

Atti del Convegno

**“MOVIMENTO E BENESSERE:
attività motoria e terapie
per il dolore cronico nella terza età”**

promosso dalla



REGIONE LOMBARDIA

INSERTO REDAZIONALE



LOMBARDIA

FEDERAZIONE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE

Presidente: Prof. Marco Perelli Ercolini

CON IL PATROCINIO DEL COORDINAMENTO REGIONALE
DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

“MOVIMENTO E BENESSERE: attività motoria e terapie per il dolore cronico nella terza età”

Un convegno per approfondire l'attività motoria
e le terapie per il dolore cronico nella terza età

Coordinatore: **Dott. Emilio Pozzi**,
presidente OMCeO Bergamo,
vicepresidente regionale FEDER.S.P.eV.

INDICE

Programma del convegno	5
Presentazione	7
Intervento prof. Michele Poerio	8
Intervento prof. Marco Perelli Ercolini	9
“MOVIMENTO E BENESSERE: attività motoria e terapie per il dolore cronico nella terza età”	10
Il concetto di età e il tema dell’invecchiamento	10
Le azioni strategiche dell’Unione Europea per l’invecchiamento attivo	12
Elementi di Bergamo Longeva	14
Progetto Tinformo	14
Il progetto del corso di attività motoria	15
La fase pratica dell’attività fisica adattata	16
“MOVIMENTO E BENESSERE: i contributi del convegno”	18
Per diffondere la domotica a cura di Leonardo Maccapani	18
Il prendersi cura. Sinergia tra l’Ordine dei medici e la Fondazione Dottor Eugenio Suardi a cura della dott.ssa Cinzia Suardi	20
Elogio della vecchiaia	22
Il dolore nel paziente anziano a cura del dott. Roberto Casale	25
1. Il trattamento con oppioidi del dolore cronico nell’anziano	28
2. Trattamento con farmaci non oppioidi nel dolore cronico dell’anziano	29
Organigramma FEDER.S.P.eV. Regione Lombardia	31

SABATO 15 OTTOBRE 2016

dalle 9.30 alle 17.00

PROGRAMMA

- 9.30** Registrazione partecipanti
- 9.45** Saluto delle autorità
dott.ssa Mara Azzi, *direttore generale Ats Bergamo*,
prof. Michele Poerio, *presidente nazionale FEDER.S.P.eV.*,
prof. Marco Perelli Ercolini,
presidente FEDER.S.P.eV. Lombardia
- 10.00** L'esperienza di Bergamo Longeva
dott. Emilio Pozzi, *Presidente Ordine Medici di Bergamo*
- 10.20** L'attività motoria nella terza età
dott. Claudio Bertoletti, *presidente Cus Bergamo*
- 10.40** Dalla domotica alla tecnoassistenza
ing. Leonardo Maccapani, *esperto*
- 11.00** Il Creg
dott. Mario Battista Sorlini, *presidente ImI*
- 11.20** Il dolore cronico non neoplastico
dott.ssa Antonella Goisis, *oncologa*,
dott. Roberto Casale, *direttore scientifico Gruppo Habilita*
- 12.00** Il prendersi cura. Sinergia tra l'Ordine dei medici
e la Fondazione dottor Eugenio Suardi
dott.ssa Cinzia Suardi, *presidente Fondazione Suardi*
- 12.20** Discussione
- 13.00** Lunch
- 15.00** Visita guidata di Città Alta

PRESENTAZIONE



Dott. Emilio Pozzi

Presidente provinciale FEDER.S.P.e.V. Bergamo

Obiettivi dell'opuscolo sono quelli di informare le sezioni FEDER.S.P.e.V. sullo stato dell'arte della longevità in Italia e dare un'indicazione, attraverso esempi concreti, per avviare localmente un'iniziativa il più possibile omogenea.

E da ultimo di avvicinare, in modo semplice, le singole persone all'attività riabilitativa per quanto riguarda la forza muscolare e la stabilità.

INTRODUZIONE



Prof. Michele Poerio

Presidente nazionale FEDER.S.P.eV.

Buongiorno care colleghe e cari colleghi.

Permettetemi innanzi tutto di rivolgere un doveroso ringraziamento all'amico Dott. Emilio Pozzi, presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Bergamo nonché presidente provinciale della FEDER.S.P.eV., ed all'amico Prof. Marco Perelli Ercolini, presidente regionale FEDER.S.P.eV. Lombardia nonché vice presidente vicario nazionale, per avere organizzato questo interessantissimo convegno.

Emilio Pozzi si occupa da anni di queste problematiche degli anziani ed il tema del dolore rappresenta, in questo nostro variegato mondo dei meno giovani, una grande sfida specifica e difficile per la comunità scientifica.

Chiaramente non è mio compito intrattenervi su questo tema che sarà sicuramente trattato in modo magistrale dai relatori ufficiali del convegno.

Voglio solo sottolineare che numerosissime ricerche epidemiologiche evidenziano il tema del dolore come problema ricorrente nella popolazione anziana e come uno dei determinanti della fragilità e della non autosufficienza.

Non autosufficienza che mi consente di riappropriarmi della mia veste di presidente nazionale FEDER.S.P.eV. e di riaprire, per un momento la grossa polemica scoppiata fra FEDER.S.P.eV. ed ENPAM su questo tema, di cui troverete ampio riscontro sulla nostra rivista Azione Sanitaria.

IL SALUTO



Prof. Marco Perelli Ercolini
Presidente FEDER.S.P.eV. Regione Lombardia

Un caro saluto a tutti i presenti.

Un vivo ringraziamento all'Ordine dei medici di Bergamo che ci ospita.

Un grosso ringraziamento al Dott. Pozzi per aver organizzato questo Convegno caparbiamente voluto da me e dai Presidenti provinciali FEDER.S.P.eV.

