUREA**

**La longevità attiva: l'intergenerazionalità come strumento  
operativo dell'Educatore Professionale**

RELATORE: Prof.ssa Patrizia Granata

LAUREANDO

Nome: Marco Mariga  
Matricola n°: 1068899

Anno Accademico 2015 - 2016



## **Sommario**

INTRODUZIONE.....	3
-------------------	---

### **Capitolo 1**

L'INVECCHIAMENTO .....	4
------------------------	---

1.1. Una definizione di invecchiamento.....	4
---	---

1.2. Le teorie sull'invecchiamento.....	6
---	---

1.3. Uno sguardo sull'invecchiamento.....	8
---	---

1.3.1. Conseguenze dell'invecchiamento demografico.....	11
---	----

1.4. La difficile condizione dell'anziano.....	11
--	----

### **Capitolo 2**

PROBLEMATICHE E BISOGNI DELL'ANZIANO.....	14
---	----

2.1. Patologie di tipo fisico.....	14
------------------------------------	----

2.1.1. Malattie dell'apparato cardiovascolare.....	15
--	----

2.1.2. Malattie dell'apparato gastrointestinale.....	15
--	----

2.1.3. Malattie dell'apparato osteo-articolare.....	16
---	----

2.1.4. Altre patologie di tipo fisico.....	16
--	----

2.1.5. Malattie del sistema nervoso e mentale.....	17
--	----

2.2. Problematiche di tipo cognitivo.....	18
---	----

2.3. Problematiche psico-sociali e affettive.....	19
---	----

### **Capitolo 3**

L'EDUCATORE E L'INVECCHIAMENTO.....	22
-------------------------------------	----

3.1. Un inquadramento generale.....	22
-------------------------------------	----

3.2. Le aree di intervento.....	23
---------------------------------	----

3.3. La preparazione dei Caregivers.....	24
3.4. Il ruolo dell'educatore nelle patologie dell'anziano.....	24
3.4.1. Il lavoro con l'anziano autosufficiente o con lieve deficit.....	25
3.4.1.1. L'attività con gli anziani autosufficienti o con lieve deficit.....	27
3.4.2. Il lavoro con l'anziano non autosufficiente.....	27
3.4.2.2. Attività di stimolazione cognitiva con pazienti non autosufficienti.....	29

## Capitolo 4

L'INVECCHIAMENTO ATTIVO COME STRUMENTO DI PREVENZIONE ALLE PATOLOGIE DELL'AVANZARE DELL'ETÀ.....	31
4.1. Introduzione.....	31
4.2. Regole per un buon invecchiamento.....	33
4.3. I servizi forniti all'anziano a livello istituzionale.....	35

## Capitolo 5

LA SOLIDARIETÀ INTERGENERAZIONALE.....	36
5.1. L'intergenerazionalità: un'opportunità di arricchimento reciproco.....	36
5.2. Obiettivi.....	37
5.3. Qualche esempio di attività operative intergenerazionali.....	39
5.4. La longevità come risorsa: l'esempio del <i>Civitas Vitae</i> di Padova.....	41
5.4.1. I benefici della longevità attiva: uno studio del CENSIS.....	42
5.4.1.1. Considerazioni sullo studio.....	44
CONCLUSIONI.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	47
ARTICOLI.....	48
SITOGRAFIA.....	48
RINGRAZIAMENTI.....	49

## INTRODUZIONE

L'Italia è un paese in continuo invecchiamento: l'attuale trend demografico mostra che le nascite stanno subendo un continuo calo e l'età del prima gravidanza continua ad essere posticipata; viceversa, grazie i miglioramenti apportati dalla scienza medica, hanno permesso di aumentare la speranza di vita e molte patologie, un tempo mortali, oggi sono curabili; allo stesso tempo si è assistito all'aumento delle patologie cronico-degenerative dell'età senile, che non portano ad una morte immediata, ma con cui bisogna imparare a convivere.

È dunque di primaria importanza riconsiderare la figura e il ruolo dell'anziano nella nostra società, mettendo in atto politiche sociali che gli permettano di mantenere un ruolo dignitoso per sé stesso e di diventare una risorsa per la collettività.

La scelta di questo tema per la mia tesi è stata motivata da un personale interesse insorto nel corso del percorso universitario e del tirocinio a contatto con utenti in questa fascia d'età: persone, esperienze e situazioni particolarmente coinvolgenti hanno indirizzato la mia scelta verso i temi della longevità attiva e dell'intergenerazionalità, temi di pregnante significanza nella società attuale e che ne assumeranno ancor più nel futuro.

Lo svolgimento della tesi partirà dall'analisi delle problematiche di tipo fisico, cognitivo, psico-sociali ed affettive della persona anziana; si procederà con l'individuazione degli interventi da parte degli educatori su soggetti con vari livelli di deficit psico-fisico e con vari livelli di autonomia.

L'argomentazione centrale della tesi si soffermerà sulle procedure da mettere in atto per realizzare *l'invecchiamento attivo*, in particolare tramite l'intergenerazionalità, di cui saranno riportati obiettivi e attività con alunni e studenti di vari livelli scolastici; sarà presentata anche la mia esperienza di tirocinio realizzata presso l'*Opera Immacolata Concezione ONLUS* della Mandria a Padova.

In conclusione sarà riportato uno studio realizzato dal CENSIS nel 2007, nel quale sono stati sperimentati i benefici di un percorso di longevità attiva (*Percorso Terza Età Protagonista*); i risultati hanno messo in evidenza, nel campione di anziani presi in esame, un aumento nella motivazione positiva all'assunzione e al mantenimento di un ruolo attivo nella prosecuzione della propria vita.

# CAPITOLO 1

## L'INVECCHIAMENTO

### 1.1. UNA DEFINIZIONE DI INVECCHIAMENTO

L'invecchiamento viene definito come la somma di tutte le modificazioni biologiche e psicologiche che accompagnano ciascun individuo lungo il cammino della sua vita ed è caratterizzato dall'inesorabile passare degli anni, con le conseguenti ricadute sulla sua efficienza e sulla sua capacità di adattamento psico-fisico.

Da molti anni si sta cercando di stabilire dei parametri che permettano di definire l'età senile e di individuarne l'inizio, visto che l'invecchiamento è un processo che inizia sin dalla nascita. Per quanto concerne poi la soglia d'ingresso nella vecchiaia, le classificazioni sono le più varie.

L'Istat fissa tre tipi di criteri, quello *economico* (indicato dall'età pensionabile, che in genere ha inizio dopo i 65 anni); quello *biologico* (secondo cui la vecchiaia inizia quando l'individuo inizia a soffrire di qualche tipo di disabilità psicofisica, nella maggior parte dei casi tra i 70 e i 75 anni) o quello *demografico*.

L'età senile può venire inoltre determinata e classificata in base ad altri fattori:

- La psicologia dell'invecchiamento teorizzata da Laslett propone una suddivisione di tipo *cronologico* della popolazione anziana in quattro segmenti:
  - “vecchi-giovani” (old-young);
  - “vecchi-vecchi” (old-old);
  - “terza età” (caratterizzata da buone condizioni di salute, inserimento sociale, disponibilità di risorse diverse e realizzazione personale);
  - “quarta età” (che si distingue per la dipendenza e il decadimento fisico);
- Si può classificare la vecchiaia anche in base ad un'*età biologica*: questa si riferisce al personale patrimonio genetico di ciascun individuo, alla qualità e allo stato del suo organismo e viene valutata in base a valori standard di riferimento. Dipende anche dalle influenze ambientali esterne; si avvicina all'età cronologica, ma non sempre si identifica con essa.
- Esiste anche un'*età psicologica* dell'anziano, determinata dalle sue capacità adattative, riguardo al suo inserimento nell'ambiente e alle sue relazioni

intersoggettive.

- Un altro criterio di riferimento è costituito dall'*età sociale*, che riguarda le abitudini e i ruoli sociali dell'anziano, rispetto al suo gruppo sociale di riferimento.

La MEDICINA ritiene invece l'invecchiamento un processo biochimico che conduce ad un graduale deterioramento e declino dell'organismo, accompagnato dalla comparsa di patologie e di impedimenti, che viene diviso in vari livelli:

- I: quello che si caratterizza per una grave debilitazione a cui non è possibile porre rimedio;
- II: si ha quando le patologie che colpiscono sono in parte reversibili;
- III: si verifica quando l'individuo gode di un buono stato di salute. (Cesa Bianchi, 2004)

L'invecchiamento della popolazione è un processo in continuo aumento nella società dei nostri tempi, accentuato soprattutto dalle attuali dinamiche demografiche e sociali: forte incremento della sopravvivenza, bassa fecondità, migliore qualità della vita, notevole aumento dell'aspettativa di vita.

Tutti questi fattori hanno portato all'innalzamento dell'età media della popolazione, a cui però si accompagna un aumento delle patologie cronico-degenerative legate all'età, che spesso causano disabilità e perdita di autonomia.

L'aumento delle patologie cronico-degenerative ha causato la nascita di una nuova domanda di cura e di prestazioni, che prevedono un intervento medico e il ricorso all'utilizzo di farmaci il cui consumo, secondo l'Istat, negli ultrasessantacinquenni è tre volte maggiore rispetto al resto della popolazione. Tali interventi accompagneranno l'anziano durante tutto il resto della vita. (Tognetti Bordogna M, 2007)

## 1.2. LE TEORIE SULL'INVECCHIAMENTO

Bisogna innanzitutto distinguere i due concetti di “*invecchiamento*” e “*senescenza*”:

L'*invecchiamento* comporta una graduale modificazione a livello tissutale e cellulare, a cui sono sottoposte le strutture dell'organismo con il passare degli anni; tale modificazione non dipende ovviamente da situazioni morbose o malattie che possano aumentare la probabilità di morte.

La *senescenza* rappresenta invece la fase più tardiva dell'invecchiamento e riguarda la qualità di quella modificazione e la comparsa delle forme deleterie dell'organismo che portano alla morte.

Nel corso degli anni si sono sviluppate diverse teorie che riguardano l'invecchiamento sia di tipo medico, che di tipo sociale.

LE TEORIE MEDICHE più significative sono:

- **La teoria dell'invecchiamento problematico (detta anche della *senescenza programmata o dell'orologio biologico*)**, secondo cui esso dipende da un'evoluzione tempo-correlata delle diverse funzioni: secondo questa ipotesi l'invecchiamento sarebbe geneticamente programmato sin dalla nascita e sarebbe causato dall'accensione-spegnimento di alcuni geni in grado di regolare le varie funzioni biologiche.

A questa teoria sono collegate:

- La teoria neuroendocrina, che sostiene che dal sistema ormonale dipende il declino delle funzioni fisiologiche dell'organismo;
- La teoria immunologica, secondo cui il decadimento del sistema immunitario è responsabile di una maggiore vulnerabilità dell'organismo: assommando una quantità di stress immunologici, di infezioni batteriche e virali, esso diventa più debole e soggetto ad essere colpito dalle malattie infettive, che conducono all'invecchiamento e alla morte.

Se noi potessimo intervenire sui geni responsabili di queste funzioni biologiche, potremmo limitare l'invecchiamento.

- **Teoria della *senescenza non programmata***, secondo la quale l'invecchiamento è un processo del tutto casuale, dovuto all'accumulo di errori nel corso del tempo dalle cellule del nostro corpo, a causa di ripetuti stress, infezioni, traumi, diete

scorrette. Questa teoria attribuisce dunque l'invecchiamento a danni riportati dall'impatto con l'ambiente e non ad un predeterminato programma genetico.

LE TEORIE AMBIENTALI invece attribuiscono una grande responsabilità del deterioramento fisico all'ambiente esterno.

- La **Teoria dell'usura**, ad esempio, afferma che, dal momento che gli uomini vivono immersi nell'ambiente naturale, essi sono esposti a fattori esogeni che possono essere responsabili dell'invecchiamento: tra essi i fattori climatici (luce, temperatura, umidità), i contenuti minerali delle acque e soprattutto le radiazioni atmosferiche, le onde elettromagnetiche, l'inquinamento tossico e radioattivo, nonché le sostanze dannose presenti negli alimenti. Anche un'esposizione ai raggi solari non adeguatamente protetta induce un precoce deterioramento della pelle. Tutti questi agenti esogeni agirebbero in vario modo sul corpo umano, comportando modificazioni cellulari, responsabili dell'invecchiamento.

Le TEORIE SOCIALI invece pongono l'accento sui fattori sociali che possono influire sul deterioramento psicologico della persona anziana:

- La **Teoria del disimpegno**, di Cumming ed Henry, sostiene che durante la vecchiaia avviene una separazione tra l'anziano e l'ambiente circostante, con conseguente riduzione delle sue relazioni sociali, che si limitano solo a quelle parentali, che acquisiscono un ruolo centrale nella sua vita.
- **Teoria della perdita del ruolo sociale**: raggiunto il pensionamento, l'anziano che ha abbandonato il lavoro, che era stato un elemento centrale della sua vita, si ritrova a perdere anche il suo status sociale, il suo reddito e la sua autonomia; ha completato anche il suo ruolo di genitore perché i figli sono ormai adulti. Spesso ha pure perso il compagno o la compagna e gran parte degli amici.

