

Stefano Poli, Claudio Torrigiani e Alberto Pilotto

Anziani in bilico

Fragilità e resilienza al tempo del Covid-19



Inequality: disuguaglianze e politiche sociali

2

Collana diretta da:

Stefano Poli (*Università di Genova*)

Comitato Scientifico:

Mauro Palumbo (*Università di Genova*)

Stefano Poli (*Università di Genova*)

Claudio Torrighiani (*Università di Genova*)

Andrea Pirmi (*Università di Genova*)

Luca Raffini (*Università di Genova*)

Valeria Pandolfini (*Università di Genova*)

Cecilia Capozzi (*Università di Genova*)

Carlo Baroni (*Science Po, Paris*)

Sonia Stefanizzi (*Università di Milano Bicocca*)

Elise Tenret (*IRISSO Université Paris Dauphine*)

Gianluca Argentin (*Università di Milano Bicocca*)

Luca de Luca Picione (*Università Federico II, Napoli*)

Amalia Caputo (*Università Federico II, Napoli*)

Beba Molinari (*Università della Calabria*)

Simona Gozzo (*Università di Catania*)

Lorenzo Viviani (*Università di Pisa*)

Rita Bichi (*Università Cattolica, Milano*)

Agostino Petrillo (*Politecnico di Milano*)

Stefano Poli, Claudio Torrigiani e Alberto Pilotto

Anziani in bilico

Fragilità e resilienza al tempo del Covid-19

Il Progetto PRESTIGE



è il marchio editoriale dell'Università di Genova



Il presente volume è stato realizzato attraverso i fondi del progetto PRESTIGE. Partecipi e RESilienti; Invecchiare a GENOVA, finanziato dalla Fondazione CARIGE



Il presente volume è stato sottoposto a double blind peer-review secondo i criteri stabiliti dal protocollo UPI

© 2021 GUP

I contenuti del presente volume sono pubblicati con la licenza Creative commons 4.0 International Attribution-NonCommercial-ShareAlike.



Alcuni diritti sono riservati.

Realizzazione Editoriale
GENOVA UNIVERSITY PRESS
Via Balbi, 6 – 16126 Genova
Tel. 010 20951558 – Fax 010 20951552
e-mail: gup@unige.it
<https://gup.unige.it/>

ISBN: 978-88-3618-098-1 (versione a stampa)
ISBN: 978-88-3618-099-8 (versione eBook)

Publicato novembre 2021



Stampato presso
Grafiche G7
Via G. Marconi, 18 A - 16010 Savignone (GE)
e-mail: graficheg7@graficheg7.it

Sommario

Prefazione	13
Paolo Momigliano, Fondazione Carige	
Introduzione	
Una ricerca sull'invecchiamento tra serendipità e drammaticità	15
Stefano Poli	
PARTE PRIMA - Essere anziani al tempo del Covid	19
1. Invecchiamento della popolazione, invecchiamento dell'individuo	21
Stefano Poli e Claudio Torrigiani	
1.1 L'invecchiamento demografico nel mondo e in Italia	21
1.2 I numeri dell'invecchiamento in Italia	24
1.3 Genova e la Liguria, capitali dell'invecchiamento in Europa	29
2. Fragilità e vulnerabilità sociale degli anziani al tempo del Covid	37
Stefano Poli	
2.1 Invecchiare al tempo del Covid	37
2.2 Fragilità di salute e vulnerabilità sociale: l'aggancio ideale per le spike del Coronavirus	38

PARTE SECONDA - Il Progetto PRESTIGE

3. Il progetto PRESTIGE	43
Stefano Poli, Paola Giannoni, Elena Zini e Claudio Torrighiani Sabrina Zora e Alberto Pilotto	
3.1 Partecipi e RESilienTi: Invecchiare a GENova	43
3.2 La rilevazione delle condizioni di fragilità di salute e di marginalità sociale	44
3.3 L'attività di sensibilizzazione dei partecipanti rispetto ai rischi connessi alle condizioni di pre-fragilità/fragilità di salute e di marginalità sociale	47
3.4 L'attività di orientamento specifico dedicato ai soggetti risultati pre-fragili/fragili sul piano della salute	48
3.5 Il monitoraggio e la valutazione	50
3.6 La restituzione e la diffusione dei risultati	51
4. La relazione tra fragilità di salute e vulnerabilità sociale	53
Stefano Poli, Paola Giannoni, Elena Zini e Claudio Torrighiani	
4.1 L'attività di screening	53
4.2 Descrizione del campione	54
4.3 Risultati	56
4.4 Conclusioni	67
5. La Valutazione Multidimensionale e la Fragilità dell'anziano	71
Alberto Pilotto, Rosetta Femia, Federica Gandolfo, Sara Garaboldi, Francesca Tricerri e Alberto Cella	
5.1 Definizione	71
5.2 Le dimensioni (o domini) della VMD	72
5.3 Efficacia clinica della VMD	74
5.4 Approccio multidimensionale alla fragilità dell'anziano	74
5.5 Il Multidimensional Prognostic Index (MPI) nella pratica clinica	76
6. Attività di teleconsulto sanitario agli anziani partecipanti al progetto PRESTIGE	79
Sabrina Zora, Barbara Senesi, Erica Tavella, Camilla Prete, Alessandra Pinna, Martina Vigo, Annamaria Piana, Marcella Fama, Alberto Cella e Alberto Pilotto	
6.1 L'intervento di Teleconsulto sanitario (TCS)	79
6.2 Infezione da SARS-Cov-2 (Covid-19) nell'anziano	81