L'età media si è innalzata per le maggiori speranze di vita dovute alla ns buona Sanità i cui primi attori, con grande merito, sono senza dubbio i medici ma ecco anche contemporaneamente una maggior disabilità connessa aglianni e colla disabilità una necessità del come avere una migliore vecchiaia. E, allora, alcuni consigli per questi giovani di tarda età ... ascoltiamoli ... discutiamoli ... facciamoli nostri...

Chiudo per non rubare tempo prezioso ai Relatori che vivamente ringrazio per il lavoro di fornire a noi la loro esperienza.

“MOVIMENTO E BENESSERE: attività motoria e terapie per il dolore cronico nella terza età”

Il convegno realizzato a Bergamo, lo scorso ottobre 2016, prende le mosse da lontano. Era il 2010 quando l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Bergamo e la FEDER.S.P.eV. locali promuovevano l'evento nazionale “Un manifesto per la terza età”. Ad ispirare questo progetto è stata la situazione demografica italiana che imporrebbe politiche specificamente indirizzate alla longevità, che allo stato attuale non vengono prese in considerazione né con i modi, né con i tempi che sarebbero necessari.

E' evidente che quella della longevità è una questione in continuo divenire, per i mutamenti insiti nella società, e pertanto il “manifesto” si è presentato da subito come liquido, dinamico, in continua evoluzione e soprattutto aperto ai contributi di tutti.

Il mezzo principale per raggiungere questo obiettivo è l'invecchiamento in buona salute mediante la prevenzione attiva dei principali fattori di rischio.

IL CONCETTO DI ETÀ E IL TEMA DELL'INVECCHIAMENTO

Il concetto di età resta piuttosto difficile da definire in modo univoco: tra età anagrafica ed età biologica non sempre esiste un rapporto diretto, e non si può sottovalutare l'età psicologica. Affrontare il tema dell'invecchiamento significa dunque affrontare problemi che, stante una rivoluzione della longevità in crescita logaritmica, stanno acquisendo una forza dirompente, portando a un conflitto generazionale sotto l'aspetto sociale e a una elusività incontrollabile sotto il profilo economico.

L'attuale stereotipato modello culturale dell'anziano socialmente scomodo, costoso e consumisticamente inutile, non solo è sba-

gliato, ma costituisce anche la causa eziologica di un atteggiamento che non solo non utilizza un patrimonio culturale e di energie incommensurabile, ma si addossa anche un peso economico di sostentamento. Mettere anticipatamente ai margini della società "la persona in là con gli anni" infatti, significa non solo sprecare professionalità ed esperienza, ma provoca anche necessità economiche non indifferenti.

La paura di invecchiare, la paura delle malattie, la paura della povertà, la paura della solitudine, il senso di inutilità, il sentimento di imminenza della propria fine, sono tutti elementi che concorrono a diventare una forma di autosvalutazione della propria persona e della diffusione di quella sindrome da disadattamento senile che ha enormi costi sociali. Proseguendo poi nel tempo attraverso il confronto con altre realtà spesso scoordinate tra loro si è dato vita a Bergamo Longeva. Ordine e FEDER.S.P.eV. si sono mossi d'intesa in una ottica "catalizzatrice", quale sostegno ai processi di sviluppo indispensabili per la salute dei bergamaschi, coinvolgendo il Comune di Bergamo, l'Ats, l'Università di Bergamo, la Curia e le associazioni di volontariato oltre ad avviare, nell'iter del progetto, la collaborazione con le Università di Harvard e Atlanta.



LE AZIONI STRATEGICHE DELL'UNIONE EUROPEA PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

L'Unione Europea ha individuato in sei azioni strategiche le linee guida per un progetto globale per l'invecchiamento attivo. Alcune iniziative sono già state avviate in Lombardia. Ci si è proposti con Bergamo Longeva di migliorarle e di metterle a disposizione perché vengano replicate anche nelle altre provincie.

- **Aderenza alle terapie.** Garantire che gli anziani seguano le indicazioni terapeutiche: nuovi approcci per l'adesione alle prescrizioni per diverse malattie croniche, in almeno 30 regioni europee. Oggi, solo il 25 per cento degli anziani con patologie croniche (malattie cardiache o polmonari, a esempio, o combinazioni - multi - morbilità) assume i farmaci correttamente al momento giusto. Una corretta aderenza alle terapie potrebbe migliorare la loro condizione drasticamente e prevenire cronicizzazioni di molte malattie.
- **Prevenzione delle cadute.** Lancio di programmi per la prevenzione delle cadute e di diagnosi precoce in almeno 10 Paesi europei, allora entro il 2015. Gli anziani prima o poi diventano inclini a cadere per la ridotta capacità di equilibrio. Seguendo i programmi di formazione per mantenersi attivi, gli anziani possono evitare le cadute, anche con semplici accorgimenti pratici, o recuperare più velocemente se dovesse succedere.
- **Fragilità e malnutrizione.** Un programma per la prevenzione del declino funzionale e della fragilità tra gli anziani che dovrà aggiungere almeno 1000 strutture sanitarie. L'impegno è aiutare le persone a seguire un regime sano e attivo (corretta dieta e esercizio fisico) per vivere più a lungo in modo indipendente nelle proprie case.
- **Assistenza integrata.** Distribuzione, in più di 20 Regioni, di programmi per la gestione delle malattie croniche e di assistenza integrata in grado di soddisfare le esigenze degli anziani e migliorare l'efficienza del sistema. Con il telemonitoraggio le persone con patologie croniche e multi-morbilità (ma anche i loro accompagnatori) non devono recarsi continuamente presso medici, ospedali e case di cura perché saranno in grado di monitorare e auto-gestire la propria condizione e le proprie scelte di assistenza sanitaria.
- **Vita indipendente.** Migliorare la diffusione di soluzioni interoperabili per la vita indipendente, che consentono alle persone di vivere in modo indipendente più a lungo, fornendo per i contatti sociali, funzionalità di allarme e servizi domestici vari. Le persone anziane possono utilizzare molte applicazioni Ict per prevenire la solitudine, l'isolamento sociale o il prematuro ingresso in una casa di cura, a condizione che queste siano interoperabili, integrate e senior-friendly.
- **Ambienti "senior friendly".** Favorire lo sviluppo di ambienti innovativi a misura di anziano: migliorare il rapporto città/campagna promuovendo un patto tra le Regioni dell'Ue. Le città, i paesi e le aree pubbliche devono cambiare per adattarsi alle esigenze degli anziani: più posti di riposo, un più facile accesso agli edifici e maggior sicurezza negli spazi pubblici. Un approccio sistematico è necessario per evitare che gli anziani si chiudano nella propria casa perché hanno paura di cadere o perché non si sentono sicuri.