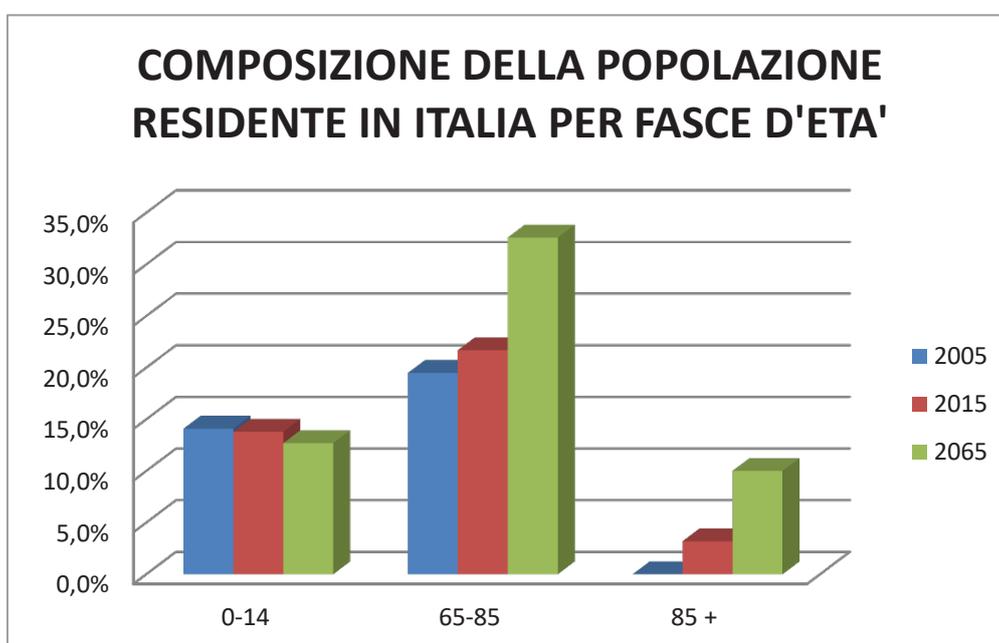
Nonostante il gran numero di teorie diverse però, possiamo affermare che l'invecchiamento deriva da un insieme di tutti questi processi e non è solo il risultato di uno solo di essi.

### 1.3. UNO SGUARDO SULL'INVECCHIAMENTO

L'Italia, come molti altri paesi occidentali, si presenta oggi caratterizzata da un forte squilibrio generazionale, dovuto all'aumento della speranza di vita, che è raddoppiata negli ultimi cento anni. La riduzione del numero delle nascite riscontra tra i principali fattori la crisi economica del 2008 e l'innalzamento dell'età della prima gravidanza, posticipata sino a raggiungere i 31,6 anni, con la conseguenza di un sensibile aumento della sterilità di coppia.

Si prendano in esame alcuni interessanti dati:

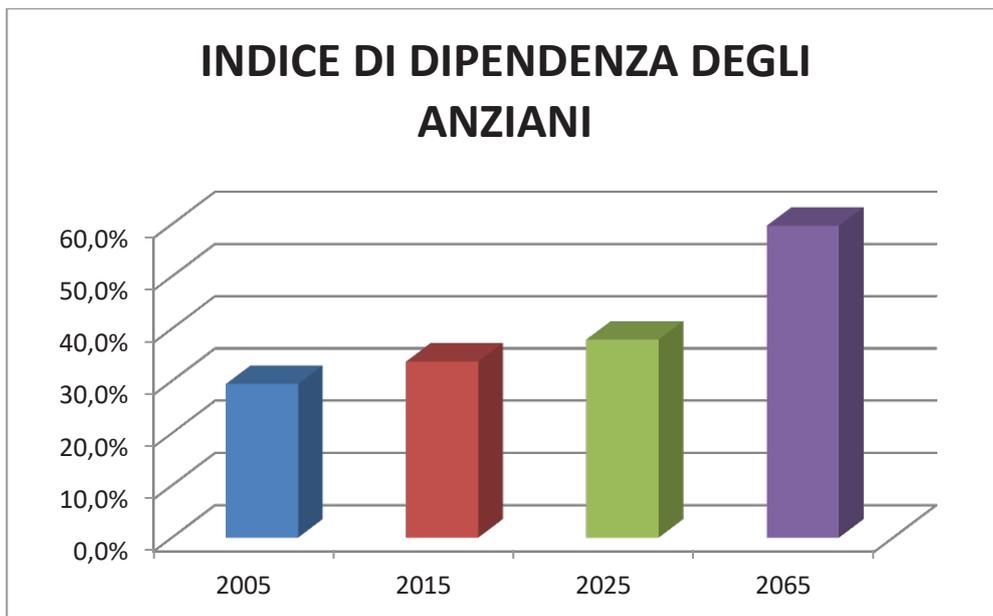
#### COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN ITALIA PER FASCE D'ETÀ



Dall'analisi risulta evidente che, mentre nel corso degli anni diminuisce progressivamente la percentuale dei rappresentanti in fascia d'età 0-14, quella degli ultrasessantenni aumenta del 13%; ma il dato più rilevante è quello riguardante gli anziani che superano gli 85 anni, la cui consistenza risulterà quasi triplicata.

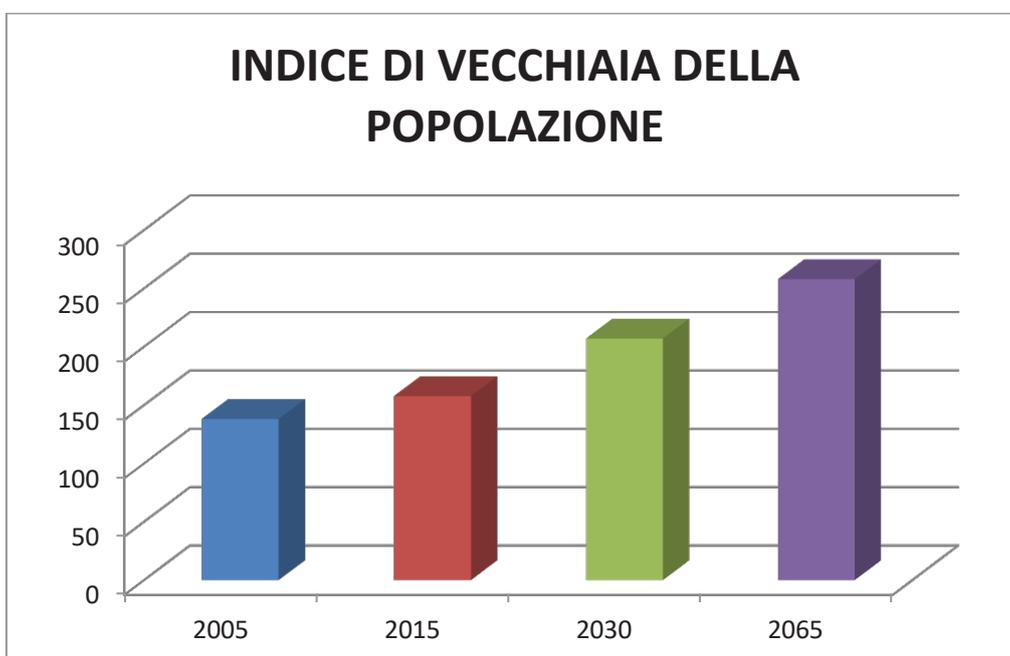
#### INDICE DI DIPENDENZA DEGLI ANZIANI

L'indice di dipendenza degli anziani è il rapporto tra la popolazione in età pensionabile (65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni): il suo aumento esponenziale è responsabile della crisi della sostenibilità degli interventi sociali a favore degli anziani.



### INDICE DI VECCHIAIA DELLA POPOLAZIONE

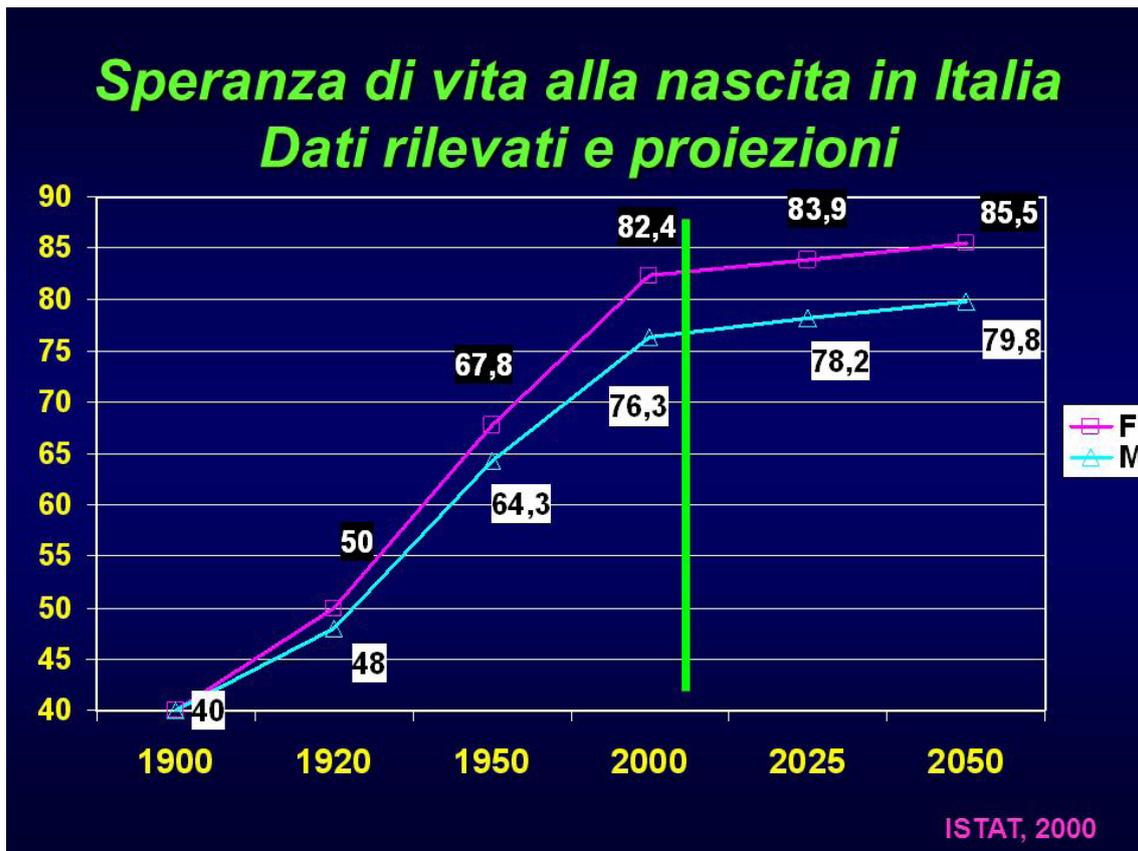
L'indice di vecchiaia della popolazione, è il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e più) e la popolazione più giovane (0-14 anni).



## SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

Indica il numero medio di anni che ogni neonato ha la probabilità di vivere.

	DONNE	UOMINI
2014	85 ANNI	80,3 ANNI
2065	91,5 ANNI	86,6 ANNI
DIFFERENZA	+7,6%	+7,8%



Come si può notare, vi è un costante incremento della vita media della popolazione italiana che ha caratterizzato anche lo scorso secolo e che ha portato nel 2015 la speranza di vita alla nascita a 84,7 anni per le donne e a 80,1 anni per gli uomini. Il divario tra i due sessi è diminuito dai 6,2 anni del 2001 agli attuali 4,6 del 2015, ma resta comunque abbastanza elevato ed è attribuibile per circa il 60% alla minore mortalità delle donne nell'ambito delle malattie cardiovascolari e dei tumori.

### 1.3.1 CONSEGUENZE DELL'INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO

L'età media della popolazione italiana passerà dunque dai 44,4 anni del 2015 agli attesi 49,7 nel 2065 e, come abbiamo visto, si è allungata anche la speranza di vita alla nascita. Lo stesso si può dire per la speranza di vita a 65 anni, che passerà per le donne dai 22,3 anni del 2014 ai 27,6 anni del 2065 (+23,7%) e per gli uomini dai 18,9 ai 23,5 (+24,3%).

Tutto ciò avrà notevoli conseguenze sia per lo stato, che per la popolazione anziana.

L'Italia in particolare dovrà scontare un crescente “debito demografico” nei confronti delle generazioni future, in termini di sostenibilità dello stato nell'affrontare problemi come la previdenza, la spesa sanitaria, l'assistenza, il welfare.

Tali problemi finiranno inevitabilmente per riflettersi sulla persona anziana. Lo stato infatti fissa l'età del pensionamento secondo due motivazioni fondamentali: la necessità economica di alzare l'età pensionabile, per ridurre i costi del sistema previdenziale e la necessità di sostituire dal mercato di lavoro gli anziani, meno produttivi e meno resistenti fisicamente e mentalmente rispetto ai più giovani. In ogni caso il pensionamento si risolve per l'anziano in una sorta di emarginazione sociale che causa sentimenti di impotenza e di inutilità, in quanto egli si sente ancora in grado di investire le sue risorse in attività gratificanti per sé stesso, per la sua famiglia e per il suo ambiente sociale.