6.3	Copertura vaccinale antiinfluenzale e anti-pneumococcica nell'anziano	82
6.4	Impatto della pandemia da Covid-19 sulla fragilità multidimensionale	82
6.5	Impatto della pandemia Covid-19 sui parametri funzionali, motori, cognitivi e nutrizionali dell'anziano	84
6.6	Impatto della pandemia Covid-19 sul consumo di farmaci: le co-morbidità nell'anziano	87
6.7	Il valore del progetto PRESTIGE	88
 7. Un progetto intergenerazionale: i giovani e un'esperienza di simulazione dell'invecchiamento contro l'ageismo		91
Stefano Poli, Paola Giannoni, Elena Zini e Claudio Torrigiani		
7.1	Il concetto di ageismo	91
7.2	Misurare l'ageismo: un'operazione complessa	93
7.3	Metodo	95
7.4	Risultati	98
7.5	Conclusioni	102
 8. Anziani in lockdown: fragilità, vulnerabilità e resilienza		105
Stefano Poli e Elena Zini		
8.1	Anziani oltre il lockdown	105
8.2	Metodo	106
8.3	Risultati	107
8.4	Conclusioni	129
 9. Monitoraggio e valutazione del progetto PRESTIGE		131
Claudio Torrigiani		
9.1	Il monitoraggio e le realizzazioni di PRESTIGE	131
9.2	I risultati di PRESTIGE per gli anziani	134
9.3	Oltre le realizzazioni e i risultati attesi: riflessioni conclusive dalla valutazione	137
 PARTE TERZA - I pilastri dell'invecchiamento attivo ed in salute		
 10. Alimentazione e nutrizione		141
Alberto Cella, Monica Pomata, Romina Custureri		

10.1	Fabbisogni nutrizionali ed energetici nell'anziano	141
10.2	Tipologia di dieta	142
10.3	Come si misura lo stato nutrizionale nell'anziano	143
10.4	Prevalenza e conseguenze della malnutrizione nell'anziano	143
10.5	Calo ponderale involontario	144
10.6	Obiettivi degli interventi nutrizionali nell'anziano	144
10.7	Conclusioni	146
11. Attività fisica nell'anziano: investire il tempo in salute		147
Francesco Vallone		
11.1	Introduzione	147
11.2	Livelli di intervento	148
11.3	Tipi di esercizio fisico	149
11.4	Esercizi consigliati	151
12. Monitoraggio delle malattie croniche: la appropriatezza prescrittiva		153
Clarissa Musacchio, Ilario Indiano, Romina Custureri, Alberto Pilotto		
12.1	Le malattie croniche nell'anziano	153
12.2	Approccio personalizzato alle malattie croniche nell'anziano	155
12.3	I farmaci nell'anziano	156
12.4	Inappropriatezza prescrittiva e reazioni avverse ai farmaci	157
12.5	I criteri di appropriatezza prescrittiva nell'anziano	157
12.6	La politerapia nell'anziano	159
12.7	Conclusioni	159
13. Le vaccinazioni nell'anziano		161
Simone Dini, Lisa Nunziata Cammalleri e Alberto Pilotto		
13.1	Introduzione	161
13.2	Vaccino anti-influenzale	164
13.3	Vaccino anti-Herpes Zoster	165
13.4	Vaccino anti-pneumococcico	166
13.5	Vaccino anti-Covid-19	166
13.6	Conclusioni	170

14. La stimolazione cognitiva	171
Sabrina Zora, Barbara Senesi e Camilla Prete	
14.1 Le abilità cognitive	171
14.2 La stimolazione cognitiva	172
14.3 Esercizi di stimolazione cognitiva	174
14.4 Conclusioni	175
CONCLUSIONI - La nuova sfida alla pandemia e la condizione dell'anziano	
15. La nuova sfida alla pandemia e la condizione dell'anziano	179
Stefano Poli, Claudio Torrigiani, Alberto Pilotto	
15.1 Dopo il Covid 10: una rinnovata solidarietà intergenerazionale oltre pareidolie e mancate responsabilità	179
15.2 Anziano e Covid-19: le conseguenze sanitarie	183
15.3 Next Senior Generation: guardare agli anziani di oggi e di domani dopo il Covid-19	186
ALLEGATI	191
Allegato 1	193
Contributi, volti a diffondere i risultati del progetto PRESTIGE, presentati a convegni scientifici	193
Contributi, volti a diffondere i risultati del progetto PRESTIGE, su riviste scientifiche o volumi	193
Allegato 2	194
Bibliografia	201
Sitografia	221

Prefazione

La Fondazione Cassa di Risparmio di Genova e Imperia, ente no profit, privato e autonomo, venne costituita agli inizi degli anni Novanta, continuando l'attività di carattere sociale e filantropico esercitata, per oltre cinque secoli, inizialmente dal Monte di Pietà e poi dalla 'Cassa di Risparmio'.

La Fondazione opera nei settori dello Sviluppo locale, della Ricerca scientifica e tecnologica, dell'Educazione, istruzione e formazione, dell'Arte, attività e beni culturali, del Volontariato, filantropia e beneficenza e della Salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa.

Nell'ambito di tale ultimo settore di intervento ed in particolare con l'emissione del bando 'Più forti meno fragili', la Fondazione intende continuare a sostenere progetti volti a contrastare e prevenire la fragilità, mirando a creare le condizioni necessarie per ritardare il più possibile la perdita di autonomia personale e di conseguenza la presa in carico da parte del SSN.