Fonte: 24ore Sanità

In pratica per ogni singola linea d'azione sono state già avviate in provincia di Bergamo una serie di attività:

1. Oggi solo il 25% degli anziani con patologie croniche malattie cardiache o polmonari esempio o combinazioni multiple morbidità assume farmaci correttamente al momento giusto. In Lombardia una risposta è stata data con il progetto Creg (vedi l'apposito paragrafo a pagina.....).
2. Seguendo i programmi di formazione per mantenersi attivi gli anziani possono evitare le cadute che nella nostra provincia causano 3000 ricoveri all'anno e come noto oltre all'aspetto economico - e per il ricovero e per il lungo periodo di riabilitazione - è da aggiungere il disagio per il paziente e per tutta la famiglia. A parte si approfondirà il progetto di attività motoria (vedi l'apposito paragrafo a pagina....)
3. La risposta è data da un'iniziativa dell'azienda di tutela della salute che aiuta le persone a seguire un regime sano e attivo con una corretta dieta ed esercizio fisico.
4. Con il progetto Creg si sono avviati programmi per la gestione della malattie croniche e di assistenza integrata in grado di soddisfare le esigenze degli anziani e migliorare l'efficienza del sistema.
5. Una possibile risposta è data dalla domotica che migliora la diffusione di soluzioni per la vita indipendente fornendo funzionalità di allarme e servizi domestici vari le persone anziane.
6. Le città i paesi le aree pubbliche, il tessuto urbano devono cambiare per adattarsi alle esigenze degli anziani: più posti di riposo, più facile accesso agli edifici e maggior sicurezza di spazi pubblici. E per loro bisognerà studiare una nuova architettura funzionale: abbattere le barriere architettoniche, segnalare acusticamente e graficamente in maniera più efficace gli ostacoli sono le prime priorità, avviando nel contempo la domotizzazione delle aree urbane.

ELEMENTI DI BERGAMO LONGEVA

Il progetto Bergamo Longeva, dal nome bene augurante, è un'iniziativa di grande valore sociale – che si propone di creare una nuova cultura che avvicini le generazioni – ed è quindi aperta alle esperienze, alle proposte e alle soluzioni di tutti (da qualunque parte provengano anche ovviamente in tempi successivi), perché investe tutta la comunità in una sorta di visione olistica, di approdo sicuro per i longevi.

Le istituzioni, le associazioni, i gruppi, ma anche i singoli che vi aderiscono devono dunque dotarsi di un codice di comportamento di trasparenza assoluta, per quanto riguarda l'informazione e la condivisione delle iniziative, e evitare il sovrapporsi di singole azioni riconducendo piuttosto le stesse (con il coinvolgimento della fascia di popolazione interessata) nell'alveo del progetto complessivo. Questo pur nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità di ciascuno.

PROGETTO TIFORMO

Nell'ambito di Bergamo Longeva, "Tinformo" è il progetto di comunicazione che si pone l'obiettivo di veicolare nel modo migliore possibile l'informazione sulle modalità di utilizzo, da parte dei cittadini bergamaschi, di due elementi dell'organizzazione sanitaria, gestita dal servizio di emergenza ed urgenza della nostra provincia, pertinenti alla riduzione dei tempi di ricovero dei pazienti colpiti da infarto o da ictus.

Questa lotta contro il tempo ha incontrato la disponibilità oltre che del 112, dell'Ats, dell'Ordine dei Farmacisti, della FEDER.S.P.eV. e delle sezioni pensionati di Cisl, Cgil, Uil.

I messaggi sono stati sintetizzati in due manifesti diffusi dalle associazioni di cui sopra. Allo stato attuale la comunicazione prevede la promozione (sponsorizzata prima dall'Ordine dei Medici e poi dall'Ats e oggi ancora dall'Ordine) dei due spot all'interno delle

sale di Uci Cinema e sulle tv locali. Attraverso queste ultime si sono avviati sperimentalmente anche due progetti di automonitoraggio per quanto riguarda maculopatia e melanoma.

Del resto gli antichi Greci dicevano "che colui che vede è colui che sa", la salute è prima di tutto informazione. L'importante è tener presente che l'informazione corretta deve produrre effetti positivi e quindi deve avere la capacità di far memorizzare i concetti espressi e deve essere centrata sulla qualità clinica, organizzativa, relazionale ed economica.

IL PROGETTO DEL CORSO DI ATTIVITÀ MOTORIA

L'obiettivo che ci si pone è di raggiungere il più alto numero possibile e di persone anziane con un programma di attività motoria organizzata in modo omogeneo sul territorio, per contribuire al superamento dell'isolamento dell'anziano e alla sua socializzazione. Tale attività può essere organizzata presso le palestre o presso i centri anziani utilizzando strumenti poco costosi.

Il progetto può e deve essere raccordato con altre iniziative che comunque abbiano come obiettivo la diffusione dell'attività motoria come ad esempio i gruppi di cammino, etc.

La metodologia motoria proposta si avvale dei risultati già ottenuti in tutto il mondo e mirata al mantenimento e al recupero dell'equilibrio e al rinforzo della forza muscolare. La durata del corso avrà cadenza bisettimanale. È indicata una prima valutazione all'inizio del corso utilizzando una pedana stabilometrica, una seconda valutazione alla fine del corso che ci può dare indicazione sul proseguimento o sulle cadenze del follow-up.

