

Newsletter **Piaci**

Associazione scientifica **Per
l'Invecchiamento
Attivo e le Cure Integrate**



Invecchiamento attivo e promozione della salute: a che punto siamo

Daniele Salmaso

La salute è ritenuto un diritto fondamentale dell'uomo, l'ONU ne sancisce il rispetto da parte di tutti i governi, in seguito, questo principio è stato recepito dalle Costituzioni di molti Paesi: l'articolo 32 della Costituzione italiana sancisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Va considerato che il concetto di salute non è statico, nel 1948 l'Organizzazione Mondiale per la Salute (Oms), nel proprio statuto, ha definito la salute "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Questa definizione ha ricevuto pesanti critiche principalmente su due piani, il primo evidenzia quanto questa sia irrealistica e idealista (quando mai una persona si sente in un simile stato di benessere?); il secondo, in quanto la salute si identifica in un concetto di staticità, mentre la vita rappresenta quanto di meno statico ci sia.

È preferibile un concetto di salute che implichi l'abilità di adattarsi continuamente ad esigenze, aspettative e stimoli costantemente mutevoli. Altra critica è che la definizione dell'Oms sembra sostenere che qualcuno, da qualche parte, abbia la capacità ed il diritto di definire cosa significhi star bene, mentre è ormai acquisito che gruppi sociali diversi hanno definizioni differenti.

Il concetto di salute è da considerarsi un valore globale dove è difficilmente scindibile la dimensione fisica da quella psicologica, emotiva, relazionale, spirituale, il tutto calato nella realtà sociale dove la persona vive, in quanto la salute è inestricabilmente collegata all'ambiente ed è impossibile essere sani in una società malata che non si cura dei bisogni fisici e psichici fondamentali.

L'Oms nel 1998 definisce promozione della salute come il processo che consente alle persone di acquisire un maggiore controllo della propria salute e di migliorarla. Questo processo intende definire responsabilità dei singoli e della comunità nel rafforzare la capacità di *empowerment* nel promuovere la propria salute ma identifica la necessità di azioni politiche volte a modificare le condizioni sociali, economiche e ambientali volte a moderare l'impatto che questi fattori hanno sulla salute individuale.

Sommario

- Invecchiamento attivo e promozione della salute: a che punto siamo
Daniele Salmaso
- Il ruolo delle professioni all'interno del sistema sociosanitario e il processo di costruzione di una metodologia condivisa
Franca Dente
- Segnalazioni
- Storie: Mariano

Come aderire a Piaci

Si può richiedere l'adesione a Piaci, inviando una mail con la scheda di p. 8 a

piaci@fondazionezancan.it

Le richieste di adesioni sono valutate dal CdA dell'Associazione.

Il CdA di Piaci

Fabio Bonetta

Edda Samory (vice-presidente)

Elisabetta Neve

Marco Trabucchi (vice-presidente)

Tiziano Vecchiato (presidente)

Ecco che la promozione della salute richiede un *empowerment* individuale, inteso come capacità del singolo di influire sulle decisioni che riguardano la propria salute e la propria vita (ad esempio la gestione dell'alimentazione o dell'attività fisica).

Si ritiene che il soggetto da solo non possa governare tutti i determinanti della salute ma che vi debba essere anche un *empowerment* comunitario, inteso come la capacità di una comunità di governare le decisioni e le azioni che sono determinanti per la salute collettiva (ad esempio attraverso una corretta informazione dei media, adeguato controllo sui servizi sanitari, attenzione ai fattori inquinanti immessi nell'ambiente ecc.).

I campi di azione prioritari della promozione della salute sono stati definiti dalla Carta di Ottawa, 1986 e dalla Carta di Bangkok, 2005; questi si possono sintetizzare con le seguenti azioni:

- elaborare una politica pubblica per la salute che vada al di là delle sole cure;
- creare ambienti favorevoli alla salute, in quanto esiste un legame che unisce gli individui e l'ambiente;
- rafforzare l'azione comunitaria in favore della salute;
- stimolare l'indipendenza dell'individuo di conoscenza e responsabilizzazione nel compiere scelte consapevoli per la propria salute;
- riorientare i servizi sanitari anche attraverso la ricerca e la formazione del personale,
- affrontare la nuova era della globalizzazione contenendone gli effetti negativi sulle disegualianze, la rapida urbanizzazione e il degrado ambientale.