Inoltre la Fondazione, nei suoi interventi, oltre a porgere particolare attenzione ad iniziative, come quella in argomento, volte a prevenire la fragilità di salute e i rischi di marginalizzazione e isolamento sociale della popolazione fragile, si pone da sempre l'obiettivo di contribuire alla valorizzazione di una progettazione sociale integrata e solidale. La Fondazione promuove una visione del territorio non come un sistema chiuso e autoreferenziale, ma come luogo per sperimentare nuove forme di collaborazione fra le Fondazioni e fra queste, gli Enti locali, le associazioni del terzo settore e quelle realtà che sono disponibili a condividere, nel rispetto dei ruoli, l'idea di promozione dell'autonomia personale e del supporto attivo alla fragilità sociale. Il ruolo della Fondazione è inoltre quello di favorire lo sviluppo del benessere delle comunità locali, della qualità della vita dei singoli e, insieme, della cittadinanza attiva favorendo forme di partecipazione alla programmazione del territorio.

Con riferimento al già citato bando ‘Più forti meno fragili’, l’Università degli Studi di Genova, per la realizzazione di questo importante progetto ha concretizzato questa mission coinvolgendo alcune principali istituzioni del territorio come il Dipartimento di Cure Geriatriche, Ortogeriatria e Riabilitazione dell’E.O. Ospedali Galliera e l’Auser Liguria, dando evidenza dell’importanza che riveste la partecipazione ed il coinvolgimento del territorio e quindi delle sue risorse, promuovendo un intervento frutto di una strutturata concertazione di sistema.

Nel manifestare vivo apprezzamento per l’intervento realizzato, la Fondazione auspica che tale iniziativa possa avere un seguito e che rimanga alta l’attenzione al territorio di elezione con il fine di accrescere il benessere della collettività.

Avv. Paolo Momigliano
Presidente
Fondazione Carige

Introduzione

Una ricerca sull'invecchiamento tra serendipità e drammaticità

Stefano Poli

Dipartimento di Scienze della Formazione, Università di Genova

Questo volume costituisce il punto di arrivo di un percorso difficile da definire. Certo, appassionante, quanto inusuale e, a tratti, drammatico.

L'équipe che lo ha realizzato, costituita dai sociologi del Centro Interdipartimentale sulle Disuguaglianze e sulle Politiche sociali dell'Università di Genova e dai geriatri del Dipartimento di Cure geriatriche, ortogeriatrica e riabilitazione dell'Ospedale Galliera di Genova, si dedica da anni in una proficua prospettiva interdisciplinare allo studio dei fenomeni legati ai processi d'invecchiamento.

Non di meno, la rilevanza del tema sul piano sociale e sanitario, e la sua stessa consistenza demografica, sono indubbiamente stati elementi alla base del bando finanziato dalla Fondazione Carige, atto a favorire misure di prevenzione e tutela dell'anziano dai rischi di fragilità di salute e di marginalizzazione.

Tuttavia, nessuno, men che mai gli autori di questo volume, avrebbero mai pensato che l'indagine che ne è conseguita sarebbe stata condotta durante una pandemia epocale, che, non a caso, ha colpito più duramente la popolazione senior, in particolare proprio la sua componente più fragile e vulnerabile.

Così, in una serendipità inattesa e drammatica, quella che era stata inizialmente ideata come una ricerca-azione, volta a rilevare ed esplorare l'associazione tra le condizioni di fragilità di salute e di vulnerabilità sociale della popolazione anziana a Genova e a sensibilizzare e attivare i destinatari rispetto ai rischi connessi a tali condizioni, nel giro di pochi mesi dal suo avvio si è trasformata in un percorso di osservazione sul campo di quanto l'ibridazione generativa multidimensionale delle criticità nelle condizioni sanitarie e sociali degli anziani si fosse rivelata il terreno più adatto per la diffusione del Covid-19.

Questo volume è, in forma diversa e in una narrazione multidisciplinare, il resoconto di tale percorso, idealmente diviso in tre parti.

Nella prima parte s'intende proporre un'introduzione descrittiva dei fenomeni collegati all'invecchiamento.

Innanzitutto, è presentato un breve *excursus* sulle dinamiche demografiche, che fanno dell'Italia il secondo Paese più vecchio al mondo, con una focalizzazione sulla Liguria, che, a sua volta, costituisce un contesto di riferimento internazionale per i tratti d'età dei suoi residenti.

In secondo luogo, si passa a definire i concetti di fragilità di salute e di vulnerabilità sociale, esplorando la multidimensionalità e l'ibridazione dei molteplici fattori che associano lo stato fisico e cognitivo delle persone anziane a variabili relative al loro capitale socioeconomico, culturale e relazionale. L'evidenza di tali associazioni ha mostrato pienamente la sua criticità proprio di fronte ai recenti eventi pandemici.

La seconda parte del volume è divisa in tre sezioni, ciascuna diversamente dedicata alla descrizione del percorso e dei risultati del progetto 'Prevenzione della fragilità di salute e della marginalità sociale della popolazione senior a Genova. Partecipi e RESilienTi: Invecchiare a GENOVA (PRESTIGE)', che l'équipe, composta dall'Università di Genova (Centro Interdipartimentale sulle Disuguaglianze e sulle Politiche sociali e l'Università della Terza Età), l'Ospedale Galliera (Dipartimento di cure geriatriche, ortogeriatrics e riabilitazione) e Auser Liguria, ha realizzato grazie al finanziamento della Fondazione Carige in seguito al Bando 'Più forti, meno fragili'.