### 1.4. LA DIFFICILE CONDIZIONE DELL'ANZIANO

Essere anziano comporta per un individuo diverse limitazioni:

- Innanzitutto **problemi di salute**, che causano una considerevole perdita di autonomia e la difficoltà, se non addirittura l'impossibilità di dedicarsi ad attività ricreative e manuali; inoltre i problemi di salute, per essere contrastati e/o controllati, richiedono il ricorso ai farmaci, che per l'anziano sono una spesa molto importante, che può colpire anche pesantemente il bilancio della sua famiglia, soprattutto in questi anni caratterizzati da una pesante crisi economica.
- A **livello sociale** poi, gli anziani sono talvolta colpiti dallo stigma sociale, perché ritenuti soggetti inutili che non sono altro che un peso per la società e un costo sia per la sanità che per il sistema pensionistico.

- La mancanza di **attività lavorativa** rappresenta un altro problema per l'anziano che prima regolava la propria vita su questa, in quanto il lavoro gli forniva un ruolo, che egli riteneva di avere nei confronti della società; ora invece l'anziano si trova a passare molto tempo libero che non è in grado di gestire.

Secondo lo psicologo Guido Petter, nella nostra società sono diffuse alcune **idee assai fuorvianti**: (Petter 2009)

- Un' OMOGENEIZZAZIONE INGIUSTIFICATA, secondo la quale si tende a racchiudere gli anziani entro una sola categoria concettuale, quella dei "vecchi", facendo attenuare e sparire le loro peculiari e singolari differenze individuali. Tale omogeneizzazione è infondata, in quanto gli anziani possono essere posti lungo un continuum, ai cui estremi vi sono coloro che vivono una "*vecchiaia grigia*", che non hanno più alcun interesse, non si impegnano in alcuna attività, sono depressi ed isolati e presentano un evidente deterioramento mentale; all'estremità opposta vi sono quelli che stanno vivendo una "*verde vecchiaia*" e che sono pieni di iniziative e socialmente impegnati. (Petter, 2009)

- Un DECADIMENTO GENERALE E INARRESTABILE: la vecchiaia è ritenuta da tutti un'età contrassegnata da un "processo di decadimento fisico e mentale progressivo, marcato e inarrestabile" (Petter 2009, p. 18). Un certo deterioramento, tuttavia, accompagna l'uomo durante tutto il suo arco vitale; certamente dopo i sessanta/settant'anni le perdite diventano più evidenti, vi è una minore autonomia, si è più soggetti ad essere colpiti da condizioni patologiche, anche se tale "deterioramento non si verifica in tutti nella stessa misura" (Petter, 2009, p. 20), perché vi sono anziani che ad ottant'anni praticano ancora sport e si impegnano in attività culturali.

- APPARTENENZA AD UN'ALTRA ERA: nella società contemporanea molti pensano che l'anziano appartenga ad un'altra epoca e che sia incapace di adattarsi alle novità ed anche di accettarle. Certamente vi sono anziani che non approvano i nuovi modi di fare politica o che non apprezzano i nuovi mezzi

forniti dalla tecnologia, come il computer che ha sostituito la penna; ma vi sono anche pensionati che si tengono continuamente informati sugli avvenimenti che accadono nel mondo, sia tramite i giornali che la televisione, si tengono al passo con i tempi e ritengono questo un arricchimento del loro patrimonio di esperienze.

- **EMARGINAZIONE SOCIALE INEVITABILE:** per molti la vecchiaia si caratterizza per “una progressiva emarginazione sociale” (Petter 2009, p. 23), vista la diminuzione delle interazioni con le altre persone e la perdita del ruolo lavorativo e di quello familiare; ma anche in questo caso vi sono anziani che svolgono attività di pubblica utilità o che rimangono impegnati in campo politico, culturale o religioso.

- **PRESENZA DELL’IDEA DELLA MORTE:** sicuramente durante la vecchiaia l’idea della morte è molto più presente rispetto alle altre fasi della vita, visto il decadimento a cui l’anziano è soggetto e per le frequenti scomparse di amici e parenti. Tuttavia l’ultima fase della vita può essere vissuta con atteggiamenti alterni: c’è chi vive la morte come il termine di ogni attività; chi, nonostante ciò, si dedica ad attività di breve o lunga durata; c’è chi pensa al “dopo” la morte e chi desidera lasciare tutto in ordine; c’è infine chi pensa che se ne occuperanno gli altri.

## CAPITOLO 2

### PROBLEMATICHE E BISOGNI DELL'ANZIANO

L'avanzare della scienza medica (prevenzione, progresso farmacologico, calo di morti dovute a malattie acute) nel corso degli anni ha condotto ad un notevole miglioramento delle condizioni esistenziali e ad una più alta aspettativa di vita; tuttavia l'allungamento dell'età media ha implicato l'insorgere di problematiche legate a patologie croniche che conducono spesso alla non autosufficienza.

Come già accennato, “la senescenza è un fenomeno irreversibile e progressivo” (Lazzarini 2008, p. 30), caratterizzato da mutamenti fisici, psicologici e sociali, che conducono ad una minore capacità di adattamento allo stress e al mantenimento dell'equilibrio e che comportano un aumento della morbilità e della mortalità.

Con l'avanzare dell'età la persona subisce infatti una serie di “perdite”:

- Sul piano *fisico* (udito, vista, sistema cardio-respiratorio, osteo-articolare e urinario, disturbi dell'alimentazione e del sonno) e *mentale* (invecchiamento cerebrale e neurologico);
- Sul piano *psico-sociale* e *affettivo* (perdita di attività professionale e del ruolo sociale, perdita di persone care, solitudine, depressione, bisogno di affetto e di attenzioni).

#### 2.1. PATOLOGIE DI TIPO FISICO

Per quanto riguarda le problematiche di tipo *fisico*, la persona anziana ha una maggiore probabilità di essere soggetta a malattie rispetto alle altre fasce d'età, a causa della ridotta capacità di mantenere l'equilibrio fisiologico e per il deterioramento dei suoi meccanismi immunologici di difesa.

I soggetti anziani, infatti hanno maggiore difficoltà a reagire agli eventi stressanti, a causa della ridotta funzionalità dei loro organi e dei loro apparati: sono più soggetti ad essere colpiti da patologie cronico-degenerative come il cancro.

Al di là di qualunque tentativo più o meno scientifico di classificazione e di inquadramento dell'età senile, esistono tratti di evidenza in base ai quali identifichiamo con immediatezza una persona anziana: innanzitutto il suo aspetto fisico, caratterizzato

da pelle rugosa e macchiata, capelli sottili, diradati o assenti, abbassamento della statura, andamento incerto, scarsità visiva, sordità.

Ma, oltre a questi aspetti più appariscenti, le problematiche più gravi sono quelle che colpiscono altri organi ed apparati vitali.

Le malattie negli anziani possono presentarsi in forme diverse, con l'assenza o la riduzione dei segni clinici classici, oppure con la sovrapposizione di più situazioni patologiche; infatti, la minore resistenza dell'organismo allo stress può essere ulteriormente ridotta dal sopravvenire di patologie secondarie che negli ultimi anni della vita, si susseguono innescando un processo degenerativo che alla fine conduce alla morte.

Di seguito verranno analizzati:

### **2.1.1 MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE**

Durante l'invecchiamento l'apparato cardiovascolare subisce importanti modifiche anatomico-funzionali (aumento dello spessore della parete del ventricolo di sinistra, aumento della deposizione di collagene e di tessuto adiposo, con conseguente modifica e degenerazione di alcune valvole cardiache. La perdita delle capacità elastiche dei grandi vasi, a lungo andare conduce all'insorgenza di aritmie, all'aumento della pressione sistolica e alla riduzione di quella diastolica.

Le malattie che colpiscono l'apparato cardiovascolare sono: le piccole trombosi multiple delle arterie della corteccia cerebrale, che sono una tra le cause del deterioramento mentale; l'arteriosclerosi, responsabile delle occlusioni dei vasi delle estremità inferiori, l'arteriosclerosi coronarica, con angina, l'insufficienza coronarica acuta, gli infarti miocardici, le aritmie e l'insufficienza cardiaca. (Bosello e Zamboni, 2011)

### **2.1.2. MALATTIE DELL'APPARATO GASTROINTESTINALE**

Con l'invecchiamento, nell'apparato gastroenterico si verificano cambiamenti fisiologici che ne modificano la motilità: già nella bocca ha inizio la maldigestione causata dall'edentulia e dalla ridotta secrezione salivare che causano l'incompleta triturazione dei cibi. La disfagia poi, può causare aspirazione di cibo e rigurgito acido, responsabili di tosse da irritazione e polmonite ab ingestis.

Le malattie dell'apparato gastrointestinale sono di solito dovute a neoplasie, a

riduzione dell'apporto ematico, a fenomeni degenerativi neuro-muscolari, a modificazioni delle guaine intestinali e alla diminuzione dell'attività secretoria. Tra queste malattie si annovera il diabete, che richiede cure continue. Tutte queste problematiche sono causa della disidratazione e della malnutrizione che possono essere responsabili dei disturbi del comportamento e della diminuzione delle difese immunitarie. (Bosello e Zamboni, 2011)

### **2.1.3 MALATTIE DELL'APPARATO OSTEO-ARTICOLARE**

L'apparato scheletrico, con l'aumentare dell'età, risulta profondamente alterato a causa della riduzione della densità ossea, detta osteoporosi, causa principale delle fratture nell'anziano. L'osteoporosi è causata negli uomini dalla diminuzione della produzione di testosterone, che diminuisce in maniera graduale e lenta; nelle donne invece essa è dovuta all'improvviso calo degli estrogeni nei primi 5-10 anni successivi alla menopausa; ciò determina una maggiore perdita ossea, facendo aumentare nella donna l'incidenza delle fratture da 2 a 3 volte rispetto all'uomo.

Con l'età assistiamo inoltre alla riduzione degli spazi articolari, soprattutto delle grandi articolazioni (ginocchio e anca) e dei dischi intervertebrali, che si riducono per la perdita di acqua e per la progressiva degenerazione del nucleo polposo e il riassorbimento del liquido sinoviale; questa riduzione dei dischi intervertebrali è la causa della riduzione della statura nelle persone anziane e di un notevole deficit funzionale: rigidità muscolare, infiammazioni, artrosi, difficoltà nello svolgere movimenti attivi e passivi e conseguente sintomatologia dolorosa.

L'invecchiamento dell'apparato muscolo-scheletrico è caratterizzato inoltre dalla perdita di massa muscolare detta sarcopenia, responsabile anche della riduzione della capacità di mantenimento dell'equilibrio, causa di cadute e fratture, e modifiche della termoregolazione. (Bosello e Zamboni, 2011)

### **2.1.4. ALTRE PATOLOGIE DI TIPO FISICO**

Uno dei più limitanti ostacoli che l'anziano incontra nelle sue relazioni riguarda la *perdita di udito*, che lo isola e che talvolta lo spinge a non dire di non aver capito, per timore di fare brutta figura. La difficoltà di comunicazione crea in lui un forte disagio, che lo porta a cadere in una forma di egocentrismo e di chiusura in sé stesso.

Con il passare degli anni poi, avviene un graduale declino morfo-funzionale dell'*occhio* e dei suoi annessi. Anche un occhio che non presenta alcuna malattia, in età senile, viene colpito da “un decadimento generale dei meccanismi della visione” (Bosello e Zamboni, p. 147), che può comportare patologie come la presbiopia, la cataratta, il glaucoma e la retinopatia.

Anche l'*apparato tegumentario* è soggetto all'invecchiamento cutaneo con conseguente insorgenza di patologie infiammatorie come l'eczema, l'herpes, la psoriasi e neoplasie cutanee come il melanoma e l'epitelioma. Tra le altre malattie cutanee sono presenti le lesioni atrofiche ed ulcerative della cute e delle mucose.

Non sono da trascurare in un quadro clinico riguardante l'invecchiamento, anche le degenerazioni dell'*apparato urinario*, come l'ipertrofia prostatica con ostruzione uretrale, l'incontinenza urinaria e le frequenti infezioni urinarie.

Un altro apparato che subisce un radicale invecchiamento è quello *respiratorio*, dovuto all'irrigidimento della parete toracica e alla diminuzione della forza dei muscoli respiratori. Tale invecchiamento provoca negli anziani un'insufficienza respiratoria, soprattutto nel caso di infezioni o durante la riacutizzazione di una patologia cronica.

### **2.1.5. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E MENTALE**

Le malattie psichiatriche aumentano di frequenza con l'avanzare dell'età; le più diffuse sono gli stati depressivi e la demenza senile con paranoia persistente.

- Gli *stati depressivi* costituiscono le più usuali modificazioni dovute all'avanzamento dell'età e si sviluppano dalle perdite affettive, da una minore considerazione sociale e da fattori biochimici, metabolici ed endogeni.
- La *demenza senile* (di tipo Alzheimer) riguarda i sintomi legati a disfunzioni intellettuali di varia patogenesi che colpisce il 5% della popolazione al di sopra dei 65 anni. Le alterazioni neuropatologiche delle funzioni conoscitive del paziente (attenzione, capacità di apprendimento, memoria), sono dovute: alla perdita di neuroni, alle alterazioni neurofibrillari, alla formazione di granulomi vascolari e di placche neuritiche nel cervello; tutto ciò porta gradualmente all'indebolimento della memoria, delle capacità intellettuali e di giudizio, con conseguente disorientamento, labilità emotiva e una minore cura di sé stessi e

dei comportamenti interpersonali.