La figura di riferimento del progetto è il laureato in scienze motorie. La sede del corso può essere individuata presso ogni palestra ma anche presso tutti i centri anziani della città e della provincia o presso altre sedi che già si interessano alle attività motorie. Attualmente sono una trentina i comuni della provincia coinvolti.

LA FASE PRATICA DELL'ATTIVITÀ FISICA ADATTATA

Realizzata grazie alla collaborazione con l'Ateneo dei laureati in scienze motorie di Bergamo (tel. 035. 372819) può essere attuata anche autonomamente.

Obiettivi:

1. Migliorare / mantenere l'equilibrio
2. Migliorare / mantenere la forza arti inferiori e superiori
3. Migliorare / mantenere la mobilità articolare
4. Mantenere le capacità cognitive
5. Socializzare

Durata del corso: da Settembre a Giugno
Sedute di un'ora per due volte alla settimana

Struttura della lezione

Durata 1 ora così divisa:

1. Riscaldamento - esercizi di mobilità articolare (10')
2. Esercizi per l'equilibrio (20')
3. Esercizi di forza (20')
4. Gioco cognitivo (10')

Riscaldamento

Esempio (ogni esercizio ripetuto una decina di volte e comunque secondo indicazioni dell'istruttore)

- Da seduti circonduzioni spalle alto-dietro-basso
- Da seduti circonduzioni braccia avanti e dietro
- Da seduti semi circonduzioni del capo
- Da seduti sollevare alternativamente le ginocchia
- Da seduti circonduzioni delle caviglie
- Da seduti antiversione e retroversione de bacino
- Da seduti mi allaccio e slaccio le scarpe
- Da seduti eseguo delle flessioni laterali del busto ...

Equilibrio

Esempio

- Camminare in ordine sparso al segnale fermarsi su di un piede occhi chiusi
- Camminare in ordine sparso in base ai colori pronunciati dall'insegnante si deve: rosso fermarsi, arancio rallentare, verde aumentare il passo
- Camminare su superfici diverse (tipo materassini morbidi)
- Seguire un percorso con vari tipi di difficoltà (superare ostacolini di diverse altezze, girare intorno ai coni, uscire ad entrare nei cerchi ...)
- Raccogliere vari tipi di oggetti posti a diverse altezze (in alto ed in basso)

Forza

Esempio (ogni esercizio ripetuto una decina di volte e comunque secondo indicazioni dell'istruttore)

- Da seduti alzarsi ed abbassarsi dalla sedia con le mani incrociate al petto
- Da seduti schiacciare una palla morbida tra le gambe
- Da seduti con una cavigliera / peso da un kg estendere la gamba
- Da seduti schiacciare una palla morbida dietro le ginocchia
- Da seduti schiaccio la palla morbida tra le mani
- In piedi, mani appoggiate alla sedia sollevarsi sugli avampiedi.

Gioco cognitivo

Esempio

Divisi in due gruppi (gialli e rossi) camminando in ordine sparso, mischiarsi, con una palla di spugna, il giallo passa al rosso ed il rosso passa al giallo (chi sbaglia è eliminato)

Camminando in ordine sparso, quando l'insegnante dice un numero, formare file di quel numero e continuare a camminare (chi rimane fuori dalle file è eliminato)

Attraverso questo tipo di attività, ci si propone di contrastare l'invecchiamento precoce del corpo e di migliorare equilibrio e forza, che sono fondamentali per la vita quotidiana e che, se non stimolate, regrediscono repentinamente rendendo difficile la vita.

Nel corso vengono proposti esercizi ludici (ad esempio percorsi con cinesini, ostacoli, coni ...) che simulando l'incontro del soggetto con ostacoli reali, mirano a favorire il controllo e la gestione delle capacità residue e a migliorare la qualità della vita.

Tutti gli esercizi sono eseguiti in totale sicurezza, sotto l'attento controllo dell'esperto motricista, in stazione seduta o eretta, mai da sdraiati per evitare situazioni di difficoltà e pericolo per l'anziano.

“MOVIMENTO E BENESSERE: i contributi del convegno”

PER DIFFONDERE LA DOMOTICA

a cura di **Leonardo Maccapani**

Il termine domotica è suggestivo per gli sviluppi tecnologici che, per ora confusamente, aprono nuove possibilità alla gestione quotidiana della vite di ognuno e soprattutto generano attese per soluzioni idonee a disabilità e inabilità.

In questa fase, bisogna però prestare attenzione quando ci si rivolge agli installatori poiché il numero di quelli effettivamente capaci di farlo è, percentualmente, molto basso, essendo veramente pochi coloro che hanno fatto i corsi necessari il cui costo, peraltro, non è per nulla basso.

Per inciso il motivo che tutti adducono per non farli è che, non essendoci ancora il mercato, non vale la pena sostenere quella spesa. Nel contempo, però, – conoscendo bene il loro *modus operandi* - ho aggiunto che, se interpellati, essi non rifiuteranno convinti di potersi comportare in questo caso come fanno abitualmente quando gli impianti elettrici tradizionali presentano complessità particolari. Infatti gli installatori sanno di poter contare sull'assistenza tecnica dell'azienda produttrice dei componenti elettrici con cui hanno migliori rapporti. Siccome tutti questi producono anche i relativi componenti gli installatori ritengono di poter adottare lo stesso metodo con la domotica. Ma tale modalità, al massimo, può portare a qualche risultato solo se l'impianto domotico è limitato. Ed, in ogni caso, l'impianto ottenuto sarà molto diverso da quello che ho illustrato nella mia relazione. Infatti in questo caso si parte dal progetto preliminare delle predisposi-