Una prima sezione restituisce il quadro descrittivo delle attività svolte, articolate in diverse fasi progettuali, ovvero partendo, innanzitutto, da un primo screening delle condizioni di fragilità di salute e di marginalità sociale degli anziani coinvolti nel progetto, accompagnato da un percorso di sensibilizzazione dei partecipanti rispetto ai rischi connessi alle condizioni di pre-fragilità/fragilità di salute e di marginalità sociale. Queste fasi iniziali di rilevazione e orientamento sono state condotte appena prima degli eventi pandemici e hanno consentito un'analisi particolarmente utile a definire l'associazione tra le criticità di salute e le determinanti sociali.

Una seconda sezione è dedicata alla dimensione sociosanitaria conseguente alla necessaria riconversione del progetto, che è stata attuata a partire dal primo lockdown nazionale, attraverso le diverse ondate epidemiche, fino alla situazione attuale dell'emergenza. Qui si colloca la parte del volume dedicata alla Valutazione Multidimensionale della Fragilità (VMD) e le attività di teleconsulto sanitario, in base alle quali è stata riconvertita l'ultima fase progettuale a fronte delle criticità intervenute, offrendo un particolare punto di osservazione riguardo all'impatto della pandemia sugli anziani

fragili (per esempio con dati sui percorsi vaccinali, il consumo di farmaci, l'impatto sulle co-morbidità).

Una terza sezione conclude la seconda parte del volume con tre approfondimenti specifici, ciascuno volto ad aggiornare alcune delle criticità latenti nella dimensione sociale dell'invecchiamento, aggravate dalla particolare situazione in corso.

In primo luogo, proprio la pandemia ha mostrato in più occasioni la compromissione di una corretta e proficua solidarietà intergenerazionale, spesso a causa di una frequente quanto impropria dicotomizzazione dell'emergenza tra 'anziani a rischio' e 'giovani per lo più asintomatici'.

Ciò ha reso ancor più importante valorizzare una parte del percorso del progetto PRESTIGE dedicata a un laboratorio, condotto prima dell'insorgenza della crisi del Covid-19, a cui hanno preso parte numerosi studenti dell'Università di Genova, coinvolti nella sperimentazione di un simulatore d'invecchiamento, abbinata alla validazione di una scala di ageismo per valutare gli effetti dell'esperienza proposta.

Così pure, esperienza particolarmente rilevante, che anche in questo caso ha visto la partecipazione degli studenti dell'Ateneo genovese, è riferita, nel capitolo dedicato, alle interviste circa il vissuto individuale sul piano delle condizioni psicofisiche dell'anziano durante il lockdown, realizzate a distanza e rivolte alla popolazione senior coinvolta nel progetto. Nei contributi riportati, il vissuto degli anziani più resilienti e delle loro strategie di reazione alla criticità si pone come interessante contraltare a quanti di loro abbiano vissuto la stessa fase in solitudine, soffrendo maggiori vulnerabilità, quando non in condizioni di senza fissa dimora.

La seconda parte si conclude con un approfondimento sul monitoraggio e sulla valutazione del progetto PRESTIGE, che mette a fuoco l'impatto sociale dello stesso.

La terza parte del libro è volutamente orientativa e dedicata ai pilastri dell'invecchiamento attivo e in salute, offrendo spunti di riflessione su un corretto stile di vita per la popolazione senior sul piano dell'alimentazione e della nutrizione, dell'attività fisica, della gestione delle malattie, delle vaccinazioni e della stimolazione cognitiva.

Infine, le conclusioni sono articolate in tre spunti di riflessione, volutamente slegati e lasciati alla sensibilità disciplinare degli autori, riportando il punto di vista della Sociologia, sia in un'interpretazione costruzionista sia in chiave valutativa e di indicazioni emergenti di policy, e della Geriatria, in una sintesi della prospettiva sanitaria.

PARTE PRIMA

Essere anziani al tempo del Covid

1. Invecchiamento della popolazione, invecchiamento dell'individuo

Stefano Poli e Claudio Torrigiani¹

Dipartimento di Scienze della Formazione, Università di Genova

1.1 L'invecchiamento demografico nel mondo e in Italia

Per comprendere l'entità e la diffusione del fenomeno dell'invecchiamento demografico a livello globale, basti pensare che, nel 2020, la popolazione nel mondo con più di 65 anni² risulta pari a ben 727.606.000 persone (si vedano in proposito le nostre elaborazioni su dati ONU in tab. 1).

Non solo, gli over 65 si apprestano a raggiungere il miliardo alla fine del prossimo decennio³, superando la quota di una persona su dieci sulla faccia del pianeta.

A dimostrazione della velocità del fenomeno, si consideri che nel 1950, gli ultrasessantacinquenni nel mondo erano solo 128.641.000. In soli 70 anni il numero degli anziani si è più che quintuplicato e, seppur con chiare differenze territoriali, la speranza di vita a 65 anni è significativamente aumentata in tutto il mondo.

Certo, l'invecchiamento dell'umanità resta collegato al miglioramento diffuso delle condizioni sociali, economiche e sanitarie, nonché al progresso tecnologico, che si riflette positivamente su queste dimensioni.

Insomma, sebbene queste pagine siano state scritte nel corso di una pandemia epocale, che ha colpito soprattutto i soggetti più fragili della popolazione anziana nel mondo, l'invecchiamento globale è conseguenza di una speranza

¹ Il presente capitolo è frutto di una riflessione comune tra i due autori. Ai fini delle attribuzioni individuali, Stefano Poli ha redatto i paragrafi 1 e 2, Claudio Torrigiani il paragrafo 3.