- Il *disturbo neurocognitivo* vascolare (demenza vascolare) è una forma di deficit cognitivo determinata dall'alterazione della circolazione sanguigna cerebrale conseguente a eventi acuti, come un ictus o un'emorragia cerebrale, o a patologie croniche, come l'aterosclerosi. Il deterioramento delle capacità intellettive dipende da una degenerazione delle cellule nervose presenti nell'area cerebrale colpita, ma a determinare il danno neuronale è il venir meno di un adeguato rifornimento di ossigeno e sostanze nutritive (in particolare, il glucosio). Esso è aumentato dalla presenza di diabete, ipertensione, alti livelli di colesterolo nel sangue, malattie cardiache e dall'abitudine al fumo. I sintomi possono variare da paziente a paziente e possono comportare manifestazioni cognitive/comportamentali e disturbi motori di varia natura e gravità.
- Il *morbo di Parkinson* invece è una delle più frequenti malattie senili e causa disordini motori che impediscono di camminare e di muoversi in maniera regolare.

La malattia connessa all'invecchiamento, sia essa di tipo fisico o di tipo neuro-psichiatrico, conduce nella maggior parte dei casi a “vissuti di inadeguatezza, inutilità e morte” (Lazzarini 2008, p. 35). Essa è percepita dall'anziano come un fattore di crollo delle sicurezze, che lo conducono ad una regressione, talvolta sino ad uno stadio infantile e ad una riduzione degli interessi.

## **2.2. PROBLEMATICHE DI TIPO COGNITIVO**

A livello cognitivo l'invecchiamento comporta nell'anziano una minore efficienza di capacità come attenzione, memoria e linguaggio. L'attenzione divisa (cioè quella che permette di svolgere più compiti contemporaneamente) è meno efficace, mentre quella sostenuta (che permette di prestare attenzione per lungo tempo) è più ridotta e l'anziano fa più fatica ad inibire gli stimoli irrilevanti, per cui nello svolgimento di alcune attività è più rallentato ed inefficace.

Durante l'invecchiamento inoltre la memoria a breve termine subisce di norma un lieve calo; diventa più difficile il ricorso a strategie di codifica e di recupero nell'elaborazione dell'informazione. La memoria a lungo termine invece peggiora per gli

eventi vicini, ma è preservata per gli eventi lontani.

Il linguaggio, essendo correlato alla memoria semantica, subisce un lento declino ed è migliore nella comprensione che nella produzione.

### **12.3. PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI E AFFETTIVE**

Non meno incisivi sull'insorgere di uno stato di insicurezza nell'anziano sono gli aspetti *psico-sociali*: lo stato di pensionato con la conseguente riduzione di reddito e la perdita di un ruolo attivo e decisionale possono provocare in lui un senso di dipendenza dal punto di vista economico e una percezione di senso di inutilità.

Con l'avanzare degli anni infatti, egli nota una progressiva diminuzione delle attività che è in grado di svolgere in autonomia; per questo ricerca aiuto nei familiari, sino a decidere di andare a vivere a casa dei figli o di altri parenti, il che lo porta progressivamente a rinunciare alle proprie abitudini. Spesso inoltre la famiglia, per timore che l'anziano possa cadere o farsi del male, ne limita le uscite e questo eccesso di cautela può portare allo sviluppo di stati d'ansia e alla percezione di essere una persona che ha bisogno di aiuto e di dipendere dagli altri. Le uniche attività di cui egli può continuare ad occuparsi sono il disbrigo delle pratiche burocratiche e le incombenze domestiche, con le quali egli può ripagare l'ospitalità ricevuta, anche se, sentirsi limitato a queste attività, gli causa scarsa autostima. Maggiore appagamento e senso di utilità gli può dare il fatto che gli vengano affidati i nipoti da accudire.

Il fatto di vivere a casa di un figlio, modifica anche il rapporto della persona anziana con gli altri parenti ed amici, i quali vedono ridursi le possibilità di contattarlo, per il timore di essere inopportuni. Ma anche quando gli anziani non vivono con i figli, questi ultimi possono offrire loro solo un sostegno discontinuo, a causa degli impegni familiari e lavorativi; per questo quando l'anziano non è più autosufficiente, è costretto a chiedere aiuto ad un assistente familiare o a ricorrere a soggiorni alternati a casa dei figli: situazione che crea in lui un senso di frustrazione e di umiliazione, che ne rende precario lo stato di salute.

Altrettanto importanti sono le carenze di tipo *psico-affettivo*.

La perdita del partner porta ad esempio ad uno sconvolgimento dell'esistenza

1 <https://www.slideshare.net/MonicaGig/psicolginvecchiamento1>

dell'anziano, poiché il compagno di vita rappresentava un importante sostegno psicologico con cui egli condivideva la vita ed i ricordi. La memoria infatti è lo strumento utilizzato da lui per poter ri-vivere tutte le esperienze che hanno caratterizzato la sua lunga vita; per mezzo di essa egli ottiene senz'altro un beneficio, poiché la memoria che dimostra nel racconto, attraverso cui può sentirsi ascoltato e può trasmettere le proprie conoscenze, crea un ponte tra la propria generazione e quelle future. In questo modo il racconto funge da auto-cura, poiché più l'anziano è ascoltato, minore è il rischio di soffrire di stati depressivi.

La qualità delle relazioni e il mantenimento di una buona rete sociale, che salvaguardino l'anziano dalla solitudine, influiscono positivamente sulla sua salute; infatti le persone che possono contare sul sostegno di pochi parenti hanno un tasso di mortalità da due a quattro volte maggiore rispetto a quanti possono godere di relazioni familiari gratificanti. (Lazarini, 2008)

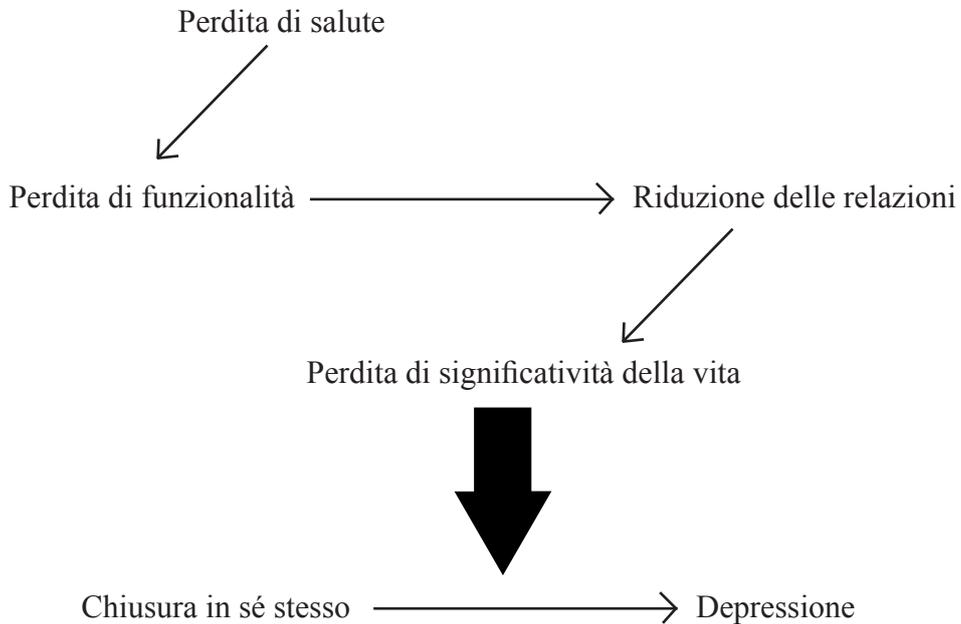
Durante la senescenza, le emozioni e gli affetti subiscono dunque sostanziali mutamenti: tutti i pensieri dell'anziano sono rivolti alla propria sfera personale, in particolare al proprio status economico e sociale e al proprio benessere psico-fisico. Tale esasperata percezione del proprio io può talvolta farlo diventare persino ipocondriaco, nel disperato tentativo di attirare l'attenzione su di sé.

Il progressivo invecchiamento psicofisico richiede perciò interventi adeguati tali da contrastare i problemi che l'anziano si ritrova a dover affrontare quotidianamente e il ricorso a nuovi comportamenti, così da evitare il pericolo di cadere in atteggiamenti rigidi e regressivi.

Dunque “le difficoltà, il disagio e le limitazioni non sono solo una conseguenza della “vecchiaia biologica”, ma anche della “vecchiaia sociale” [...] La società civile e le istituzioni tendono a ritenere l'anziano una figura passiva e non ne percepiscono il bisogno di partecipazione, relazione e solidarietà” (Lazarini 2008, pagg. 23-24).

Per l'anziano la salute costituisce perciò una dimensione fondante la qualità della vita, poiché le condizioni di salute sono direttamente proporzionali alla quantità e al tipo di relazioni sociali, senza le quali l'esistenza della persona in età senile perde di significatività e di scopo, provocando una progressiva chiusura in sé stesso e talvolta la depressione.

Tale processo può essere così sintetizzato:



Se si guarda poi all’atteggiamento della persona in stato terminale, si nota che alla “consapevolezza della morte imminente si accompagna la perdita del desiderio di vivere” (Lazzarini 2008, p. 38): l’anziano desidera arrivare alla fine il primo possibile, rifiutando le cure e l’alimentazione.

Viceversa la religione, che per tutta la vita è sempre stata una fonte di sostegno per molti anziani, continua ancora ad esserlo, poiché li aiuta ad affrontare le difficoltà con cui sono costretti a convivere: per molte donne anziane, ad esempio, la messa quotidiana rappresenta l’unica, o quasi, occasione di contatto umano, anche per il solo fatto di sedersi vicino ad altre persone, pur senza scambiare con loro alcuna parola. Ciò permette a queste donne che sono rimaste sole, vedove, e che hanno visto allontanarsi i figli, di sentirsi, nonostante tutto, confortate da un po’ di calore umano.

## CAPITOLO 3

### L'EDUCATORE E L'INVECCHIAMENTO

#### 3.1. UN INQUADRAMENTO GENERALE

A livello sociale, l'invecchiamento è responsabile di numerosi mutamenti ed il concetto stesso di “bisogno” assume un significato dinamico, rendendo necessaria un'attenta valutazione dei bisogni concreti, in modo da poter organizzare al meglio i “servizi adeguati alle necessità reali dell'utenza” (Fondazione Leonardo, 2003). Agli anziani, che presentano bisogni nuovi e diversificati, occorre dare risposte adeguate e integrate: mantenimento del ruolo sociale, opportunità di partecipazione e socializzazione, possibilità di potersi dedicare ai propri interessi, salvaguardia della propria autonomia.

Al giorno d'oggi, come è già stato detto, gli anziani sono oggetto di numerosi pregiudizi, che li fanno identificare come una parte di popolazione passiva, poco interessata alle attività sociali e al cambiamento (soprattutto tecnologico), portatrice di malattie e di disabilità e proiettata alla morte. Tutte queste idee errate non rendono possibile una loro visione sgombra da pregiudizi, che permetta di cogliere le potenzialità presenti, che altrimenti sono destinate a regredire, causando loro forme di emarginazione, in una società in cui tutti creano la propria identità in base all'immagine che gli altri proiettano su di lui.

È necessario dunque mettere a punto un'adeguata “cultura geriatrica di cui l'educatore possa farsi promotore” (Martin e Santonastaso 2008, p. 232), mettendo in pratica il suo bagaglio formativo di natura pedagogica. La vecchiaia infatti è una fase soggetta a decadimento, a cui però, in taluni casi, alle fasi involutive si accompagnano processi positivi, che riescono in parte a compensare le perdite dell'organismo causate dall'età.

“L'invecchiamento comporta inoltre nell'anziano l'elaborazione del lutto” (Martin e Santonastaso 2008, p. 233), dell'immagine di sé, che richiede un difficile processo di creazione di una nuova identità, in cui egli deve però continuare a rimanere sé stesso, in modo da poter rafforzare la propria autostima.

Grazie alle sue *competenze riabilitative* l'educatore, in ambito geriatrico, si occupa “non solo del recupero delle abilità funzionali” (Martin e Santonastaso 2008, p. 237)

dell'anziano, ma anche del mantenimento delle abilità ancora presenti e del rallentamento dei deficit degenerativi, in modo da “ridurre le ulteriori perdite che egli potrebbe subire” (Martin e Santonastaso 2008, p. 237) . L'intervento educativo prenderà in esame la persona anziana nella sua globalità, in un'ottica olistica e multidisciplinare.

La riabilitazione è volta alla riorganizzazione della vita del paziente, in modo da coinvolgerlo nel maggior numero di esperienze positive e gratificanti, incentrandola sui bisogni della persona, del contesto sociale e sulle sue disabilità.