Il ministero della salute nel Quaderno 6/2010 affronta il tema invecchiamento e prevenzione, facendo emergere come l'invecchiamento non sia prevenibile, ma i dati scientifici dimostrano che vi sia la possibilità di ritardarne gli effetti negativi. Tanto che la *mission* della Gerontologia e della Geriatria si identifica nel mantenere il maggior numero possibile di anziani entro un "invecchiamento normale". La letteratura scientifica è concorde sul fatto che un rallentamento del decadimento funzionale si associa anche a una riduzione del rischio per le principali patologie cronico degenerative, come le patologie cardiovascolari, le bronco pneumopatie, il diabete ed i tumori. Va da sé che la prevenzione giochi un ruolo fondamentale nel governo di queste patologie. La prevenzione primaria può investire sulla promozione di stili di vita sani che consentano di evitare l'insorgere di patologie invalidanti. La prevenzione secondaria consente di fare diagnosi precoci, attraverso gli screening, e di intervenire velocemente in situazioni di disequilibrio di salute, modificando gli stili di vita.

La prevenzione terziaria ha un ruolo rilevante nel prevenire le recidive di una patologia in atto o la limitazione delle conseguenze e/o delle complicanze. Si propone di favorire nella persona il raggiungimento del più alto livello funzionale possibile e di promuovere l'autocura.

A questo punto se determiniamo che la promozione della salute è così rilevante per tutte le fasi della vita ma ancor più in una fase così delicata come l'invecchiamento c'è da chiedersi a che punto siamo nel nostro Paese su questo versante e quali possano essere quindi le prospettive a breve.

Lo scorso 8 febbraio 2012 è stato pubblicato, a cura della Fondazione Smith-Kline il secondo rapporto sulla prevenzione. Il rapporto sottolinea come, nonostante la prima legge di riforma sanitaria (L. 833/78), dichiarò che il Servizio sanitario nazionale è destinato alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica psichica di tutta la popolazione, ponendo quindi la prevenzione su un piano prioritario, ancor oggi non si riesce ad investire il 5% del fondo sanitario previsto dalla legge. È facile comprendere come, in assenza di investimenti sulla prevenzione, vi sia un modello assistenziale centrato sulla "malattia" piuttosto che sul "mantenimento dello stato di salute".

I dati evidenziano come i dipartimenti di prevenzione, strutture che hanno mandato di gestire questo processo nelle aziende sanitarie, abbiano poche risorse, dirigenti oberati da molteplici progetti, personale per lo più anziano, scarso riconoscimento istituzionale, adozione di modelli organizzativi che non identificano responsabilità sui risultati, vorticoso turnover della dirigenza.

È facilmente comprensibile che con un quadro così critico divenga particolarmente difficile affrontare un tema complesso come la promozione della salute, modalità operativa che supera il modello preventivo e che utilizza tecnologie come la comunicazione, il *counselling* e non ultimo il marketing. La promozione della salute richiede professionisti che siano capaci di utilizzare strategie comunicative, che sappiano governare i fattori che influenzano il comportamento dei consumatori, che siano in grado di muoversi agevolmente all'interno dei fattori culturali, socio economici ed ambientali della popolazione. Quanto detto poco si incontra con sistemi di prevenzione a basso investimento economico e di capitale professionale.

Appare abbastanza logico che lo scenario appena definito non risponda ai bisogni di promozione della salute nell'anziano che ha lo scopo di favorire l'invecchiamento attivo.

Il rapporto della Fondazione Smith-Kline evidenzia con forza che la disabilità nell'anziano si può e si debba prevenire, indicando come le strategie di

prevenzione non devono essere solo multifattoriali ma anche tali da permettere che, agendo su singoli fattori di rischio, si possano generare benefici in più ambiti. Ne è un esempio l'esercizio fisico, la lotta alla ipertensione, il diabete e l'obesità. Non vanno trascurate poi le relazioni sociali e la riabilitazione.

Sono rilevanti i servizi distrettuali che devono essere sempre più punto di riferimento per la promozione della salute.

Va coraggiosamente osservato che anche gli ospedali debbono fare la loro parte in quanto sono il momento di contatto privilegiato con le persone che hanno problemi di salute. Il contatto della persona negli ambulatori specialistici deve divenire il luogo in cui questa riceve le informazioni necessarie per gestire correttamente le problematiche connesse alla malattia, invece notiamo che la fretta ed il bisogno di vedere il maggior numero di pazienti possibile è la norma attuale. La performance quantitativa (erogare più prestazioni) diventa più rilevante di quella qualitativa (investire nella promozione della salute).

Durante la fase di ricovero la persona deve poter ricevere le informazioni necessarie per gestire la propria patologia, invece registriamo che quasi sempre medici ed infermieri sono troppo presi nei processi di cura e non riescono a trovare il tempo e forse anche le motivazioni per investire sull'educazione terapeutica, come momento privilegiato di educazione della persona e del caregivers. Del resto è dimostrato che in corsia, in caso di carenza di risorse umane, l'attività che, prioritariamente viene penalizzata, è l'educazione della persona.