² Preme sottolineare che la soglia dell'anzianità a 65 anni qui utilizzata segue una mera convenzione statistica (Poli, 2012, pp. 19-24), per di più, arbitraria e culturalmente etnocentrica, in quanto riferita ai regimi di welfare occidentali, solitamente orientati a collocare l'età anziana a 60 o 65 anni (Victor, 2013, p. 63).

³ Le stime riportate nel testo e in tabella sono effettuate attraverso un'elaborazione dei dati su un'ipotesi mediana di variazione demografica.

Tabella 1: Distribuzione della popolazione con più di 65 anni nelle maggiori regioni del mondo, 2020 e 2030

	Popolazione over 65 (migliaia)		Incidenza della popolazione over 65 (%)	
	2020	2030	2020	2030
Mondo	727.606	997.488	9,3	11,7
Aree più sviluppate	245.648	294.247	19,3	22,9
Aree meno sviluppate	481.959	703.242	7,4	9,7
Africa	47.096	67.750	3,5	4,0
Asia	411.603	587.415	8,9	11,8
Europa	142.906	170.273	19,1	23,0
Sud America e Caraibi	58.651	84.577	9,0	12,0
Nord America	61.903	80.188	16,8	20,5
Oceania	5.448	7.286	12,8	15,2
Italia	14.088	16.462	23,3	27,9

Fonte: elaborazioni su dati ONU

di vita progressivamente accresciuta, iniziata con la Rivoluzione Industriale, fino al quadro odierno di una seconda transizione demografica.

Naturalmente, l'invecchiamento della popolazione, seppur costituisca un fenomeno globale, rimane assai diversificato a livello territoriale. Mediamente, l'incidenza degli anziani supera il 19,3% della popolazione complessiva nelle aree più sviluppate del pianeta (specie in Europa, 19,1%, e in Nord America, 16,8%), mentre scende al 7,4% nelle aree meno privilegiate (arrivando a malapena al 3,5% in Africa).

Insomma, l'invecchiamento demografico, seppur visto da alcuni come una minaccia ai bilanci del Welfare, rappresenta una conquista evolutiva, che, non di meno, resta appannaggio dei Paesi più ricchi e senza dubbio necessita di aggiustamenti nella possibilità di accesso diffuso a una migliore speranza di vita.

Notoriamente, l'Italia è in una posizione assai privilegiata in questo senso, essendo considerata la seconda nazione con i parametri demografici più vecchi al mondo, preceduta soltanto dal Giappone. Infatti, nel nostro Paese, l'incidenza degli over 65 arriva oggi al 23,3%, ovvero un italiano su quattro, ed è destinata a salire al 27,9% entro i prossimi dieci anni⁴.

⁴ In Giappone l'incidenza degli ultrasessantacinquenni sulla popolazione totale è pari al 28,4% (ns. elaborazioni su dati ONU, 2020).

Le ragioni dell'invecchiamento della popolazione italiana sono dovute a due fattori demografici ormai da decenni assunti a caratteristiche strutturali, che contribuiscono a riprodurre un aumento dell'incidenza della popolazione anziana, ovvero l'invecchiamento dall'alto e dal basso (Pugliese, 2011, pp. 22-28; Poli, 2012, pp. 91-93). In entrambi i casi si tratta di conseguenze del progresso dell'uomo sulla natura, ovvero il controllo su due eventi demografici fondamentali, quali la nascita e la morte (Golini, 1999, p. 82).

Nell'invecchiamento dall'alto si assiste essenzialmente agli effetti dell'allungamento della vita media. Non a caso, aumenta l'età media della popolazione e crescono i numeri degli anziani, sia in termini assoluti sia proporzionali, giacché, crescendo in quantità, sale anche la loro incidenza rispetto alle classi di età più giovani. La spia più evidente di un simile processo è l'aumento dell'indice di vecchiaia, cioè il rapporto tra la popolazione ultrasessantacinquenne e la fascia demograficamente più giovane, in età fino ai 14 anni.

I processi d'invecchiamento dall'alto producono, altresì, un curioso effetto congiunto e contrapposto. Da un lato, una popolazione che invecchia sempre di più mostra una marcata longevità, che accresce la speranza di vita di anni rimanenti una volta superati i 65 anni. Dall'altro, un crescente numero di persone molto anziane produce un aumento della mortalità, venendo a crescere, soprattutto, il numero di persone fragili in età assai avanzata⁵.

Non di meno, i fattori d'invecchiamento dal basso producono effetti strutturali con la riduzione dei tassi di fecondità e natalità, nonché con l'età sempre più tardiva delle madri al primo figlio. Quest'ultimo aspetto riduce la possibilità di avere più figli nell'arco della vita della donna, semplicemente perché si riduce il numero di anni fertili rimanenti conseguentemente, si abbassa la natalità e la fecondità femminile scende sotto la cosiddetta soglia di sostituzione, pari a 2,1 figli per donna, ovvero un tasso adeguato a garantire il ricambio generazionale della popolazione.

In questo caso, è evidente che si tratta di fattori sociali, complessi quanto articolati, che hanno a che vedere con una molteplicità di spiegazioni, prettamente socioeconomiche e culturali.