### 3.2. LE AREE DI INTERVENTO

Nel caso di un progetto educativo rivolto ad *anziani* abbastanza *autosufficienti* o con lievi deficit, l'educatore si deve concentrare sulle seguenti aree:

- Area della **Socializzazione**: comprende sia le relazioni più superficiali, che quelle più significative, collegate alla sfera emotiva. Gli indici che distinguono quest'area sono per esempio: numero delle vecchie amicizie; numero delle nuove relazioni instaurate (e il mantenimento di queste ultime); occasioni in cui l'anziano socializza in modo spontaneo; interesse per il mondo esterno; interesse per l'aggiornamento; presenza o meno e qualità dei rapporti intergenerazionali; assunzione e/o mantenimento di ruoli; adesione ad attività e qualità di partecipazione;
- Area dell'**Empowerment-Autodeterminazione**: indica il controllo e la capacità di decidere sulla propria vita, nonostante le limitazioni a cui l'anziano è soggetto. Gli indici che vengono utilizzati sono: la capacità di prendersi cura spontaneamente del proprio corpo, degli oggetti personali e dell'ambiente; autonomia nella capacità di vestirsi e di nutrirsi; partecipazione attiva alla definizione del proprio piano assistenziale; rispetto delle regole di convivenza sociale;
- Area del **Sentirsi utili**: è importante perché dal sentirsi utili nasce il senso e la motivazione alla propria esistenza che crea una fonte di gratificazione. Gli indici utilizzati per questa area sono: le occasioni in cui l'anziano offre il proprio tempo o qualcosa di materiale agli altri; occasioni in cui l'anziano produce materialmente qualcosa per sé stesso; e se attribuisce a queste occasioni un

significato positivo che lo faccia sentire utile.

All'interno di queste aree, l'educatore sceglie su quali concentrarsi e, in base a queste, programmerà le sue attività, tenendo conto anche delle caratteristiche dell'utenza e delle risorse che possiede. In base agli obiettivi che si sarà dato, individuerà poi gli indicatori che costituiranno l'oggetto della sua valutazione. (Martin e Santonastaso, 2008)

### **3.3 PREPARAZIONE DEI CAREGIVERS**

Una risorsa molto importante per l'educatore è costituita dai familiari e dai volontari che svolgono un ruolo fondamentale nella cura e nell' "assistenza delle persone che soffrono di una patologia cronica" (Martin e Santonastaso 2008, p. 244); infatti i *caregivers* che sostengono il malato, non solo costituiscono un grosso supporto ai servizi istituzionali, ma forniscono un valore aggiunto che arricchisce "la qualità dell'assistenza e della vita del paziente" (Martin e Santonastaso 2008, p. 244). Tutti coloro che sostengono il malato offrono una "componente affettiva di umanità e di continuità" (Martin e Santonastaso 2008, p. 244), elementi essenziali nell'assistenza alle patologie croniche.

Preparare i familiari che si prendono cura dell'anziano, garantisce dunque una maggiore efficacia dei loro interventi, mettendoli in sintonia con il progetto educativo. Ciò permetterà all'anziano di rimanere il più possibile nel proprio domicilio, un ambiente per lui estremamente rassicurante e stimolante, se è correttamente organizzato secondo interventi adeguati ai bisogni della sua persona.

La preparazione dei caregivers richiede altresì l'approfondimento di una conoscenza sociale dei bisogni, dei valori e delle difficoltà degli anziani, che porterà all'offerta di alternative all'ospedalizzazione e al loro ricovero in case di riposo. Tutto ciò implica nuove politiche sociali che ri-disegnino gli spazi di vita, ri-organizzino il tempo e i rapporti tra le generazioni, creando un'efficace rete di supporto per la famiglia, senza che ne risentano la qualità dell'assistenza ed il benessere dei familiari.

### **3.4. IL RUOLO DELL'EDUCATORE NELLE PATOLOGIE DELL'ANZIANO**

Per quanto riguarda il ruolo dell'educatore rispetto alle patologie che possono colpire l'anziano, egli interagisce a tre livelli:

- *Prevenzione primaria*: è finalizzata al potenziamento di abilità dell'anziano sano, al fine di mantenerne il più a lungo possibile le sue abilità cognitive e rallentare il declino ed educarlo al controllo, alla prevenzione e alla modificazione dei fattori eziologici;
- *Prevenzione secondaria*: è finalizzata ad individuare le situazioni a rischio, gli interventi individualizzati di recupero delle abilità dell'anziano e le attività di orientamento e sostegno alla sua famiglia;
- *Prevenzione terziaria*: è finalizzata al recupero di abilità cognitive con anziani istituzionalizzati, anche grazie ad un collegamento con i giovani e favorendo uno scambio intergenerazionale che possa far emergere storie di vita degli anziani e valorizzi il patrimonio storico e autobiografico delle persone.

### **3.4.1. IL LAVORO CON L'ANZIANO AUTOSUFFICIENTE O CON LIEVE DEFICIT**

L'incedere della vecchiaia, con tutti i suoi sconvolgimenti a livello fisico, psicologico e sociale, "scardina" la storia personale di un anziano: tutto ciò che egli aveva creato nella sua vita, improvvisamente subisce un radicale mutamento ed egli, ormai stanco e debilitato, è costretto a riscrivere una nuova autobiografia. Il lavoro che l'educatore deve svolgere è quello di mantenere la narrazione che l'anziano ha "scritto" nel corso della sua vita, e per farlo deve mantenerlo in un ambiente calmo, stabile e accogliente, in modo da permettergli di recuperare la propria autostima, che gli derivava dall'attività svolta o dal rapporto con i figli.

E' necessario fare in modo che l'anziano non interiorizzi una sorta di emarginazione, cosa che avviene quando egli subisce lo stigma sociale, che lo fa sentire inutile e diverso dagli altri, rinunciando ad esprimere la propria specificità.

Più di altre categorie di persone, l'anziano necessita di attenzione terapeutica, soprattutto di ascolto dei suoi problemi e delle sue aspettative. Questo anche per il fatto che per lui la *sickness*, cioè la rappresentazione sociale della sua patologia, è più importante dell'*illness*, cioè la percezione soggettiva del suo stato patologico e del *disease*, che della malattia costituisce la modificazione patologica e biologica degli organi o apparati compromessi.

Per l'anziano dunque la salute e la malattia sono condizionate dal senso che lui stesso e il suo gruppo di appartenenza attribuiscono loro; quindi l'educatore e tutte le altre professionalità che lavorano con lui devono "aiutarlo a trovare coerenza narrativa tra il *sé che egli percepisce*" (Bobbo 2012, p.159) come debole e fragile, il *sé riconosciuto dagli altri* come indebolito e cambiato, e il *sé auspicato*, che è un insieme "di nostalgia per il passato, desiderio di una buona morte" (Bobbo 2012, p.159) e di vivere al meglio quel poco che gli resta da vivere.

Nel suo lavoro, l'educatore deve tenere conto che l'anziano può contare su poche risorse interne di adattamento, ma su una buona rete sociale composta dai coetanei, che hanno un grande significato emotivo e di conforto, soprattutto quando egli deve confrontarsi con il lutto. (Bobbo, 2012)

Un altro fattore di cui l'educatore deve tenere conto nel suo lavoro con le persone in età senile, riguarda il fatto che esse sono cresciute in tempi, come quelli di guerra, in cui non esistevano sistemi di prevenzione sanitaria o sociale, che permettessero loro di gestire le difficoltà causate dalle malattie. Gli anziani sono sempre stati abituati a concepire le patologie come un ostacolo alla propria attività lavorativa, da contrastare solo con le proprie forze, senza ricorrere a comportamenti autoprotettivi e preventivi per evitarne l'insorgenza. Dalla malattia si poteva guarire solo con l'intervento del medico, grazie "all'asportazione chirurgica del male" (Bobbo 2012, p. 153) o ad un farmaco, altrimenti sarebbe sopraggiunta la morte; oggi però, si assiste ad un incremento delle patologie cronico-degenerative, da cui non si può guarire, ma con cui si è costretti a convivere. I nostri anziani non conoscono nemmeno il significato del termine "compliance", per questo sono soggetti difficili da gestire all'interno di relazioni educative, assistenziali e terapeutiche.

Ecco perché, quando l'educatore lavora con gli anziani, deve individuare i punti critici che possono influire sulla compliance, tenendo conto che l'idea di benessere per loro può essere diversa da quella dell'operatore.

### **3.4.1.1. ATTIVITÀ CON GLI ANZIANI AUTOSUFFICIENTI O CON LIEVE DEFICIT**

Quando l'anziano possiede ancora una buona condizione di salute, è utile tenerlo impegnato in attività che gli permettano di rimanere attivo e di poter ancora esprimere le proprie abilità. L'educatore propone percorsi di vario tipo:

- *Attività ricreative e socializzanti* (gioco delle carte e del biliardo, musica e ballo, canto, partecipazione a feste e ad eventi organizzati nella zona in cui l'anziano vive);
- *Attività culturali* (ricerca e catalogazione di tradizioni locali: recupero di ricette legate all'infanzia, ricordi di scuola e altre usanze; partecipazione a cineforum a tema, in cui mostrare film che trattino gli anni della giovinezza degli anziani; visite guidate a musei e a monumenti della zona);
- *Attività espressive* (laboratori di falegnameria, di cucito, di decoupage, di poesia e scrittura creativa);
- *Attività formative* (corso di potenziamento della memoria, corso di alfabetizzazione informatica, corso di inglese)

### **3.4.2. IL LAVORO CON L'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE**

A causa della loro fragilità, gli anziani sono più soggetti ad essere colpiti da patologie acute e ancor di più da patologie cronico-degenerative, che rappresentano per loro una situazione di crisi, e che richiedono una buona dose di capacità di adattamento.

Il deterioramento intellettuale nell'anziano può raggiungere livelli patologici che si possono esprimere in demenza o depressione; questo deficit intellettuale rende ancor più complicato per lui accettare e gestire la patologia, aderendo alle terapie e alla compliance.

Il trattamento varia in base alla patologia:

- *Disturbo depressivo*: nella gestione del paziente con disturbo depressivo maggiore, si devono tenere presenti alcuni elementi: occorre valutare la presenza e il livello di compromissione funzionale, fornendo assistenza e implementando l'attività psicoeducativa con i familiari; In secondo luogo è necessario stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica con la persona depressa, ottimizzando l'aderenza al trattamento, anche coinvolgendo nel monitoraggio il paziente e

i suoi familiari. È fondamentale infatti affrontare assieme a loro il problema della depressione, che spesso viene percepita come un “difetto morale” o una “mancanza di volontà”. Infine bisogna migliorare la compliance mediante la spiegazione di come proseguire il trattamento terapeutico (necessità di consultare il medico prima di interrompere la terapia, cosa fare quando sorgono problemi); (Pavan 2006, p. 222)

- *Malattia di Alzheimer*: L'intervento riabilitativo riguarderà sia la persona che i familiari. Sulla persona verrà svolto sia un intervento nella sua globalità (relazione, gestione delle attività giornaliere, gestione della propria persona), sia sugli aspetti relativi alle capacità cognitive specifiche (memoria, orientamento spazio-temporale, attenzione ecc.). Si deve poi cercare di tenere il paziente impegnato in attività che gli permettano di sentirsi autosufficiente ed inserito nel contesto sociale, mantenendo capacità relazionali, per mantenergli l'interesse per la realtà che lo circonda. L'educatore professionale potrà inoltre cooperare nella gestione dei disturbi comportamentali di questi pazienti, anche proponendo attività volte a modificare l'ambiente in cui la persona vive, in modo da renderlo più sicuro ed adatto alle esigenze del paziente.

Pertanto la persona demente, oltre alle cure mediche, necessita anche di avere al suo fianco persone che gli diano sicurezza, che lo facciano sentire incluso in un gruppo sociale che lo accetta e che lo aiuta a ritrovare una sua identità. (Bobbo, 2012)

Anche per quanto riguarda i familiari, l'intervento consiste nel fornire un'adeguata informazione e un appropriato supporto psicologico: la patologia dementigena è responsabile di un forte impatto psicologico, emotivo e sociale anche sui caregivers. I prestatori di assistenza sono soggetti ad alto rischio di essere colpiti da problemi fisici, depressione, insonnia, abuso di alcool e di farmaci psicotropi; per questo motivo si sta pensando allo studio di protocolli educazionali, che coinvolgano i prestatori di assistenza e in particolare i familiari nella gestione del paziente con disabilità cognitiva. È indispensabile dunque anche per la famiglia un'assistenza specifica, attraverso cui risolvere le problematiche dovute al cambiamento delle dinamiche relazionali, socio-economiche e degli equilibri

emotivi.

- *Demenze vascolari*: quando si trova a lavorare con una persona che è stata colpita da questa malattia, l'educatore si deve concentrare soprattutto nel trattamento delle difficoltà di comunicazione e della perdita di autonomia, che possono condurre anche alla perdita di autostima. Per quanto concerne le difficoltà di comunicazione, l'educatore ha il compito di aiutare i familiari dell'anziano ad individuare le modalità più adatte per comunicare con lui e contemporaneamente aiutarlo sia a comprendere ciò che gli viene detto, che a riuscire a farsi intendere. L'obiettivo dell'intervento dunque non è quello di portare l'anziano a comunicare in maniera corretta, ma di sentirsi compreso ed accettato nel suo modo di esprimersi, riconquistando anche solo una parziale autonomia, che gli permetta di fare "ciò che sa fare, come lo sa fare, senza sentirsi in errore" (Bobbo 2012, p. 156).