Ecco che la promozione della salute rimane un problema aperto per la collettività ma rischia di essere un problema davvero urgente per gli anziani che non hanno più troppo tempo per aspettare le virtuose e troppo lente evoluzioni del nostro sistema sanitario.

Il ruolo delle professioni all'interno del sistema sociosanitario e il processo di costruzione di una metodologia condivisa

Franca Dente

In un regime di profonda crisi finanziaria in cui i tagli delle risorse avvengono in maniera trasversale e lineare, i professionisti costituiscono una grande risorsa, spesso irrinunciabile, della struttura da valorizzare e ottimizzare; il richiamo alle loro abilità, conoscenza e responsabilità può aiutare a trovare la strada per ottimizzare le risorse, indurre cambiamenti, migliorare le prestazioni, controllare gli interventi in corso d'opera. verificare i risultati.

I professionisti si caratterizzano per autonomia e responsabilità proprie, derivate dall'autorità profes-

sionale riconosciuta dalla società in relazione alla funzione sociale resa, dalla cultura professionale che le caratterizza e dalla capacità di autogoverno (codici, albi, collegi) e di autotutela. Hanno quindi la responsabilità etica di condividere conoscenze e competenze, di metterle a servizio del sistema e del paziente/utente. Per allineare gli obiettivi professionali a quelli di sistema è fondamentale utilizzare strumenti di integrazione condivisi e fondati su logiche professionalizzanti.

L'attuale struttura organizzativa delle aziende sanitarie presenta alcuni inconvenienti che possono ulteriormente acuirsi per le modificazioni delle professionalità che operano al loro interno e per i rilevanti cambiamenti del contesto in cui le aziende devono agire. Il problema principale infatti è che non sono *responsabilizzati gli operatori* nei confronti degli obiettivi aziendali e dell'impiego delle risorse.

I processi sociali e sanitari sono lo scenario di una realtà sempre in movimento, un cantiere sempre aperto, in tutte le sue componenti – culturali, economiche, sociali, politiche – che consente tuttavia di individuare, man mano e secondo differenti ottiche, i fattori che stanno all'origine dei mutamenti. Non esistono fattori univoci o mono causali, poiché in un sistema complesso, come è la società, si parla di concause e di influenze molteplici¹.

La politica e le politiche sociali e sanitarie rappresentano una porzione importante della vita e dell'organizzazione della società. Esse comunicano le trasformazioni cui la società stessa è sottoposta e che registra.

La particolare connessione che le politiche sociali e sociosanitarie hanno con la parte viva della società-istituzioni, ma soprattutto persone, gruppi, famiglie, comunità - assegna loro una quota rilevante di sensibilità e *di capacità reattiva ai mutamenti*.

È proprio la sensibilità a registrare i mutamenti attribuisce loro una grossa capacità di indurre cambiamenti.

Nonostante il processo riformatore in atto nel nostro Paese da decenni che ha per oggetto l'assetto organizzativo, il modello organizzativo dei servizi pubblici, con particolare riferimento al sistema Sanitario, esso rimane ancora burocratico/gerarchico/meccanicistico. Tale modello fa perdere l'unitarietà della gestione, dovuta alla scomposizione rigida della struttura in attività (professionali-specialistiche) tra loro impermeabili, senza riuscire a determinare una modificazione vera del coordinamento funzionale tra le varie unità del nucleo operativo e senza ottenere la connessione trasversale tra i comparti/ambiti che costituiscono le maglie di una rete di servizi.

¹ Rizza S. (2003) *Il Servizio Sociale e i cambiamenti nel 2° Rapporto sulla situazione del servizio sociale*, EIS, Roma.

Occorre invece oggi ridisegnare l'assetto organizzativo integrando questa rete, non cancellando l'impostazione funzionale, ma affiancando responsabilità di tipo orizzontale, orientate al cliente e ai risultati, ovvero occorre organizzare l'Azienda Sanitaria per processi.

In termini aziendali il processo (o *business process*) è un insieme di attività interrelate, svolte all'interno dell'azienda, che creano valore trasformando le risorse (*input* del processo) in un prodotto (*output* del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'azienda (*cliente*). Il processo è teso al raggiungimento di un obiettivo aziendale, determinato in sede di pianificazione.

Tanto le risorse quanto il prodotto possono essere beni, servizi o informazioni oppure una combinazione di questi elementi. La trasformazione dell'input in output può essere eseguita con l'impiego di lavoro umano, di attività professionali.