Da un lato, il calo della fecondità in Italia, pur con indubbe differenziazioni a livello territoriale, si rintraccia fin dalle origini dell'Unità d'Italia, quale conseguenza del secolare processo di modernizzazione del Paese (basti pensare che l'Italia va ben al di sotto dei livelli medi di fecondità in Europa fin dal 1856, si veda in proposito Poli, 2021, p. 32). Dall'altro, la fecondità ha a che vedere con il costo/opportunità dell'avere figli, che, a sua volta, nasce da una

⁵ Questo è un effetto della cosiddetta legge di Gompertz-Makeham, che afferma che il tasso di mortalità è la somma sia di una componente dipendente dall'età, che aumenta in modo esponenziale all'aumentare dell'età della popolazione, sia di una componente indipendente dall'età stessa.

molteplicità di fattori. Si pensi al contenuto primo *Baby Boom* nei primissimi anni del secondo dopoguerra, effetto (in parte) di una genitorialità posticipata per gli eventi bellici, o a quello più consistente verificatosi in Italia tra la fine degli anni Cinquanta e la prima metà degli anni Sessanta, dovuto in larga misura al boom economico e all'ingresso di una progressiva tecnologizzazione della vita domestica.

Da quel momento in poi, il Paese ha attraversato un lungo *Baby Bust* (con il crollo della fecondità al di sotto della soglia di sostituzione dal 1974 in poi), ovvero un marcato calo delle nascite e una riduzione della fecondità per l'accresciuto costo/opportunità dell'avere figli, dipendente da una progressiva individualizzazione della società e dai nuovi modelli familiari, nonché da una maggiore emancipazione femminile, specie con la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro.

Da decenni, l'avere figli dipende, in parte, dalle scelte, ma è anche sempre più dettato dalla necessità. In questo si spiega nell'età tardiva delle primipare, causata non solo da fattori culturali, ma anche dall'insostenibilità economica di avere figli in età più giovane. Tanto è vero che, ormai, l'unico effetto di contrasto all'invecchiamento dal basso della popolazione è dato dall'immigrazione straniera (specie a partire dalla seconda metà degli anni Novanta), soprattutto proveniente da aree a elevata pressione migratoria, la cui componente femminile mostra tassi di fecondità mediamente superiori a quelli delle donne autoctone (Tognetti Bordogna, 2007, p. 24).

In sintesi, l'Italia è un Paese che invecchia sempre di più, in una pur grossolana semplificazione per due ragioni, ovvero, perché si vive sempre più a lungo e perché si fanno sempre meno figli.

1.2 I numeri dell'invecchiamento in Italia

Poste le premesse teoriche per spiegare il fenomeno, possiamo esaminare le caratteristiche dell'invecchiamento nel nostro Paese.

La Tabella 2 mostra le principali dimensioni dell'invecchiamento dall'alto, guardando al dato nazionale, alle ripartizioni territoriali e al dettaglio regionale, offrendo un dettaglio evolutivo dal 2008 (ovvero, è bene ricordarlo, prima di una grave recessione economica globale) al dato più recente del 2018.

L'età media degli Italiani nel 2018 è di poco più di 45 anni, essendo salita di ben due anni dal 2008 (quando era di 43,1). Peraltro, le differenze regionali appaiono già abbastanza significative. Per esempio, i residenti della Liguria, regione che di solito preconizza l'andamento demografico del Paese di almeno un decennio, sono mediamente prossimi ai 49 anni. Al contrario, in Campania e al Sud in generale, l'età media si colloca intorno ai 43 anni.

Tabella 2: Invecchiamento dall'alto, Italia e regioni

	Età media		Indice di dipendenza senile		Indice di vecchiaia		Speranza di vita a 65 anni		Tasso di mortalità x 1000 ab.	
	2008	2018	2008	2018	2008	2018	2008	2017*	2008	2017*
ITALIA	43,1	45,2	30,7	35,2	143,4	168,7	19,6	20,6	9,9	10,7
Nord	44,1	45,8	32,9	37,3	159,5	176,9	19,8	20,1	10,3	10,8
N-Ovest	44,3	45,9	33,2	37,7	162,5	179,6	19,6	20,1	10,4	10,9
V. Aosta	43,8	45,8	31,4	37,2	152,5	174,6	19,8	20,6	10,0	11,2
Piemonte	45,1	46,8	35,5	40,7	181,2	200,8	19,5	20,5	11,4	12,1
Lomb	43,3	45,0	30,5	35,1	144,4	162,0	19,7	20,1	9,4	9,9
Liguria	47,6	48,8	44,1	47,1	240,7	252,3	19,7	20,6	13,8	14,1
N-Est	43,9	45,7	32,4	36,7	155,3	173,4	20,0	21,0	10,2	10,7
Veneto	43,1	45,4	29,7	35,4	139,7	167,8	20,0	21,0	9,3	10,0
Trentino	41,5	43,5	27,9	32,0	113,2	136,2	20,3	21,5	8,5	8,8
Friuli	45,5	47,3	35,7	42,0	188,3	212,7	19,6	20,9	11,8	12,0
Emilia R.	45,1	46,1	35,7	37,9	178,1	179,9	20,1	21,0	11,3	11,5
Centro	44,2	45,8	33,1	36,5	163,4	178,2	19,8	20,8	10,6	11,0
Toscana	45,5	46,8	36,7	40,5	189,6	201,1	20,0	20,9	11,6	11,9
Marche	44,5	46,4	35,2	39,1	171,7	191,0	20,4	21,0	10,6	12,2
Umbria	45,1	46,7	36,9	40,6	184,6	199,0	20,0	21,0	11,7	12,3
Lazio	43,1	44,8	29,7	32,8	142,1	158,6	19,5	20,7	9,6	9,9
Sud	40,9	43,7	26,3	31,3	112,5	149,0	19,3	20,1	8,9	10,2
Abruzzo	43,8	45,9	32,8	36,8	162,1	187,2	19,9	20,7	10,5	11,7
Basilicata	42,5	45,5	30,5	34,6	144,3	185,8	19,8	20,5	9,6	11,5
Calabria	41,5	44,2	27,9	32,4	125,5	158,1	19,6	20,3	9,3	10,5
Campania	39,5	42,4	23,2	27,7	92,1	125,2	18,5	19,3	8,6	9,6
Molise	44,0	46,5	33,8	37,7	169,7	211,2	19,9	20,6	11,2	12,7
Puglia	41,2	44,4	26,8	33,3	117,0	162,1	19,8	20,6	8,5	10
Isole	41,6	44,4	27,4	32,8	123,1	160,5	19,2	20,0	9,4	10,6
Sicilia	41,2	43,7	27,6	31,9	116,6	149,2	19,0	19,7	9,6	10,7
Sardegna	42,9	46,4	26,9	35,5	147,8	202,4	20,0	20,8	8,8	10,1