zioni da realizzare. Per proseguire con la scelta delle prime funzioni domotiche da installare in base alle esigenze della committenza, per poi, provvedere in fasi successive, alla posa di quelle che si renderanno necessarie per soddisfare le esigenze subentranti. Il che implica un rapporto continuativo, ma anche di fiducia, tra committente ed installatore che ha ragione di essere solo se quest'ultimo è effettivamente preparato non solo nell'installazione ma anche nella programmazione, avendo frequentato i suddetti corsi. Nel contempo, in considerazione del pessimismo che ho circa la diffusione di installatori preparati ed anche in relazione ai tanti adempimenti che costoro devono assolvere per la legislazione vigente, nella mia conversazione ho individuato la necessità di un garante della qualità dell'impianto domotico in funzione delle esigenze da soddisfare. Garante che deve assistere il committente progettando le predisposizioni in funzione dell'impianto domotico completo, che redige il capitolato da presentare all'installatore, che esamina le offerte e che, una volta fatta la scelta, controlla i lavori affinché essi siano a regola d'arte. Per poi verificare che la documentazione tecnica da consegnare sia redatta secondo quanto stabilito dalla legislazione impiantistica. Garante che, naturalmente, interviene ogni qual volta si addivene ad un'implementazione dell'impianto. E per crearla intraprenderò iniziative specifiche. Nel contempo questa conversazione è stata per me molto importante perché ho individuato nei miei interlocutori i prototipi di una categoria – che è quella degli anziani – che, ritengo, avrà un ruolo fondamentale per la diffusione della domotica. Sono convinto, infatti, che tutti quelli che hanno una certa disponibilità finanziaria – e penso che non siano pochi tra gli anziani – una volta recepita l'importanza del miglioramento della qualità della loro vita di fronte alle diverse disabilità che la vecchiaia comporta decideranno di dotarsi di una casa domotica. Costituendo in tal modo un esempio virtuoso da imitare. Affinché ciò avvenga farò opera di sensibilizzazione nei loro confronti. A tal proposito confido che la FEDER.S.P.eV. mi supporti in questa iniziativa.

IL PRENDERSI CURA. SINERGIA TRA L'ORDINE DEI MEDICI E LA FONDAZIONE DOTTOR EUGENIO SUARDI

a cura della dott.ssa **Cinzia Suardi**

Bergamo Longeva ha sollevato interesse e avviato collaborazioni con istituzioni pubbliche e private di solito abituate ad operare isolatamente. Per questo abbiamo accolto con piacere lo stimolo di lavorare insieme.

Perché una Fondazione intitolata al Dottor Suardi, un medico, mio padre.

Dopo la sua morte, ed ancora tutt'oggi, a distanza di 12 anni, sono molti gli attestati di stima, di affetto e di riconoscenza nei suoi confronti, a testimonianza di un ricordo ancora vivo e forte nelle persone che l'hanno conosciuto, come persona e come medico. Questo è ciò che mi ha motivata a costituirla e della quale con orgoglio sono Presidente.

Attenzione, ascolto, passione, amore, relazione, empatia, protezione, fiducia, l'incontro con l'altro è così che mio padre era e faceva il medico!

Prendendosi cura, cura non del malato ma della persona.

Un'arte antica e troppo spesso dimenticata.

La Fondazione, sulla base degli insegnamenti e dell'esempio del dr. Eugenio Suardi si propone di promuovere l'informazione e l'educazione sanitaria dei cittadini con particolare enfasi ai bambini e agli anziani.

In questo senso una svolta significativa per la Fondazione è stata la collaborazione, iniziata circa due anni fa, con l'Ordine dei Medici della Provincia di Bergamo.

Una sinergia di finalità e scopi, una sintonia di intenti e valori, in primis proprio con il suo Presidente, Dottor Emilio Pozzi.

Quello che ci ha accomunati è stato proprio il tema della cura, del prendersi cura.

Questo è il motivo per cui abbiamo fatto nostro il progetto legato all'attività motoria di "Ginnastica preventiva adattata".

A partire dalla rete di conoscenze personali mie e dei componenti il Consiglio, si è iniziato con il divulgare, fare conoscere, allo scopo di fare aderire il progetto alle amministrazioni comunali sul territorio.

Stiamo raccogliendo risultati, e siamo al nostro terzo convegno di presentazione pubblica, motivati a fare sì che il numero cresca e che la rete si allarghi!

Non è altro che un servizio che viene offerto alla popolazione, proprio con lo stesso spirito che animava l'agire come medico del Dottor Suardi.

La Fondazione e l'Ordine sono come un team, che con sinergia e collaborazione sta portando avanti un progetto che vuole essere anche un modello, un esempio del prendersi cura degli altri e dell'educare le persone a prendersi cura di sé stessi.

Ringrazio il Dottor Pozzi di avermi invitata ad intervenire a questo convegno, ne sono orgogliosa e fiera.

Il percorso con l'Ordine dei Medici mi ha permesso di crescere e di migliorarmi e con me la Fondazione, grazie anche alle diverse persone incontrate, con le quali ho potuto approfondire e sviluppare ancor più il tema della Cura., in prospettiva di ulteriori altri sviluppi futuri in questo senso.

Infine, sono trascorsi 6 anni esatti dalla costituzione della Fondazione, sono convinta non potesse esserci modo migliore per festeggiare, il fatto che anche la società civile (io non sono infatti un medico), possa essere motore e veicolo di buone prassi i cui temi sono squisitamente legati alla medicina.

Di tutto e per tutto questo io esprimo il mio grazie.

ELOGIO DELLA VECCHIAIA

a cura della dott.ssa **Antonella Goisis**

La vecchiaia è uno stato dell'esistenza che viene spesso considerato un enorme limite: e se fosse, invece, una nuova opportunità di vita? Una nuova possibilità per poter ancora continuare a crescere, a sognare, ad amare?

La patologia principale della vecchiaia è l'idea che ne abbiamo. Spesso si descrive la vecchiaia come il crepuscolo: non è l'immagine giusta, perché il tramonto del sole è segnato comunque dal fuoco, un'ultima protesta, un richiamo alla bellezza.