Per quanto riguarda l'Azienda Sanitaria ciò è possibile solo se si supera del tutto il modello organizzativo burocratico meccanicistico che ha caratterizzato e che ancora prevale soprattutto nel sistema Sanità. Il processo di professionalizzazione di molti profili professionali (infermieri, assistenti sociali) dell'ambito sanitario, con l'accrescersi esponenziale delle conoscenze scientifiche e della necessità di specializzazione per dominare le tecniche e le metodologie sempre più complesse, ha messo fortemente in crisi il modello organizzativo verticale/meccanicistico.

Solo l'attenzione alle prestazioni/ prodotto modulata nel processo produttivo, al quale concorrono professionalità diverse, tutte ugualmente consapevoli delle finalità complessive, permette l'erogazione delle prestazioni in modo integrato.

Nel processo le varie professionalità intervengono collettivamente finalizzando le proprie conoscenze tecnico-scientifiche ed il proprio corpus normativo per la produzione verso il cliente esterno (o interno nel caso di processi di supporto) ed in questo modo si riducono gli inconvenienti tipici della burocrazia professionale.

Oggi si rende assolutamente urgente dare senso reale al concetto di integrazione inteso come processo teso a fornire l'*unitarietà* e il coordinamento tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura, riabilitazione e reinserimento, la realizzazione di percorsi sociosanitari e assistenziali integrati e l'intersettorialità degli interventi. Tutto ciò necessita di processi di mutamento radicale se si vuole dare realmente senso al concetto di Salute secondo l'Oms. La parziale realizzazione del processo di integrazione socio sanitaria, nonostante la sua previsione da oltre un decennio, non ha reso possibile quel raccordo tra politiche sociali e sanitarie che avrebbe consentito di dare risposte unitarie all'interno di percorsi

assistenziali integrati, attraverso il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le componenti e le risorse presenti sul territorio (terzo settore).

La capacità di raccordare interventi di natura sanitaria e sociale ha invece dimostrato di poter dare risposte appropriate per esempio alla cronicità. Laddove realizzate tali esperienze appaiono tuttavia ancora parcellari nel nostro Paese.

Nel piano sanitario nazionale 2011-2013 al paragrafo 3.1.3 (approvato dal Consiglio dei Ministri anno 2011) sull'integrazione sanitaria e socio-sanitaria viene meglio precisato che:

*“La programmazione, gestione, verifica e controllo dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie legate alla promozione della salute, prevenzione cura e riabilitazione non può prescindere dall'assunto che: “Il bisogno di salute è complesso, necessita di interventi “curativi” ed interventi “assistenziali”; nel garantire l'appropriatezza dell'intervento tecnico sanitario e la continuità tra cure primarie ed intermedie è necessario attivare un progetto individualizzato di presa in carico che richieda l'integrazione di servizi ed attività a livello **multidimensionale** e **multiprofessionale** in particolar modo per i cittadini “fragili”.*

“Predisporre una presa in carico globale della persona “fragile” e della sua famiglia prevede che gli operatori dei diversi sistemi (sistema sanitario/sistema sociale) favoriscano la costruzione di una rete integrata tra i servizi sanitari e i servizi sociali; nel contesto territoriale, il Distretto socio-sanitario, deve essere riconosciuto quale unità di riferimento del processo di programmazione per pensare, programmare e poi attuare il sistema integrato di servizi ed interventi, nel quadro dei livelli essenziali definiti dall'art.22 della L. 328/2000”

Continua il piano *“Promuovere l'integrazione socio-sanitaria nei servizi alla persona deve considerare quali fondanti le due istanze costitutive:*

- *integrazione di responsabilità:..... in cui si integrano, condividono obiettivi, risorse e responsabilità per conseguire i risultati attesi;*
- *integrazione di risorse: intese come abilità, competenze, saperi che generano maggiori possibilità di fronteggiare problemi complessi e non affrontabili facendo leva su risorse singole, anche molto qualificate ma settoriali e, per definizione, non adeguate ad affrontare problemi di più ampia portata”.*

L'approccio globale alla persona e la complessità dei bisogni richiedono necessariamente un'ottica metodologica che richiama l'applicazione del network, una filosofia di pensiero che ha dimostrato di essere, sul versante sociale, l'unica in grado di proporre strategie tali da permettere la possibilità del passaggio, da un sistema autoreferenziale e burocratico (Welfare State) a un sistema in grado di reggere la

complessità della società odierna (Welfare Community).

Il principio di fondo del concetto di integrazione consiste nell'assunto secondo il quale l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie ed il loro coordinamento con le altre politiche incidenti sulla qualità della vita di una comunità e di un territorio rappresentino una necessità da assumere a più livelli di responsabilità.