### **3.4.2.2. LE ATTIVITÀ DI STIMOLAZIONE COGNITIVA CON PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI**

Quando l'anziano viene colpito da una patologia degenerativa, si può ricorrere ad attività di stimolazione cognitiva. Gli studi in questo campo hanno dimostrato che certi stimoli sono in grado di svolgere un ruolo protettivo nei confronti del danno biologico degenerativo; l'impegno in attività di svago ha un effetto positivo sul decadimento cognitivo: si è notato che chi è impegnato in attività stimolanti è meno a rischio di essere colpito dalla demenza, così come, con l'aumentare della scolarità, si assiste ad un ritardo nell'insorgenza della demenza.

È dimostrato anche che la stimolazione cognitiva è in grado di contrastare la perdita delle abilità residue con risultati simili a quelli ottenuti con la terapia farmacologica. L'esercizio e la stimolazione non possono ripristinare le abilità perse, ma permettono di rallentare il declino, migliorare la qualità della vita, aumentando il tono motivazionale, migliorando il tono dell'umore e il comportamento, grazie all'ottimizzazione delle risorse residue e la promozione di strategie di compenso.

Gli esercizi di stimolazione cognitiva comprendono:

- *Esercizi di orientamento*: tra cui la ROT (Reality Orientation Therapy), che

è una tecnica di riabilitazione psico-geriatrica, rivolta a gruppi di 4-6 persone affette da demenza lieve o moderata, condotta da 2 professionisti. La ROT si struttura in incontri di 45 minuti, 4 volte alla settimana (per circa 3/4 settimane). L'obiettivo dell'attività è quello di fornire ai soggetti punti spaziali e temporali strategici, in modo da ridurre il disorientamento spazio temporale;

- *Esercizi di rinforzo della memoria*: questi esercizi, che vengono utilizzati in soggetti il cui deterioramento è lieve, permettono di fornire all'anziano tecniche di salvaguardia della memoria: orientamento nello spazio e nel tempo; stimolazione del linguaggio; tecniche che favoriscano l'attenzione e la concentrazione; aumento del livello di autostima;

- *Stimolazione sensoriale*: comprende attività che mirano a mantenere attivi i cinque sensi, sia grazie all'uso di materiali semplici, che con progetti speciali di stimolazione sensoriale come: i giardini sensoriali, Snoezelen room e Nurturing touch;

- *Treno virtuale*: è una terapia non farmacologica innovativa, attraverso la quale si riesce a gestire e ridurre quei comportamenti causati dalla patologia e definiti "problematici", come: il wandering, ossia il vagabondaggio, irritabilità, ansia, che sfociano in aggressività; ma anche disturbi del sonno e dell'alimentazione;

- *Pet therapy*: finalizzata a stimolare nelle persone il senso di responsabilità legato al "prendersi cura di", a migliorare la socializzazione, l'equilibrio psicofisico, la stima di sé e le funzioni cognitive, occupandosi di un animale;

- *Psicomotricità con la demenza*: attività che permette di stimolare, scoprire e riattivare le competenze personali e che facilita la crescita motivazionale e psico-fisica del soggetto che diviene attivo e non più passivo;

- *Laboratori vari*: laboratorio di cucina, di danza, di musica, e di creatività.

## CAPITOLO 4

### L'INVECCHIAMENTO ATTIVO COME STRUMENTO DI PREVENZIONE ALLE PATOLOGIE DELL'AVANZARE DELL'ETÀ

#### 4.1. INTRODUZIONE

Il termine *invecchiamento attivo* è stato adottato dall'organizzazione mondiale della sanità alla fine degli anni '90: è un processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza, al fine di migliorare la qualità della vita con l'avanzare dell'età.

Vi sono alcune teorie a sostegno di questa nuova filosofia di considerare la persona anziana:

- *activity theory*, secondo cui “la popolazione anziana continua ad occupare i ruoli e a svolgere le attività” (McMunn, 2006) che aveva svolto durante tutta la sua vita;
- *continuity theory*, secondo cui gli anziani hanno il bisogno di continuare con tutte le abitudini e i ruoli che si sono formati durante tutto il loro percorso di vita;
- *invecchiamento di successo*, secondo cui è importante continuare a mantenere attivo l'anziano sia dal punto di vista fisico che sociale, in modo da ridurre e rallentare le complicità dell'avanzare dell'età.

L'educatore che lavora con le persone anziane non si occupa solo di coloro che risiedono in strutture loro dedicate o che soffrono di una patologia che ne limita l'autonomia, ma ha anche il compito di guidarle alla prevenzione dell'insorgenza di queste patologie; uno dei metodi di prevenzione è per l'appunto costituito dall'*invecchiamento attivo*.

La pratica dell'invecchiamento attivo si applica a individui e gruppi di popolazione e permette loro di valorizzare il proprio potenziale per il benessere fisico, mentale e sociale e di dare il proprio contributo nella società secondo i loro bisogni, i loro desideri e le loro capacità, fornendo loro allo stesso tempo le cure, la sicurezza e la protezione adeguata alla loro richiesta di assistenza.

La parola *attivo* si riferisce al proseguimento della partecipazione nei rapporti sociali, economici, culturali, spirituali e civili, e non solo alla capacità di essere fisicamente attivi o di partecipare attivamente al mondo del lavoro. Gli anziani che

vanno in pensione, coloro che sono malati o che convivono con disabilità possono continuare a contribuire attivamente alle loro famiglie, ai loro colleghi, alla comunità. L' invecchiamento attivo mira ad estendere la speranza di vita sana e la qualità della vita di tutte le persone che invecchiano, compresi quelli che sono fragili, disabili e bisognosi di cure. (World Health organization, 2002) Per promuovere l' invecchiamento attivo è necessario concentrarsi sulla promozione della salute, la prevenzione delle malattie e un accesso equo alle cure primarie di assistenza sanitaria.

I servizi sanitari e sociali devono essere integrati e coordinati, al fine di non permettere alcuna discriminazione di età: i fornitori di servizi devono trattare le persone di tutte le età con dignità e rispetto. (World Health organization, 2002)

I servizi devono poi permettere all' anziano di continuare a vivere nella propria casa e nella propria comunità, in modo da poter mantenere le relazioni e le reti comunitarie che possono favorire il loro benessere e agire come risorse nei momenti di avversità. (World report on Ageing and Health 2015)

Come già detto, la solitudine, l' isolamento e l' esclusione sociale possono arrecare cattive condizioni di salute nelle persone anziane; in particolare, in caso di assenza di reti familiari o di sostegno insufficiente da parte delle famiglie, tutto ciò si ripercuote su ogni aspetto della salute e del benessere, dalla salute mentale (compresa la demenza), al rischio di ricoveri d' urgenza in ospedale.

Attualmente molte modalità innovative di lotta all' isolamento sociale, come gli interventi che promuovono l' invecchiamento attivo, sono sottoutilizzate e meriterebbero uno scambio e una cooperazione maggiori a livello internazionale.

La maggior parte degli interventi combina l' intervento pubblico con il volontariato, attivando il potenziale insito nelle persone anziane e nelle rispettive famiglie o comunità.

È quindi molto importante che i servizi si impegnino nella realizzazione di interventi come:

- promuovere l' impegno civico delle persone anziane, rafforzandone il ruolo nel volontariato;
- migliorare le relazioni intergenerazionali tramite servizi positivi nei media;
- incrementare l' accesso a modalità di sostegno di tipo innovativo, in modo da contrastare l' isolamento sociale, anche attraverso collegamenti via internet

con i fornitori di servizi sociali e l'accesso alla tecnologia accompagnato dalla formazione al suo utilizzo, per migliorare lo scambio intergenerazionale e colmare le distanze geografiche tra le famiglie, attraverso l'uso di Skype. (strategie e piano d'azione per invecchiamento sano in Europa 2012)

#### **4.2. REGOLE PER UN BUON INVECCHIAMENTO**

Sicuramente l'invecchiamento attivo richiede la partecipazione diretta dell'anziano, che deve porsi come obiettivo primario quello di salvaguardare la propria salute, iniziando a mettere in atto adeguati comportamenti nel proprio stile di vita, come mangiare bene e dedicarsi all'esercizio fisico regolare.

Le ricerche mostrano che le persone che hanno stili di vita sani non solo vivono più a lungo, ma riescono anche a mantenere le loro capacità cognitive, soffrono meno di problemi di salute e sono meno colpiti da patologie che causano disabilità

Coloro che invecchiano in questo modo infatti, godono di una migliore qualità di vita, a cui si associa maggiore indipendenza e capacità di svolgere le proprie attività. Un migliore stato di salute è presente in persone che godono di buone relazioni e di una personalità aperta e flessibile. Senza contare che tutti coloro che sono informati sulle opzioni mediche di cui dispongono, riescono ad usufruire di migliori cure.

Nonostante l'età avanzata infatti, essi continuano ad impegnarsi in comportamenti di salute preventiva di routine (ad esempio vaccinarsi, partecipare a screening per il tumore e rimanere fisicamente e mentalmente attivi).

È molto importante anche gestire lo stress e salvaguardare la salute emotiva; quando si verificano perdite di persone care, l'anziano deve cercare il sostegno di altri per aiutarsi a far fronte a tali perdite. La comunità è importantissima per lui, poiché potrà fornirgli il supporto necessario come la socializzazione e l'accesso all'assistenza sanitaria, che saranno un aiuto essenziale che gli permetterà di rimanere sano, felice e impegnato con l'età.

A livello economico poi, è molto importante per una persona pianificare la propria vita durante la vecchiaia, cercando di essere realista su ciò che sarà in grado di permettersi quando sarà in pensione. Può ad esempio prendere in considerazione un "lavoro ponte" part-time, che gli permetta effettuare una transizione "indolore" verso il pensionamento,

impegnandosi in un'attività che gli permetta di rimanere attivo e di sentirsi ancora utile.

Le persone che, una volta in pensione, mantengono questa occupazione part-time o si dedicano ad un'attività di volontariato, sono più soddisfatte del loro invecchiamento rispetto alle persone che si ritirano completamente.

È dunque importante essere preparati per il pensionamento prima che si verifichi, prevedendo per esso nuove opportunità e il modo migliore per utilizzarlo, sintetizzando gli interessi di lavoro e il tempo libero e considerando come questi interessi potrebbero essere espressi attraverso il volontariato.

Un altro fattore che va tenuto in considerazione durante il pensionamento è il benessere psicologico: la maggior parte delle persone crede che chi supera i 65 anni soffrirà di patologie come la malattia di Alzheimer o la demenza; in realtà solo un anziano su otto svilupperà la demenza. Molte abilità cognitive possono non subire declino, ma essere mantenute, tenendosi mentalmente e fisicamente attivi; e sicuramente un modo per tenersi attivi è essere una persona interessata, che rimane informata sull'arte, la scienza, la politica e altre aree di interesse culturale e sociale, oppure dedicandosi con cura ad una passione.

I legami affettivi, sia con i propri cari che con gli amici, sono una parte cruciale della vita a tutte le età: la loro presenza può aiutare a sentirsi valutati e ciò favorisce sia il proprio benessere emozionale sia un supporto per gli altri. Tali relazioni sociali stabili sono in grado di fornire un senso di continuità ed un aiuto indispensabile per gestire i cambiamenti che si verificano nel corso della vita, come l'accesso alla pensione, i cambiamenti che coinvolgono il nucleo familiare o la perdita di una persona cara. Vanno dunque identificate e nutrite le relazioni tra la famiglia e gli amici che sono più importanti, ma vanno anche sviluppate nuove relazioni che riempiano i vuoti creati dalle perdite delle persone importanti che si sono amate. L'anziano dovrebbe invece lasciar andare tutte le relazioni che risultano per lui stressanti o insoddisfacenti.

È utile poi salvaguardare gli interessi vecchi e sviluppare quelli nuovi, cercando di essere creativi su come dare e ricevere aiuto.

#### 4.3. I SERVIZI OFFERTI ALL'ANZIANO A LIVELLO ISTITUZIONALE

I servizi dedicati agli anziani in cui questi possono fare incontri e tenersi attivi sono:

- *Centri Sociali Anziani*, presenti in molti Comuni e in gran parte autogestiti: sono il punto di incontro per persone non più giovani. In essi vengono organizzate attività sia di impegno sociale che culturale, ma anche di divertimento. Ne sono un esempio: servizi di vigilanza scolastica e sul trasporto degli studenti, piccola manutenzione del verde, vigilanza in parchi, musei, mostre e fiere, trasporto di disabili. Sono anche in programma varie attività culturali, di tutela dell'arte, ricreative e sportive.
- *Università della terza età*: sono una ricca opportunità per chi ha tempo libero e vuole continuare a studiare e a conoscere. Queste Università sono gestite da varie associazioni, istituzioni e fondazioni e offrono una grande varietà di corsi tenuti da qualificati docenti, professori di scuola media e professionisti. Si possono così frequentare lezioni di storia dell'arte o di archeologia, ma anche di informatica. Sono anche previsti corsi di ginnastica o di attività manuali, come la fotografia o la pittura. Queste Università sono aperte a tutti, indipendentemente dal titolo di studio posseduto e dall'età.
- *I centri diurni (C.D.)* si occupano di anziani non autosufficienti e propongono attività di tipo assistenziale, ricreativo, di ristorazione e di consulenza... Si propongono inoltre di fornire supporto alle famiglie, occupandosi del loro caro per qualche ora al giorno.