Noi vorremmo, oggi, provare a riaccendere il giorno, a non lasciarlo affievolire nella serenità della sera.

"Più luce" disse Goethe morendo: non rondinelle cinguettanti al tramonto, ma vesperi incessanti, campane che chiamano a raccolta.

Noi vogliamo capire che senso ha, al di là del logoramento e dell'esaurimento delle forze, il fatto di invecchiare. A che serve? Che scopo ha?

Per *spiegare* la vecchiaia ci rivolgiamo di solito alla biologia, alla genetica, alla fisiologia geriatrica, ma per comprendere la vecchiaia abbiamo bisogno di qualcosa di più: dell'idea di carattere.

Dobbiamo psicologizzare la vecchiaia, scoprire l'anima che ha dentro.

La biologia considera l'invecchiamento un processo che porta all'inutilità e alla morte, ma proviamo a considerare la vecchiaia come una struttura, invece che un processo, una struttura che possiede una sua natura essenziale, una struttura non soggiogata e governata dalla fisiologia, ma dal carattere, da quella specifica configurazione di tratti, manie, predilezioni e adesioni ideali, da quella riconoscibile figura che porta il nostro nome, la nostra storia e una faccia che rispecchia un "me".

La prospettiva psicologica viene, allora, in primo piano, il terreno fondamentale dell'essere si sposta verso l'anima.

Il carattere raggiunge appieno la propria forza formativa molto avanti negli anni. Così come il carattere guida l'invecchiamento, l'invecchiamento disvela il carattere.

È indispensabile riconoscere come il nostro modo di pensare l'ultima parte della vita sia irrimediabilmente intrappolato nel disprezzo per la cosiddetta "terza età", un concetto classista, che relega tutte le persone anziane in una categoria con precisi, ineluttabili handicap dovuti al collasso dell'organismo e all'esaurimento delle sue riserve.

La vecchiaia è un'afflizione ... in particolare, è afflitta dall'idea di afflizione. Finché consideriamo ogni tremore, ogni macchiolina sulla pelle, ogni nome dimenticato esclusivamente come indizio di declino, ecco che affliggiamo la nostra mente tanto quanto la sta affliggendo la vecchiaia.

Il ripetersi stesso, ogni volta che vediamo la nostra faccia allo specchio, di questa diagnosi negativa su ciò che ci sta accadendo dimostra la potenza dell'idea alla quale abbiamo imbrigliato l'ultima parte della nostra vita terrena.

Alla mente piacciono le idee. La mente è per natura curiosa, inventiva, trasgressiva. Agli anziani si consiglia spesso di mantenere la mente attiva per ritardare il declino delle funzioni cerebrali, ma le idee non sono semplicemente vitamine che servono a mantenere desta la mente: anche la mente serve alle idee, rigirandole e smontandole la mente mantiene vive le idee e impedisce che rimbambiscano.

Le idee che abbiamo sulla vecchiaia hanno bisogno di essere sostituite.

Come un'anca che non sostiene più il peso o come un cristallino con la cataratta, che non ci permette di vedere al di fuori della nostra testa, dobbiamo portarle in sala operatoria. Ma la sostituzione di abiti mentali logori richiede grinta, capacità di resistenza e coraggio.

È ora di cominciare un altro tipo di terapia: la terapia delle idee. Dobbiamo esorcizzare l'idea morbosa di vecchiaia che mantiene i cittadini anziani paralizzati nella depressione, immeschiniti dalla rabbia e alienati dalla loro vocazione di "antenati".

Dobbiamo ripristinare l'idea di carattere, che rafforza la fede nella unicità dell'individuo come forza strumentale capace di influire su ciò che ciascuno apporta al pianeta.

Dobbiamo passare dalla vecchiaia come limite alla vecchiaia come opportunità.

T.S. Eliot ha scritto: "I vecchi dovrebbero essere esploratori"; forse questo significa: segui la curiosità, indaga idee importanti, rischia la trasgressione.

Il modo usuale di pensare la vecchiaia si arresta di fronte alla morte. Forse dovremmo provare a disfare la coppia morte-vecchiaia, ricostituendo invece l'antica connessione tra vecchiaia e unicità del carattere.

Alla domanda: "Perché sono vecchio?" la risposta usuale è "Perché sto morendo". I fatti, tuttavia, dimostrano che invecchiando io rivelo più carattere, non più morte. È questa la sfida più audace: scoprire un valore nel diventare vecchi senza prenderlo in prestito dalle metafisiche e dalle teologie della morte.

La vecchiaia in sé stessa, una cosa a sé, liberata dal cadavere. Se la morte è una possibilità fin dal primo respiro, alla stessa stregua la vita continua sino all'ultimo respiro. È un errore madornale leggere i fenomeni della vecchiaia come indizi di morte invece che come iniziazioni a un'altra modalità di vita. La capacità di essere vecchi in modo pieno, di essere autentici nella nostra esperienza e disponibili con la gravitas e l'eccentricità della nostra presenza, influisce direttamente sul nostro bene e su quello di chi ci sta accanto. Questo fa della vecchiezza un tempo pieno, che non prevede pensionamento.

Queste cose che ho cercato di dire, magari rapsodicamente, possono essere dette soltanto quando una comunità di destino unisce chi ascolta e chi, a volte faticosamente, parla.

IL DOLORE NEL PAZIENTE ANZIANO

a cura della dott. **Roberto Casale**
direttore scientifico Habilita, Zingonia

Il tema del dolore nel paziente anziano presenta una sua peculiarità ed una sua complessità, infatti, se già ogni fase del percorso diagnostico-terapeutico del dolore è resa problematica dalla scarsità di elementi obiettivi di rilevamento (non esiste, infatti, un engramma del dolore), nel paziente anziano la presenza di dati bio-umorali aspecifici, di comorbidità e, talora, di situazioni di inaffidabilità del paziente, rendono ancor più problematico l'approccio al dolore.