Obiettivo quindi dell'integrazione professionale è quello di mettere insieme saperi, abilità, competenze nella consapevolezza dell'impossibilità di poter fornire risposte da soli e di una indispensabile interazione interdisciplinare, pertanto gli altri servizi e le altre professioni vengono vissuti come risorse.

Il lavoro interdisciplinare e di equipe non è la somma dei diversi saperi, ma è prima di tutto un *metodo* di lavoro che porta alla presa in carico della persona, alla elaborazione del progetto personalizzato con interventi mirati a valorizzare al massimo le capacità funzionali residue e il suo contesto familiare e sociale.

Questa strategia, nell'operatività dei servizi, trova difficoltà di attuazione per cultura, storia e mancanza di risorse non solo economiche ma anche perché mancano processi di misurazione e valutazione delle performance delle strutture e dei servizi sanitari. Le nuove logiche sottendono lo spostamento dell'attenzione dalle regole di funzionamento (efficienza) sempre più verso l'attenzione ai risultati sull'utente (efficacia, appropriatezza).

Nei sistemi professionali oggi vi è una diffusa consapevolezza che il sapere scientifico trova le basi per il suo sviluppo non in contenuti definitivamente acquisiti ma nei processi continui e incessanti di ricerca di nuove teorie ed ipotesi in grado di falsificare quelle esistenti e di sostituirsi a queste in quanto più avanzate e rispondenti alla spiegazione dei dati relativi a fenomeni osservati.

Studi di prevalenza condotti a livello internazionale stanno infine ponendo sempre più in luce la dimensione dell'errore professionale e della sicurezza dei pazienti come elemento sempre più importante che influenza i livelli di qualità delle prestazioni rese, nonché inducono anche in ambito sanitario alla diffusione della metodologia dell'evidence practice.

Ancora è opportuno citare il piano sanitario nazionale 2011-2013 *"In questa prospettiva, integrare le risposte sanitarie, socio-sanitarie e sociali non può essere uno sforzo da compiere "a posteriori", cercando di individuare un percorso di cura come se si trattasse di ricomporre un puzzle i cui pezzi hanno forme e contorni diversi, ma è il risultato di un lavoro che modifica "a priori" le prassi quotidiane dei professionisti e dei servizi, facendo sì che le risposte nascano e si strutturino con le caratteristiche necessarie per coordinarsi tra loro e inserirsi nel contesto di vita della persona il più armonicamente possibile"*.

Manca senza dubbio una adeguata *formazione a lavorare insieme*, manca uno *sforzo organizzativo* a partire dalla routine, dalle prassi di lavoro consolidate nelle modalità strategiche di funzionamento di ogni singolo servizio.

L'interdisciplinarietà presuppone una diversa visione dell'operare; un modo di concepire l'approccio che richiede una lettura da diversi punti di vista e una conseguente operatività; è una forma mentis che va plasmata.

In conclusione la qualità in sanità è strettamente legata ai comportamenti adottati dai professionisti che, agendo con responsabilità diretta, incidono sul processo clinico-assistenziale del paziente individuando interventi efficaci, appropriati e instaurando una buona relazione professionista cliente in base ai seguenti principi:

- principi di efficienza: raggiungimento di obiettivi di salute in modo equo al minor costo possibile, evitando spreco di risorse;
- principio di efficacia: scelta della prestazione assistenziale valutata scientificamente come migliore;
- principio della motivazione dei professionisti e delle persone: sviluppo delle risorse umane;
- principio della partecipazione attiva e della relazione esistente tra professionista e cliente/utente: essenziale per la stessa esistenza del servizio sanitario;
- principio della verifica dei risultati.

Come favorire l'integrazione professionale

Una delle possibili strategie da sviluppare sul piano comunicativo tra professionisti potrebbe riguardare l'applicazione di un metodo trasversale e unico attraverso il quale ogni disciplina può confrontarsi rispetto a tre dimensioni professionali:

- la dimensione delle competenze/conoscenze, ossia il sapere esperto;
- la dimensione dell'esercizio, ossia del saper essere e fare;
- la dimensione della responsabilità/autonomia, ossia la capacità di erogare prestazioni di qualità e di sostenerne i processi di valutazione.

L'integrazione delle competenze e conoscenze, oltrepassando la specifica disciplina che caratterizza l'azione delle singole professionalità, deve concretamente ricercare strumenti e metodi trasversali a tutte le professionalità utili allo sviluppo comune di competenze.