## **CAPITOLO 5**

### **LA SOLIDARIETÀ INTERGENERAZIONALE**

#### **5.1. L'INTERGENERAZIONALITÀ: UN'OPPORTUNITÀ DI ARRICCHIMENTO RECIPROCO**

Un esempio di politica sociale avente come scopo l'invecchiamento attivo è quello dell'intergenerazionalità, cioè la messa in atto di una solidarietà tra le generazioni, mediante la quale creare un ponte culturale e affettivo tra la categoria degli anziani e quella dei più giovani. Mentre infatti tale legame era caratteristico della famiglia patriarcale, in cui i nipoti vivevano a stretto contatto con nonni e zii, crescendo con loro ed assorbendone usi, conoscenze, modi di vivere, negli ultimi anni, con la nascita della famiglia mononucleare, si è creata una significativa rottura tra le generazioni e una vulnerabilità delle strutture familiari. Il modo di vivere nella società attuale sembra tendere a separare, anziché favorire gli scambi e concepisce i diversi momenti della giornata come spazi e tempi monogenerazionali, escludendo lo scambio e l'incontro fra età diverse. Gli ambienti di vita stanno perdendo gradualmente la loro dimensione di comunità, di inclusione e di appartenenza.

La solidarietà intergenerazionale si pone come obiettivi il sostegno reciproco e la cooperazione tra le diverse fasce d'età, al fine di creare una società in cui individui di età diverse possano partecipare e beneficiare dei progressi economici e sociali, fornendo ciascuno il proprio contributo a seconda delle proprie potenzialità e disponibilità. Si può instaurare così un clima di condivisione tra due generazioni così lontane, ma anche così vicine ed affettivamente unite: tale legame è soddisfacente sia per i nonni, che ora godono di un certo tempo libero, perché provano un forte senso di soddisfazione quando trascorrono del tempo con i loro nipoti, oltre che un senso di utilità per l'aiuto che forniscono ai figli; è piacevole anche per i nipoti perché, non potendo trascorrere del tempo con i genitori, impegnati con il lavoro, possono stare con i loro nonni. L'intergenerazionalità si applica anche tra persone anziane e bambini, nonostante tra questi non vi sia un rapporto diretto di parentela.

L'attività intergenerazionale si basa sul contributo di giovani e anziani per la co-costruzione "di una nuova risorsa relazionale, aiutando i primi a sviluppare un alto senso

civico e liberando i secondi da una condizione di emarginazione” (Gasperi 2013, p. 201). In una situazione formativa di questo genere, le due generazioni possono comunicare e fornirsi vicendevole aiuto, offrendosi reciprocamente le proprie competenze in un rapporto di *interazione-integrazione*. “Se i preadolescenti sapranno donare agli anziani lo spazio in cui poter ritrovare ancora la propria saggezza, forza, dignità, la voglia di testimonianza e un rinnovato spirito creativo, l’invecchiamento potrà rappresentare un’occasione formativa da non sciupare”. (Gasperi 2013, p. 203) In definitiva, se gli anziani impareranno a rapportarsi con flessibilità con i giovani, potranno donare loro la disponibilità a misurarsi con stili di vita modificati, creando una “relazione generativa di reciprocità formativa” (Gasperi 2013, p. 203), in cui ognuno è contemporaneamente maestro e allievo nei confronti dell’altro.

Alla base dell’intergenerazionalità vi è l’idea che gli anziani e i bambini stanno bene insieme e sono ricchezza gli uni per gli altri: il loro incontro permette ai bambini di allacciare relazioni significative con altri adulti al di fuori della loro famiglia; per quanto riguarda l’anziano, invece, questo contatto con i bambini permette loro di “rivivere” una dimensione progettuale sul domani che li renda protagonisti in prima persona della propria vita.

Il recupero delle relazioni intergenerazionali si potrà ottenere grazie alla creazione di servizi che fungeranno da veicoli di aggregazione e di incontro sociale, per la creazione di opportunità ed ambiti, in cui anziani e bambini possano condividere un comune progetto.

## 5.2. OBIETTIVI

(A) L’intervento intergenerazionale, **per l’anziano**, mirerà a:

- restituire un ruolo di adulto responsabile del progetto di crescita dei bimbi;
- mantenere dei legami sociali;
- contrastare l’isolamento e la solitudine, attraverso la presenza dei bambini che favoriscono una dimensione di casa e di famiglia;
- mantenere e riattivare le capacità e le autonomie funzionali;
- essere consapevole del proprio “essere risorsa” per la comunità;
- raggiungere un “invecchiamento attivo”, che lo renda in grado di trasmettere ai giovani valori attraverso le sue esperienze di vita vissuta (es. la resistenza

partigiana).

(B) L'intervento intergenerazionale, **per i più giovani**, mirerà a:

- offrire ai bambini e agli adolescenti la possibilità di prendere parte a relazioni significative con adulti al di fuori della famiglia;
- farsi un'esperienza diretta della vecchiaia, attraverso una conoscenza attiva e non mediata da adulti;
- essere educati alla comprensione e al rispetto reciproco della diversità;
- storicizzare l'essere giovani in epoche diverse e comprendere i cambiamenti nel tempo;
- sperimentare esperienze sia nell'ambito interfamiliare, con nonni, zii e amici, sia con anziani non conosciuti, nei centri per anziani;
- poter disporre di tecniche e metodi specifici che consentano di interagire con gli anziani nel modo migliore (questionari, interviste, raccolta di storie di vita, tecniche di animazione);
- essere sensibilizzati alle attività del volontariato e ad iniziative finalizzate alla concreta solidarietà nei confronti di anziani in condizione di disagio.

I bambini, con il loro carico di energia e di vita, chiedono alle persone più grandi, affetto, tempo e attenzione; gli adolescenti e i giovani desiderano stringere un legame con il passato e conoscere da dove provengono. Hanno bisogno di sperimentare nuove forme di socialità, di sentirsi parte di una comunità che non è fatta solo di giovani generazioni. L'esperienza che i piccoli possono ricevere nell'incontro con le persone anziane è dunque fondamentale per la loro crescita. L'anziano offre al bambino tempi e spazi completamente diversi da quelli dei genitori, poiché l'anziano potrà concentrarsi nel presente del bambino offrendo ai piccoli anche uno spazio magico e fantastico dove essere sé stesso.

Grazie a questa esperienza così continua e profonda con gli anziani permetterà ai piccoli di scoprire la vecchiaia per mezzo di una conoscenza attiva, così da poter

diventare un giorno degli adulti senza pregiudizi e discriminazioni, in una società che sta diventando sempre più "vecchia".

(C)Obiettivi comuni a **giovani ed anziani**:

- far sì che il confronto generazionale, ispirato a criteri di reciprocità, diventi un reciproco arricchimento, un momento di condivisione di esperienze con persone di età diverse, per una più ricca conoscenza dei cicli della vita;
- fornire occasioni di modificare una mentalità basata sugli stereotipi che connotano sia l'immagine dell'anziano, che quella del giovane;
- comprendere che ogni incontro è occasione di arricchimento reciproco, in cui si dedica all'altro cura attenzione ed ascolto;
- imparare a trasmettersi expertise (insegnarsi competenze);
- trarre un arricchimento affettivo ed emotivo reciproco;
- favorire attività "insieme";
- essere sensibilizzati alla cittadinanza attiva.

### **5.3. QUALCHE ESEMPIO DI ATTIVITÀ OPERATIVE INTERGENERAZIONALI**

Le attività intergenerazionali che si possono proporre a bambini in **fascia di età prescolare** sono:

- Selezione di ricordi basati sugli interessi dei bambini, che permettano di creare momenti di condivisione tra generazioni attraverso la memoria di un mondo di infanzie vissute in modi diversi. Ciò permette ai bambini di storicizzare le condizioni di vita in epoche diverse attraverso il gioco;
- educazione ambientale, espressa mediante attività in cui nonni e bambini possano condividere il piacere di essere in rapporto con la natura, tramite uscite guidate di parchi, zoo e acquari; semina e coltivazione di semplici ortaggi e piante;
- educazione alla manualità, espressa mediante attività di manipolazione di materiali vari: creta, legno, pongo, pasta di sale, per la realizzazione di oggetti vari; laboratorio di cucina, per la preparazione di semplici piatti o dolci seguendo le ricette dei nonni;

Le attività intergenerazionali che si possono proporre a bambini e ragazzi in età di **scuola primaria e secondaria di primo grado** sono:

- narrazioni dei nonni, in cui essi possono raccontare: storie, fiabe, leggende, proverbi e filastrocche di quando erano bambini; narrazioni della loro infanzia: com'era il loro quartiere, cosa mangiavano, come si vestivano, che giochi facevano, com'era la scuola e fino a che età l'hanno frequentata; quali erano i loro divertimenti; racconti di guerra e del dopoguerra; i lavori dei campi, le tradizioni, le feste;
- Produzione di oggetti, sotto la guida dei nonni e secondo tecniche antiche, utilizzando materiale di riciclo;
- attività creative come giardinaggio, pittura, arti grafiche, cucina;
- attività in cui gli anziani insegnano ai bambini comportamenti da seguire per una corretta educazione alimentare, stradale, civile (tolleranza verso i diversi, prevenzione del bullismo).

Le attività intergenerazionali che si possono proporre a ragazzi in età di **scuola media-superiore** sono:

- creazione di un archivio della memoria: attività in cui ragazzi e anziani collaborano, raccogliendo le testimonianze dei secondi in modo che non vadano perse le loro storie di vita;
- analisi dei messaggi trasmessi dai vari media, al fine di superare gli stereotipi negativi riguardo a giovani ed anziani;
- organizzazione di eventi sul territorio che stimolino l'incontro tra le generazioni tramite cineforum, mostre fotografiche a tema, con creazione di "laboratori di idee" mirate al proprio territorio;
- "banca delle competenze", in cui i giovani offrono agli anziani le proprie competenze: come si usa il cellulare, tecniche base nell'uso del PC, Internet, posta elettronica, Facebook; gli anziani insegnano ai ragazzi i segreti della cucina, le basi del fai-da-te, il lavoro a maglia, come si tiene un orto etc.

Esempi di intergenerazionalità di questo tipo sul territorio italiano sono la "Fondazione Opera Immacolata Concezione ONLUS", nella sua struttura presso la Mandria a Padova, e la cooperativa Unicoop di Piacenza.

#### 5.4. LA LONGEVITÀ COME RISORSA: L'ESEMPIO DEL CIVITAS VITAE DI PADOVA

Il *Civitas Vitae* è un “centro multipolare aperto” (Maietta 2008, p. 83), dove si applica la filosofia della longevità attiva e “la valorizzazione delle potenzialità residue” (Maietta 2008, p. 83); è collocato all’interno del territorio di Padova, tessuto urbano in cui è perfettamente inserito anche grazie alla pluralità integrata di attività, che mirano al superamento della logica dei “parcheggi per vecchi” per trasformarla in quella di centri di aggregazione comunitaria.

Presso gli spazi del *Civitas Vitae* vengono svolte annualmente percorsi denominati “*Terza età protagonista*”, che si sviluppano in trenta giornate, due volte a settimana.

La giornata inizia alle dieci, quando i partecipanti si ritrovano attorno ad un tavolo per discutere riguardo ad un tema proposto da un conduttore, prendendo lo spunto da alcuni dati: un breve articolo, un film, altri materiali. Al termine della mattinata i partecipanti si dedicano alla socializzazione, prima pranzando in compagnia e poi facendo due passi assieme. Il pomeriggio invece trascorre in aula informatica, dove i partecipanti al corso, sotto la guida di un tutor, imparano ad usare il computer, “sempre in un clima cooperativo di gruppo”.(Gius 2008, p. 130) Le nuove capacità acquisite verranno subito utilizzate per raccogliere informazioni e dati sui lavori di gruppo.

Terminato il percorso “*Terza età protagonista*”, i partecipanti, che entrano a far parte del gruppo dei *Nonni del Cuore*, possono proseguire partecipando ad attività organizzate presso il *Civitas Vitae*; tra queste attività vi sono quelle intergenerazionali presso il *Museo Veneto del Giocattolo*, dove, due volte alla settimana, il gruppo i *Nonni del Cuore* ospitano scolaresche della zona, a cui illustrano i giocattoli presenti nel Museo, creando così un momento di confronto tra la generazione dei nonni e quella dei bambini, proprio grazie al giocattolo.

Gli anziani possono svolgere attività con i bambini anche presso il *Centro Infanzia “Clara e Guido Ferro”*, e presso la *Pista per l’educazione stradale*, dove i *Nonni del Cuore*, in collaborazione con i volontari dell’associazione sportiva “Amici della bicicletta” e la Polizia Municipale di Padova, insegnano ai bambini che frequentano le scuole elementari le regole della strada e, in qualche caso, anche ad andare in bicicletta.