Il dolore, ed in particolare quello cronico, rappresenta poi un elemento assai importante nel determinare situazioni di estrema fragilità e di scadimento della qualità della vita nel paziente anziano.

Inoltre, le patologie che potenzialmente sono generatrici di un dolore aumentano, quasi esponenzialmente, al progredire dell'età: tralasciando le patologie neoplastiche, le patologie osteoartrosiche degenerative ed infiammatorie, i dismetabolismi con in testa alla lista il diabete, costituiscono gli eventi più frequenti.

Tuttavia, una volta definita la presenza ed intensità di un dolore, di una sede precisa e di una diagnosi clinica, la decisione del trattamento è subordinata a una valutazione globale del rischio di effetti collaterali: nel paziente anziano, infatti, è di comune riscontro l'assunzione di più farmaci per la gestione delle sue frequenti polipatologie.

Il trattamento deve, quindi, essere sempre ritagliato sulle specifiche esigenze e condizioni del singolo paziente.

La decisione sulla terapia farmacologica non è quindi semplice e richiede una conoscenza delle varie interazioni farmacologiche.

Va fatta una distinzione tra anziano con dolore cronico con disturbo cognitivo, soprattutto in ambito residenziale e ospedaliero,

e paziente anziano senza disturbi cognitivi, che è ancora ragionevolmente attivo e che vive al proprio domicilio.

Nel primo caso il contenimento motorio, lo scarso coinvolgimento nelle attività del vivere quotidiano, la compromissione degli aspetti nutrizionali, emotivi, cognitivi e sociali inducono un aumento della fragilità e possono essere determinanti nello scarso controllo del dolore.

Va da se che in questi casi, già di per se problematici, il controllo del dolore può permettere una migliore compliance con l'ambiente circostante ed attivare una generale miglioramento delle condizioni cliniche.

Se il dolore cronico nell'anziano con disturbi cognitivi può attivare un circuito patologico dolore-immobilità- ulteriore riduzione delle ADL-dolore, lo spezzare questo circuito può, viceversa, attivarne uno virtuoso in cui il controllo del dolore permette il parziale reinserimento del paziente nella routine giornaliera, con ovvi benefici anche dal punto di vista cognitivo.

Aspetto certamente meno grave, ma non per questo meno impegnativo, è il controllo del dolore nel paziente anziano attivo.

Qui il coinvolgimento dei MMG (medici di medicina generale) è fondamentale.

Molto spesso questi soggetti hanno già ricevuto un inquadramento clinico e una congrua terapia delle varie patologie di cui sono affetti (diabete, ipertensione, osteoartrosi ecc) e il controllo del dolore diventa l'elemento discriminante, che conduce il paziente con sempre maggior frequenza nell'ambulatorio del MMG. Una specifica preparazione da parte del MMG è quindi fondamentale in questo tipo di gestione, non solo nella conoscenza del dolore cronico come malattia a se stante e con propri meccanismi fisiopatogenetici, ma anche in riferimento a tutte quelle strategie che possano permettere una gestione nel tempo del dolore cronico.

Vada per tutti l'esempio fondamentale della riabilitazione e delle terapie fisiche, che della riabilitazione fanno parte.

In Habilita, sia nelle sede di San Marco che in quella di Zingonia, sono stati approntati dei percorsi di "riabilitazione del dolore cronico disabilitante". Questi percorsi hanno come scopo quello di controllare il dolore attraverso terapie ecologiche, non farmacologiche, che vedono nel movimento e nell'utilizzo di terapie fisiche il punto di forza.

Un approccio ecologico al dolore cronico nel paziente anziano è auspicabile e necessario, proprio alla luce della presenza di politerapie croniche, con frequente impatto a livello epatico e renale. Va da sè che il farmaco qualche volta è necessario, ma il suo uso deve essere fatto con scienza, considerazione delle necessità e stato del singolo paziente, ma senza ingiustificate paure.

L'oppiato, se dato in giusta misura e nel soggetto più appropriato, può dare grandi benefici specie nelle patologie dolorose croniche benigne come il dolore osteoarticolare dove l'oppiato trova una indicazione elettiva. L'antidepressivo o l'antiepilettico vanno somministrati conoscendo con quali meccanismi questi farmaci possono controllare il dolore.

Ma, soprattutto, è fondamentale che al paziente venga spiegato il perché di una decisione terapeutica e venga costruita, con lui, un'alleanza terapeutica.

Essa va fatta quando si decide di attuare un trattamento farmacologico a cui il paziente risponde quasi inevitabilmente con frasi del tipo "...ma ne prendo già tante!!" e a cui bisogna spiegare il benefici e i possibili effetti collaterali del farmaco che viene prescritto. Analoga alleanza va fatta fra il paziente e il medico quando viene consigliata la riabilitazione.

Paziente e medico devono stabilire con realismo dove il paziente anziano con dolore cronico possa arrivare, spiegando che la riabilitazione non serve per vincere le Olimpiadi, ma per vincere la "propria" Olimpiade, che per il Signor Mario sarà quella di andare a comprare il giornale o per la Signora Maria quella di andare a spasso con il proprio cagnolino.

E qui la riabilitazione può fare molto.

1. Il trattamento con oppioidi del dolore cronico nell'anziano

NOTA IMPORTANTE: per tutti i farmaci riportati in tabella 1 e 2 vanno seguite le indicazioni fornite dall'autorità di vigilanza sul farmaco per il loro utilizzo.

Va però detto che è compito del Medico (e solo del Medico) prescrivere in scienza e coscienza qualsiasi farmaco per il dolore cronico ritenga possa essere utile sapendo, ed informando correttamente il proprio Assistito, i limiti e le indicazioni dell'utilizzo "off label" del farmaco.