Corsi di Formazione Piaci 2012:

L'integrazione professionale e organizzativa: condizioni, modalità, indicatori di valutazione

Funzioni e strumenti del servizio sociale professionale nell'accesso alle strutture per anziani

La continuità assistenziale

La gestione del dolore nel paziente demente: dalla valutazione del dolore alla valutazione di esito

Laboratorio 1:

La valutazione di efficacia di interventi interprofessionali nei servizi: lo schema polare

Laboratorio 2:

Raccogliere dati, comunicare e pubblicare i risultati del lavoro professionale

A conclusione dei laboratori è previsto un periodo di applicazione delle conoscenze acquisite con successiva verifica a distanza di tre mesi in una giornata di formazione.

Chi fosse interessato a queste e altre iniziative in preparazione, può mandare una mail a: piaci@fondazionezancan.it

Storie

Mariano

V. C.

Alla chiusura del manicomio i vecchi ricoverati furono trasferiti nei propri Comuni di residenza. Coloro che non potevano rientrare perché oramai privi di famiglia o quelli che richiedevano un alto livello di assistenza, furono trasferiti in una residenza per anziani, creata appositamente per loro, distante pochi passi dal manicomio. Era quello che una volta si chiamava «Padiglione Neurologico». Ma anche lì un ammasso di gravi malattie. Di uomini e donne senza storia. Dimenticati da tutti. Non riaccolti in famiglia: «Come potrei ricominciare con lui? Diceva qualche parente», «Non saprei cosa fare, cosa dire. Se rientra lui ci amaleremo noi! Sostenevano altri».

Non era facile per nessuno. Né per i familiari e nemmeno per i malati. L'edificio era fatiscente. Come le anime di quelli che ci stavano dentro. E poi l'odore. Sempre il solito. Di unto che aveva intriso panni e pelle, letti e muri. Alcune finestre non si aprivano più da tempo.

Teresa è simile ad una ciminiera. Sigarette accese una dopo l'altra. Tenute strette fra denti e dita ingiallite. Aveva lavorato per tanti anni nell'archivio

del manicomio. L'avevo conosciuta lì. In due stanze ben ordinate. Non sembrava una ricoverata. Era precisa. Se uno voleva una cartella lei sapeva esattamente dove era. Mi accorsi che qualcosa non andava un giorno in cui, rimasta senza sigarette, fece una crisi isterica e restò piantata per ore davanti alla porta dell'economato. Reclamava i soldi per le sigarette. Firmò il registro, intascò e corse al bar, quello del manicomio, che apriva alle 10, per comprarsi un pacchetto di Esportazioni senza filtro.

Amelia invece gironzolava e fermava chiunque: «Un soldino. Ce l'hai un soldino?» Al collo teneva decine di catene, qualche ciondolo ed anche un cavatappi. La stazione e il piazzale antistante erano il suo territorio.

Mariano stava in carrozzella. Era inchiodato lì da anni. Letto e carrozzella. Dopo una frattura di femore. Anche le mani erano chiuse. Anzi, rattrappite. Nessuno lo aveva guardato e riabilitato dopo quella frattura. Era un oligofenico. Un malato di mente. Senza speranza. Quarant'anni di manicomio! Se li era fatti tra mille stenti. Rinchiuso a vita. Tutti di fila. Senza mai una via di uscita. Senza una speranza. Mai un tramonto nei suoi occhi. Mai l'odore del mare nelle sue narici pelose. Nessun colore dei fiori nel suo cuore. Da noi era arrivato così. Dolorante. Un lamento continuo. «Bibo. Bibo...» Sono gli unici suoni che Mariano emette. Insieme ad uno strano mugolio non ben definibile. Una signora bionda gli fa visita con cadenza puntualissima. Ogni due giorni. Non ha mai sgarrato. Alta, occhi chiari. Viso dolce. Lentiggini qua e là. È la cognata. Si mette seduta accanto a lui. Composta. Nella seggiola di legno. Succo di frutta e cioccolatino. Aspetta con calma che Mariano abbia finito tutto. Non è facile farlo bere. Poi parla con lui anche se Mariano non può rispondere. Altre volte, invece, resta in silenzio. Non ha nulla da dire. Sembra perdersi in altri luoghi lontani da qui, da questo posto triste e agonizzante. Si affoga in altri pensieri. Quasi a conficcarsi per forza. Forse perché rincorre il suo primo amore. Anna se lo ricorda con tutti i capelli arruffati e rosso in viso quel giorno in cui per la prima volta le rivolse parola, quasi senza guardarla. «Qual è il colore che più le piace?» Come? Rispose lei voltandosi di scatto verso di lui. «Sì, se dovesse scegliere un colore di questo tramonto, quale sceglierebbe?» Questa volta l'aveva guardata negli occhi, per qualche secondo. Accennando un sorriso impacciato. Non saprei, bisbigliò incerta lei. Forse quel rosa tra l'azzurro intenso e il rosso. Quello che lambisce l'orizzonte. Quello laggiù. Riesce a vederlo? «Bel colore rispose lui. Io preferisco quell'azzurro che sembra spaccare gli altri colori. E quale colore del bosco preferisce quando arriva l'autunno?». Lo sa che le sue domande sono un po' strane? Ma assomigliano tanto a quelle che spesso mi faceva mio padre mentre mi