Fonte: elaborazioni su dati Istat, dati al 1° gennaio dell'ultimo anno disponibile (*per la speranza di vita a 65 anni e il tasso di mortalità i valori sono al 2017)

L'indice di dipendenza senile a livello nazionale è aumentato di quasi 5 punti percentuali, e nel 2018 è pari a 35,2 punti. L'indice di dipendenza senile ha un'enorme importanza socioeconomica, perché è dato dal rapporto per cento tra la popolazione anziana e la popolazione in attività che dovrebbe provvedere al suo sostentamento⁶. Ciò significa che in Italia nel 2018, 100 persone in età attiva 'sostengono' il carico ipotetico di almeno 35 anziani. Le virgolette sono d'obbligo, perché sappiamo bene che nella popolazione attiva rientrano anche individui dipendenti (per esempio, studenti o disoccupati) e che le pensioni di molti senior rappresentano il perno economico di molte famiglie.

Chiaramente il dato fa riflettere, specie osservando come esso sia anche più elevato al Nord, dove supera i 40 punti in Piemonte, in Liguria, in Friuli, ma anche al Centro, specie in Toscana e in Umbria. Al contrario, è molto più basso al Sud (intorno a 27), specie in Campania, ma anche qui si tratta della particolare struttura demografica che vede un'incidenza leggermente maggiore delle coorti più giovani della popolazione attiva.

Significativo risulta l'indice di vecchiaia, che testimonia come per 100 italiani al di sotto dei 15 anni vi siano almeno 168 ultrasessantacinquenni. Questo indice è una misura semplice ma efficace dell'invecchiamento, che mostra chiaramente le diversità territoriali. Per esempio, è significativamente ridotto in Trentino e in Campania. In questo caso, si potrebbe dire che i nonni equivalgono proporzionalmente ai nipoti. Mentre è decisamente elevato (spesso ben oltre un valore di 200) in Liguria, Piemonte, Friuli, Toscana, Molise e Sardegna, tutte regioni dove la senescenza è altamente evidente, e dove, tornando all'esempio di prima, i nonni sono almeno due volte il numero dei nipoti.

Non di meno, a livello nazionale, la speranza di vita a 65 anni⁷ in circa un decennio è aumentata di un anno (dai 19,6 del 2008 ai 20,6 anni mediamente restanti del 2017). Certo, le differenze territoriali nella variazione riflettono migliori, o peggiori, condizioni di vita per gli anziani tra le diverse regioni. Per esempio, nel Nord Est, specie in Trentino-Alto Adige e in Friuli, l'aumento è stato anche leggermente superiore (circa 1,2 anni). Al contrario, al Sud è stato mediamente più basso (in media non si va oltre 0,8 anni). Chiaramente, è difficile non ipotizzare differenze tra le diverse aree territoriali sul piano delle dimensioni socioeconomiche e sociosanitarie.

Infine, il tasso di mortalità in Italia è salito da 9,9 decessi ogni mille abitanti a 10,7.

⁶ Senza dimenticare che nella popolazione attiva rientrano anche individui dipendenti, per esempio, studenti o disoccupati.

⁷ Il valore è dato dalla media dei valori per uomini e donne. Di solito, la speranza di vita a 65 anni delle donne è superiore di circa 3 anni.

Purtroppo, il dato è destinato a salire non appena saranno definitivi i dati della mortalità per Covid-19, che ha decimato buona parte degli anziani più fragili⁸.

Peraltro, restando a una lettura necessariamente spuria rispetto all'evento pandemico, si coglie chiaramente come il tasso di mortalità sia associabile all'invecchiamento della popolazione e salga laddove sia più incidente la componente senior, specie in Liguria, Piemonte, Friuli, Marche, Umbria e Molise, dove il tasso supera i 12 decessi ogni 1000 abitanti.

A questo punto si può passare a osservare i fattori d'invecchiamento dal basso, descritti nella Tabella 3 e presentati nel confronto longitudinale tra il 2008 e l'ultimo anno disponibile, ovvero il 2017.

In primo luogo, il tasso di natalità nazionale è passato dalle 9,8 nascite ogni 1000 abitanti ad appena 7,7 nel 2017.

Il dato è decisamente basso in Liguria e Sardegna, ferme ad appena 6,3 nascite ogni 1000 residenti, mentre sale, seppur di poco, superando le 9 nascite in Trentino, Lombardia e in buona parte delle regioni meridionali.

Il numero medio di figli per donna in Italia è sceso da 1,5 a 1,3. Addirittura, in Molise e Sardegna il dato scende a 1,1, a testimonianza di evidenti processi di spopolamento. L'età media delle donne al primo parto è aumentata significativamente nel decennio, passando da 31,1 a 31,8 anni, senza particolari differenze regionali, ormai collocate su un'età delle primipare mediamente di 32 anni, davvero preoccupante per l'evidente insostenibilità di un recupero oltre la soglia di sostituzione.