#### 5.4.1. I BENEFICI DELLA LONGEVITÀ ATTIVA: UNO STUDIO DEL CENSIS

Uno studio svolto dal CENSIS nel 2007 ha analizzato i benefici della longevità attiva sugli anziani che hanno partecipato ai percorsi *Terza età protagonista*, che si pongono come obiettivo quello di aiutare gli anziani ad essere protagonisti nel processo di costruzione della propria vita.

Lo studio è stato svolto su cento persone che dal 2003 hanno partecipato ai percorsi (che chiameremo “partecipanti”) e loro coetanei (che chiameremo “cittadini”) che, pur vivendo negli stessi contesti, non hanno partecipato ai percorsi; al termine della sperimentazione i primi hanno mostrato una maggiore socialità, una più solida autostima e un maggior impegno sia per sé che per gli altri.

In particolare sono state analizzate:

#### TIPOLOGIA DI AMICIZIE

	PARTECIPANTI	CITTADINI
AMICI DI VECCHIA DATA	70,3%	91,3%
NUOVI AMICI	29,7%	8,7%
AMICIZIE CON PERSONE DI ALTRE GENERAZIONI	61,4%	51,9%

Dall’analisi dei dati risulta che i partecipanti hanno instaurato un maggior numero di nuove amicizie rispetto ai non partecipanti; inoltre, il 61,4% dei primi afferma di avere amicizie con persone di altre generazioni, contro il 51,9% dei non partecipanti.

#### PERCEZIONE SOGGETTIVA DEGLI ATTEGGIAMENTI DEL PROSSIMO

Gli iscritti ai corsi inoltre posseggono una maggiore autostima e percepiscono maggiormente attorno a sé un ambiente positivo e caloroso rispetto agli altri: l’83,8% dei primi sentono che le persone che li circondano confidano in loro, contro il 67,5% dei secondi; viceversa solo il 16% dei cittadini, contro il 5,9% dei *partecipanti* ritiene che gli altri si rivolgano a loro solo quando hanno bisogno.

LE PERSONE	PARTECIPANTI	CITTADINI
Non si aspettano nulla da lei	-	6,0%
Si rivolgono solo a lei solo quando hanno bisogno	5,9%	15,7%
Confidano in lei	83,8%	67,5%
Si aspettano troppo da lei	10,3%	10,8%

Appare evidente poi che i *partecipanti* si sentono più utili agli altri, più aperti a nuovi incontri e proiettati verso nuovi obiettivi e progetti. I *cittadini* invece si sentono più appagati di quello che hanno fatto nella loro vita (72,6%, contro il 57,1% dei partecipanti), ma anche più fragili e indecisi sulle cose da fare (il 25,6% rispetto al 20,8% degli iscritti ai corsi); viene percepito anche un maggior senso di stanchezza, più voglia di riposare, e una maggiore oppressione dai problemi.

I fattori che gli intervistati ritengono fondamentali sono: per i *partecipanti* essere utile a qualcuno (59,7%), per i *cittadini* tenere attiva la mente (63,6%).

Le attività preferite da entrambi i gruppi sono:

ATTIVITÀ PREFERITA	PARTECIPANTI	CITTADINI
CURA DI FIGLI E NIPOTI	56,7%	58,9%
VOLONTARIATO	55,0%	31,5%
HOBBY	46,7%	41,1%
VIAGGIARE	35,0%	39,7%

I *partecipanti* al corso si distinguono per il migliore rapporto con le tecnologie: usa il PC il 75,4% di loro (contro il 34,7% dei *cittadini*), Internet il 66,2% (31,5% dei *cittadini*), il cellulare il 90,4% (84,8% dei *cittadini*). Si aggiunga poi che tra i *cittadini* è elevata la percentuale di coloro che hanno dichiarato di non usare queste tecnologie e non intende imparare ad usarle.

Un' altra parte dello studio è stato dedicato solo agli iscritti ai percorsi 2006; in questo caso sono stati individuati tutti i cambiamenti apportati dalla partecipazione ai percorsi *Terza età protagonista*. Sono stati raccolti i loro pareri prima e dopo aver frequentato il corso: è aumentato il loro desiderio di essere utili (+24,3%); di avere una rete di amici (+18,9%); di fare le cose di cui si ha voglia (+18,2%) e di assumersi nuove responsabilità (+5,6%). Sono diminuiti invece la quota di coloro che vogliono tenere attiva la mente (- 4,9%), l'interesse per il rapporto con i nipoti (- 4,1%) e la disponibilità

di soldi (-7,9%).

Il corso ha permesso dunque ai partecipanti di aumentare la fiducia in sé stessi (93,1%), la voglia di stare in relazione con altri, di fare nuove conoscenze (96,6%) e di dedicarsi a nuovi progetti (88,4%).

#### **5.4.1.1. CONSIDERAZIONI SULLO STUDIO**

I dati raccolti hanno dimostrato che tra i *partecipanti* la quota di utilizzatori intensi di farmaci è significativamente più bassa di quella dei cittadini ed inoltre nel gruppo dei partecipanti del corso 2006 si è rilevata una riduzione del 38% dell'uso dei farmaci.

Se tale riduzione avvenisse a livello nazionale, due milioni di anziani non dovrebbero fronteggiare patologie croniche, con una riduzione del 5% della spesa pubblica lorda per farmaci di classe A (i farmaci essenziali per le malattie croniche che vengono rimborsati interamente dal Servizio Sanitario Nazionale), su una spesa di settecento milioni di euro (2006). Il cambiamento delle proprie prospettive di vita nei 55-64enni, porterebbe ad una ulteriore riduzione della spesa pubblica di trecentocinquanta milioni; giungendo così ad un risparmio complessivo di circa un miliardo di euro, pari all'8% della spesa pubblica per farmaci.

Inoltre la generalizzazione su vasta scala dei percorsi *Terza età protagonista* consentirebbe di accrescere di 2,7 milioni il numero di anziani impegnati in attività di volontariato, che permetterebbe di creare un nuovo valore di 32 miliardi (2,2%) del PIL. L'impegno degli anziani in un'attività lavorativa remunerata, fatta di servizi socio-sanitari, permetterebbe la creazione di una nuova ricchezza di 128,4 miliardi (circa l'8,7% del PIL).

## CONCLUSIONI

La popolazione mondiale continua ad invecchiare e i dati mostrano che questo trend è destinato a protrarsi e ad aumentare nel corso dei prossimi decenni; a ciò si aggiunga l'aumento delle patologie, causate dall'avanzare dell'età e il conseguente innalzamento della spesa pubblica per poterle contrastare. Appare dunque necessario rendere la persona anziana non più un soggetto passivo e un peso per la società, ma un elemento attivo di questa.

Perciò è molto importante promuovere interventi che mirino ad un invecchiamento attivo della popolazione, fornendo alle persone anziane mezzi per poter contrastare gli effetti dell'invecchiamento, promuovendo l'assunzione di comportamenti più sani.

Sono stati fatti numerosi studi per mettere a punto dei metodi efficaci applicati all'invecchiamento attivo; in particolare un gruppo di ricerca finlandese ha analizzato, attraverso uno studio controllato e randomizzato, gli effetti di un intervento basato su dieta, esercizio fisico e cognitivo per la prevenzione del rischio di declino cognitivo causato da una degenerazione vascolare. Lo studio ha evidenziato un effetto benefico dell'intervento: il gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo è risultato superiore dell'83% nella funzionalità operativo-esecutiva e del 150% nella velocità di elaborazione delle informazioni; anche il rischio di declino conoscitivo era aumentato nel gruppo di controllo rispetto al gruppo di intervento. I benefici per il gruppo di intervento erano ancora presenti dopo due anni dallo studio.

È stimato che il rinvio dell'inizio della malattia di Alzheimer di 5 anni possa diminuire fino al 50% in 50 anni. Circa un terzo dei casi di morbo di Alzheimer potrebbe essere attribuibile ad un basso livello di istruzione, all'inattività fisica, all'obesità, all'ipertensione, al diabete, al fumo e alla depressione; se si riuscissero a diminuire i casi di morbo di Alzheimer fino all'8,3% entro il 2050, si otterrebbe una riduzione del 10% ogni decennio della prevalenza di ciascuno di questi fattori e ciò avrebbe un enorme effetto sia a livello individuale, che per l'intera società.

La valorizzazione dell'anziano, di un suo ruolo attivo, il recupero dei suoi valori di memoria storica, del suo bagaglio culturale e di conoscenze storicizzate, è particolarmente importante in una società come la nostra, in cui alla famiglia patriarcale si è sostituita

una famiglia mononucleare. Dove un tempo i nostri vecchi venivano considerati fonte di saggezza e modelli da imitare e da rispettare da figli e da nipoti, ora si tende ad emarginarli, relegandoli ai margini di una società che si sta evolvendo troppo in fretta, lasciandoli indietro in questa frenetica corsa tecnologica.

Rimetterli in gioco, valorizzando il loro prezioso bagaglio di cultura e saggezza, inserendo nel gioco le giovani generazioni: ecco il segreto per un reciproco e proficuo arricchimento intergenerazionale e per un futuro di vera civiltà.

## BIBLIOGRAFIA

- A.A.. *La risorsa longevità: un approccio concreto e innovativo*. Marsilio, Venezia, 2008.
- Bobbo N. *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente*. Cleup, Padova, 2012.
- Bosello O., Zamboni M. *Manuale di Gerontologia e Geriatria*. Piccin, Padova, 2011.
- Cesa-Bianchi M. *Psicologia dell'invecchiamento. Caratteristiche e problemi*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1987.
- Fonzi A. *Gli uomini muoiono, le donne invecchiano*. Giunti Editore, Firenze, 2006.
- Gasperi E. (a cura di). *L'educatore invecchiamento attivo e la solidarietà tra le generazioni*. Pensa multiMedia Editore, Lecce-Brescia, 2013.
- Laslett P. *Una nuova mappa della vita. L'emergere della terza età*. Il Mulino, Bologna, 1992.
- Lazzarini G., Santagati MG. *Anziani, famiglie e assistenti: sviluppi del welfare locale tra invecchiamento e immigrazione*. Franco Angeli, Milano, 2008.
- Martin A., Santonastaso P. *Educazione Professionale in Medicina e Psichiatria*. Piccin, Padova, 2008.
- Pavan L. (a cura di). *Clinica psichiatrica*. Cleup, Padova, 2006.
- Petter G. *Per una verde vecchiaia. La terza età e il "mestiere di nonno"*. Giunti Editore, Firenze, 2009.
- Tognetti Bordogna M. (a cura di). *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*. Franco Angeli, Milano, 2007.

## ARTICOLI

- A.A..A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015; 385: 2255–63
- *Active ageing: a policy framework*. Geneva, World Health Organization, 2002 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)).
- Dr: Fackri Falha AL-Momani. *The Effectiveness of Psychological and Social Services for the Elderly in Their Own Institutions from Their Perspective in Jordan*. *Journal of Education and Practice* 2016; 23-31.

## SITOGRAFIA

- <https://www.apa.org/pi/aging/lifespan.pdf>
- [http://www.auserliguria.it/chrCorrelati/upload/doc/Progetti%20Formativi\\_2010.pdf](http://www.auserliguria.it/chrCorrelati/upload/doc/Progetti%20Formativi_2010.pdf)
- [http://www.consiglioanziani.ch/data/doc/SUPSI\\_FOCUSON\\_INTERGEN.pdf](http://www.consiglioanziani.ch/data/doc/SUPSI_FOCUSON_INTERGEN.pdf)
- [http://www.cooperativaunicoop.it/documenti\\_collegati/progetto\\_ABI\\_unicoop.pdf](http://www.cooperativaunicoop.it/documenti_collegati/progetto_ABI_unicoop.pdf)
- <http://www.geragogia.net/editoriali/medicinaantiageing.html>
- <http://www.harmoniamentis.it/cont/enciclopedia/contenuti/157/disturbi-neurocognitivi-introduzione-alle-demenze-dell-anziano.asp>
- <http://www.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie>
- [http://members.xoom.virgilio.it/Perrone/medicina/biologia\\_della\\_senescenza.html](http://members.xoom.virgilio.it/Perrone/medicina/biologia_della_senescenza.html)
- <http://www.maurizioangelucci.com/cultura%20generale/anziano.htm>
- <http://www.slideshare.net/MonicaGig/psicolginvecchiamento1>
- <http://slideplayer.it/slide/2718004/>
- <http://www.tuttitalia.it/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>

## RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato per il raggiungimento di questo traguardo.

Ringrazio la professoressa Patrizia Granata, la mia relatrice, che mi ha assistito nell'organizzazione della struttura della tesi.

Rivolgo un ringraziamento particolare alla Dottoressa Donatella De Mori e all'Educatrice Silvia Ciatto, che assieme al gruppo dei *Nonni del Cuore*, mi hanno permesso di conoscere ed osservare in prima persona l'esperienza dell'intergenerazionalità, che è stata di ispirazione per la stesura di questa tesi.

Infine ringrazio i miei genitori che mi hanno sempre permesso di dedicarmi allo studio e tutti i miei amici che mi hanno sorretto nei momenti di difficoltà e sconforto.