teneva in braccio. Lui mi chiedeva se sapevo quante foglie sono tutte le foglie di tutti gli alberi del mondo. Come faccio babbo. Sono tante! E lo sai quanti sono i granellini di sabbia di tutte le spiagge del mondo E lo sai quanti pesciolini ci sono in fondo al mare? Prima di morire mi ha chiesto se sapevo quanti angeli c'erano in paradiso. Ho risposto 'un milione' Speravo di indovinarci. No, di più. Molti di più. Mi aveva risposto con un fil di voce. Ma non mi aveva detto esattamente quanti. È stata l'ultima cosa che mi ha detto. Penso spesso a lui e le sue domande improvvisamente mi mancano. Stasera lei mi chiede che colore preferisco... e io neanche la conosco. «Ma io sì. La conosco da molto tempo. Da prima di stasera». Non rammento di averla vista. Rispose lei decisa. Di solito mi ricordo delle persone. Riccardo invece sì che se la ricordava! L'aveva vista per la prima volta in quello stesso treno. Lei indossava un gilè marrone, forse di camoscio, su una gonna anch'essa marrone. Occhi chiari. Grandi. Luminosi. Non aveva fatto in tempo a fissarne il colore. La seguì con lo sguardo. Camminava dritta, ignorando gli altri passeggeri e scomparve in un'altra carrozza. Da quel mattino, ogni volta che il treno si fermava alla prima stazione, Riccardo aspettava di vedersela comparire davanti. Riuscì ad intravederla dopo alcune settimane. Indossava una gonna blu. Il trucco sugli zigomi esaltava il chiaro degli occhi. Riccardo si domandava che lavoro facesse. Non riusciva proprio ad immaginarselo. Pensava a tutti i lavori possibili, ma nessuno sembrava adatto a lei. Aveva provato anche ad immaginare il suo nome, ma senza riuscire a chiamarla con un suono appropriato a quel visino dolce e un po' triste. Anche le gambe erano belle. Ora erano lì. Vicini. A parlare dei colori del tramonto e di quelli autunnali del bosco. Anna, mi chiamo Anna. Anna, pensò lui con la testa in piena confusione. È un nome fantastico! In un nanosecondo vagheggiò Anna in inverno, a cantare ninnananne. Anna in primavera, tra i fiori. Anna d'estate, radiosa in una bluse fiorita.

«Riccardo. Io sono Riccardo. Mi chiamo Riccardo».

Lo sguardo di Anna andava ogni tanto al di là della carrozzella di Mariano. Nel tempo, in tutti quei mesi in cui non era mai mancata, i suoi occhi si erano fatti più tristi. Era a causa di Mariano? Le pesavano quelle visite? Era per la figlia che si era messa con quello 'scavezzacollo', come diceva Riccardo? I figli non si possono controllare sempre e si innamorano di chi vogliono. Anche di scavezzacolli. Spesso sembra una specialità tutta loro incasinarsi. E più sono incasinati e meno ascoltano i genitori. Certo non era andata giù a nessuno dei due quella mattata della figlia. Mettersi a diciannove anni con uno di trentacinque e per giunta divorziato, con un figlio di tre anni. O era per il marito che non le faceva più domande improvvise e bizzarre? Lo sai quante sono le onde del mare in

burrasca? E lo sai quanti sono i fili d'erba in un prato? Riccardo in passato si fermava a lungo con il fratello Mariano. Lo rasava. Lo portava in giro con la carrozzella. Si metteva accanto a lui e gli parlava di quando erano ragazzi e Mariano gli faceva i dispetti rubandogli la bici. La restituiva al fratello dopo aver fatto esattamente dieci giri dell'aia. Non uno di più, non uno di meno. Dieci. Dovevano essere dieci precisi. Gli ricordava quando si rincorrevano e si rotolavano sull'erba o sulla paglia e poi scappavano dalle botte della mamma.