In questo contesto non vengono perciò riportati i dosaggi che devono essere utilizzati. Essi vanno modulati in funzione della risposta terapeutica, della eventuale comparsa di effetti collaterali con un adeguato calcolo dei costi/benefici, nonché delle varie comorbidità. Va inoltre considerata la possibilità di utilizzare farmaci non per via generale in funzione della presenza di trattamenti in polifarmacologia, assai spesso presenti nel paziente anziano.

Azione	Stimolazione dei recettori mu oppioidi
Intensità del dolore	Dolore da moderato a severo
Tipo di dolore	Usato sia per il dolore nocicettivo che neuropatico.*
Dose massima	Gli Oppioidi non hanno un chiaro effetto "ceiling" sul dolore (dose massima). Aumentando la dose però aumentano gli effetti collaterali inclusa la sedazione
Risposta clinica	L'anziano, rispetto al giovane, può essere più sensibile alle proprietà analgesiche degli oppioidi
Metabolismo	L'età avanzata può essere associata ad una emivita più lunga e quindi ad una farmacocinetica più lunga (sovraccarico)
Effetti collaterali	<ul style="list-style-type: none">- stipsi maggiore che nel giovane- nausea- depressione respiratoria (pazienti anziani con BPCO)- sedazione: nell'anziano è un'eventualità da considerare per il rischio di cadute e di fratture (attenzione alla polifarmacologia)
Tolleranza**	<ul style="list-style-type: none">- Aumenta assieme all'azione dell'oppioide sul sistema nervoso centrale- Costipazione e tolleranza non sono collegati
Dipendenza	Diversa dalla tolleranza, richiede una esposizione all'oppioide per diversi giorni e genera effetti collaterali di astinenza quando il farmaco viene sospeso

* Recentemente sono state pubblicate evidenze che indicano come il dolore neuropatico risponda poco agli oppioidi.

** Per tolleranza si intende la diminuzione nel tempo degli effetti analgesici con l'esposizione prolungata al farmaco.

2. Trattamento con farmaci non oppioidi nel dolore cronico dell'anziano

<p>Antidepressivi *</p> <p>In letteratura vi sono innumerevoli lavori di ricerca sull'efficacia dei vari antidepressivi del controllo del dolore cronico. Tuttavia solo alcuni di essi sono approvati per il dolore cronico. Tutti gli altri se usati sono considerati trattamenti "off label"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TCA Triciclici agiscono sulle tre componenti noradrenergica serotoninergica e dopaminergica (amitriptilina; imipramina; nortriptilina) • SSRI inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (citalompram; fluoxetina; paroxetina; sertralina) • SNRI inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (duloxetina; venlafaxina) • NaSSa Antidepressivi specifici noradrenergici e serotoninergici (mianserina; mirtazapina) • NaRI inibitori della ricaptazione della noradrenalina (reboxetina) • NDRI inibitori del reuptake noradrenalina e dopamina (bupropione)
<p>Anticonvulsanti</p> <p>Anche per gli anticonvulsanti in letteratura vi sono innumerevoli lavori di ricerca sulla loro efficacia nel controllo del dolore cronico. Tuttavia solo alcuni di essi sono approvati e solo per alcuni tipi di dolore cronico. Tutti gli altri se usati sono considerati trattamenti "off label".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gabapentinoidi gabapentin, pregabalin, • Carbamazepina • Dintoina • Topiramato • Lamotrigina
<p>Miorilassanti</p> <p>Anche questi utilizzati "off label". Il baclofen viene utilizzato in pompa ad infusione per il dolore associato a spasticità.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Baclofen; • Eperisone; • Orfenadrina
<p>Trattamenti topici °</p>	<p>Lidocaina blocca i canali Na⁺⁺ Capsaicina deplezione sostanza P, dai terminali nervosi FANS</p>
<p>FANS</p>	<p>Volutamente non si riporta la lunga lista di FANS utilizzati a volte in modo improprio e a dosaggi incongrui. Segnaliamo solo nell'anziano, l'aumentato pericolo di patologie lesive del tratto gastrointestinale, sottolineando che la copertura con inibitori di pompa protonica non protegge l'intestino dall'azione lesiva dei FANS e dei COX2</p>
<p>Placebo</p>	<p>Recentemente l'uso del placebo è stato sdoganato dall'area "dell'inganno terapeutico" con il riconoscimento di meccanismi endogeni di controllo del dolore attivati dal placebo. Anche l'empatia aiuta a controllare il dolore.</p>

* Usati non per la loro azione antidepressiva ma perché intervengono nella modulazione dei sistemi discendenti di controllo ed hanno un'azione analgesica separata da quella antidepressiva. Come per l'uso antidepressivo hanno effetti collaterali. Efficaci nel dolore neuropatico.

• Tutte le categorie farmacologiche succitate sono state utilizzate in formulazione topica in trials clinici per il controllo del dolore. Le uniche due formulazioni topiche approvate con specifiche indicazioni sono Lidocaina patch 5% e la capsaicina.

Chi volesse approfondire questo argomento diamo un riferimento bibliografico. Casale R. Seeonidou Z., Bartolo M. Topical Treatments For Localized Neuropathic Pain, Current Pain and Headache Reports, 2017.

Convegno organizzato da FEDER.S.P.eV. Regione Lombardia



CON IL PATROCINIO DEL COORDINAMENTO REGIONALE
DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

ORGANIGRAMMA

Presidente: Marco Perelli Ercolini - Milano

Vice Presidente: Emilio Pozzi - Bergamo

Segretaria-Tesoriera: Armanda Cortellezzi Frapolli - Varese

PRESIDENTI SEZIONI PROVINCIALI:

Bergamo	Emilio POZZI
Brescia	Raffaello MANCINI
Como	Paolo FERRARIS
Cremona	Gianbattista NICHETTI
Lecco	Cosimo DE FRANCO
Mantova	Salvatore DE LUCA
Milano-Lodi-MB	Salvatore ALTOMARE
Pavia	Giacomo NAI
Sondrio	Piera PELIZZATTI
Varese	Armanda CORTELLEZZI FRAPOLLI