Il tempo scorre. Mariano invecchia. Ogni giorno di più. I suoi lamenti si fanno insistenti e frequenti. Riccardo si vede di meno. Gli occhi di Anna, se pur tristi, sono ancora belli e seguono i movimenti di Nunzia e si fermano sui cassetti che Nunzia apre e rovista. Anna sembra frugare spesso, con sguardo avido, tra i fazzoletti e le mutande che Nunzia getta per terra. Una medaglietta della Madonna, un pezzo di catenina rotta, una fotografia sgualcita, le briciole di un biscotto.

«Come, è già vuoto?» Sembra dire Anna. «Non è rimasto nulla?» Nunzia cerca, ... cerca. Ci dovrebbe essere una favola, è scritta su un foglio. Cerca. Nunzia cerca ancora. «Eppure ci deve essere. Un foglio un po' ingiallito». Eccolo... ha trovato qualcosa... un foglio... un sobbalzo... una corsa lontano... leggi...che c'è scritto? C'è scritto di un conte che aveva un castello fatato... No! impossibile! Nunzia non può leggere.

Forse anche lei cerca una favola persa un tempo lontano. Smarrita. Sussurrata nelle notti buie. Troviamo una favola Nunzia. Una qualunque. Che piaccia ad Anna. I cassetti che rovisti non possono essere vuoti. Vuoti come i cassetti dei sogni di Anna.

Nunzia, dai, inventiamo noi una favola per Anna; la favola della 'bacchetta magica'.

Fuori di qui, per Nunzia, per Gino, per Alice, per Adalgisa...c'è soltanto la passeggiata per raggiungere il cimitero. Una strada sterrata. Speriamo che non sia d'estate. Le scarpe si impolverano troppo. Speriamo che non sia d'inverno, sotto la pioggia. Le scarpe si infangano. Meglio di primavera. Sì a primavera. Sotto il tiepido sole. A primavera torneranno i sogni. I sogni di Anna. I cassetti potrebbero riempirsi di nuovo.

A primavera tutto può capitare. Anche che Mariano riesca a bere il succo di frutta da solo e che certe figlie, che prendono sbandate per gli scavezzacolli, possano dire «Stasera mamma non esco. Resto con te. Ti aiuto e poi ci mettiamo sul divano, vicine, strette strette. A primavera! Chissà quando arriverà primavera».



Auguri di Buona Pasqua

Richiesta di adesione alla Associazione PIACI

Associazione scientifica per l'Invecchiamento Attivo e le Cure Integrate

Il sottoscritto (Nome e cognome) _____,
residente in _____,
tel/fax _____ email _____

chiede di poter aderire all'Associazione PIACI, con sede in Padova, via Vescovado 66

(barrare una sola voce)

a titolo personale

in qualità di rappresentante / delegato per l'ente _____,

con sede in _____, tel/fax _____, email _____
come risulta da documentazione allegata

A tal fine:

a. dichiara di svolgere la seguente occupazione _____

b. allega alla presente scheda:

- breve curriculum delle attività svolte collegate agli obiettivi della associazione PIACI
- elenco di pubblicazioni realizzate sui temi della cura e della salute dell'anziano

Data e luogo _____

Firma _____

A seguito dell'accettazione da parte dell'Associazione Piaci, provvederò al pagamento di:

€ 50,00 all'anno (**persona singola**) che include: iscrizione gratuita ad uno dei convegni annuali di Piaci, Newsletter Piaci, riduzione della quota di iscrizione alle altre iniziative Piaci

€ 300,00 all'anno (**rappresentante/delegato di ente**) che include: iscrizione gratuita del delegato ad uno dei convegni annuali di Piaci, Newsletter Piaci, riduzione della quota di iscrizione alle altre iniziative Piaci per gli operatori dell'ente

Informativa e autorizzazione al trattamento dei dati personali

L'Associazione Piaci è titolare del trattamento dei dati personali conferiti, che verranno custoditi in formato elettronico e cartaceo presso la sede legale dell'associazione, e utilizzati esclusivamente ai fini della valutazione della richiesta di adesione da parte dell'associazione e per le comunicazioni conseguenti. L'interessato ha comunque diritto (art. 7 del Dlgs 196 del 2003 Codice per la privacy):

- di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- di ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza;
- di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- di opporsi, in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Per informazioni inerenti alle modalità di trattamento e per l'esercizio dei diritti previsti dalla normativa, si prega di contattare Tiziano Vecchiato, direttore Fondazione Zancan, Via Vescovado, 66, 35141 Padova, mail: piaci@fondazionezancan.it

Si prega di inviare la scheda compilata, con relativi materiali a PIACI c/o Fondazione Emanuela Zancan, Via Vescovado 66 – 35141 Padova tel. 049 663800 fax 049 663013 email: piaci@fondazionezancan.it