In questo caso, è difficile pensare che una tendenza già di per sé tardiva per ragioni culturali, non sia associabile anche agli effetti della recessione, che ha sicuramente influito sul costo/opportunità e sulla sostenibilità di avere figli, specie da parte delle donne più giovani.

Tutto ciò si riflette sulla crescita della popolazione complessiva che, non a caso, vede una tendenza al ribasso, pari a una perdita di circa 3 unità su mille abitanti nel 2017. Certo, il dato rispecchia non solo il saldo demografico, ma anche quello migratorio, tuttavia, è complessivamente indicativo dello spopolamento del Paese.

La crescita negativa riflette un'ultima considerazione sul piano della sostenibilità sociale e, soprattutto, della qualità di vita delle persone anziane.

Ovvero che, da un lato, la popolazione giovane soffre della denatalità, ma anche del fatto che i giovani si spostano e possono avere una dinamicità migratoria sul territorio o all'Estero.

⁸ Al momento, già solo per il 2020 l'Istituto Superiore di Sanità e l'Istat (2020) calcolano oltre 100.000 decessi in più rispetto alla media degli anni precedenti (2015-2019), con un aumento della mortalità dovuto al Covid-19, pari al 15,6%.

Tabella 3: Invecchiamento dal basso, Italia e regioni

	Tasso di natalità x 1000 ab.		Numero medio di figli per donna		Età media primipare		Tasso di crescita naturale x 1000 ab.	
	2008	2017	2008	2017	2008	2017	2008	2017
ITALIA	9,8	7,7	1,5	1,3	31,1	31,8	-0,1	-3,0
Nord	9,8	7,6	1,5	1,4	31,1	31,9	-0,5	-3,2
N-Ovest	9,8	7,6	1,5	1,4	31,2	32,0	-0,6	-3,3
V. Aosta	10,3	7,5	1,6	1,4	31,0	32,1	0,3	-3,7
Piemonte	9,1	7,3	1,4	1,4	31,1	31,8	-2,2	-4,8
Lomb	10,4	8,0	1,5	1,4	31,2	32,0	0,9	-1,9
Liguria	7,9	6,3	1,4	1,3	31,4	32,0	-5,9	-7,9
N-Est	9,9	7,6	1,5	1,4	31,1	31,9	-0,3	-3,1
Veneto	10,1	7,5	1,5	1,4	31,2	32,1	0,8	-2,5
Trentino	10,8	9,3	1,6	1,6	31,1	31,9	2,3	0,5
Friuli	8,6	6,7	1,4	1,3	31,2	31,9	-3,2	-5,3
Emilia R.	9,9	7,6	1,5	1,4	30,9	31,7	-1,4	-3,9
Centro	9,9	7,3	1,5	1,3	31,6	32,1	-0,6	-3,7
Toscana	9,3	7,1	1,4	1,3	31,4	32,1	-2,4	-4,8
Marche	9,5	7,1	1,4	1,3	31,2	32,1	-1,1	-5,1
Umbria	9,5	7,0	1,5	1,3	31,0	31,9	-2,2	-5,3
Lazio	10,6	7,5	1,5	1,3	31,8	32,1	0,9	-2,4
Sud	9,8	8,0	1,4	1,3	30,8	31,7	0,8	-2,2
Abruzzo	9,0	7,3	1,3	1,3	31,6	32,2	-1,5	-4,3
Basilicata	8,4	7,3	1,2	1,2	31,7	32,6	-1,1	-4,2
Calabria	9,1	8,1	1,3	1,3	30,9	31,6	-0,2	-2,4
Campania	10,6	8,6	1,5	1,4	30,5	31,4	1,9	-1,1
Molise	7,9	7,0	1,2	1,2	31,7	32,4	-3,3	-5,7
Puglia	9,5	7,6	1,3	1,3	30,9	31,8	1,0	-2,4
Isole	9,6	7,8	1,4	1,3	30,6	31,3	0,2	-2,8
Sicilia	10,0	8,3	1,5	1,4	30,2	31,0	0,4	-2,4
Sardegna	8,2	6,3	1,1	1,1	32,2	32,4	-0,6	-3,8

Fonte: elaborazioni su dati Istat, dati al 1° gennaio dell'ultimo anno disponibile

Dall'altro, chi resta sono per lo più gli anziani, specie la componente più fragile e vulnerabile, non di rado, caratterizzata da una mobilità assai più ridotta e, pertanto, sottomessa alle dinamiche del cosiddetto *ageing in place*, ovvero quelle situazioni d'invecchiamento in contesti isolati e marginalizzati, senza possibilità emancipatoria e nello spaesamento di un mondo che corre intorno sempre più veloce e accresce i processi di esclusione specie per le persone più anziane e indifese.

1.3 Genova e la Liguria, capitali dell'invecchiamento in Europa

Come già accennato, la struttura demografica della Liguria ha la caratteristica di anticipare di almeno dieci anni l'andamento del Paese e, proprio per le sue caratteristiche legate all'invecchiamento della popolazione, descritte di seguito con riferimento ai principali indici già analizzati nel confronto tra Italia, macroaree territoriali e regioni, è un caso di studio internazionale, non a caso eletta a *reference site* per gli studi sulla longevità e la fragilità di salute.

L'età media della popolazione ligure al 2017 è pari a ben 48,7 anni (Tabella 4), oltre 4 anni in più rispetto al dato medio nazionale e 3 anni a fronte del Nord, mentre l'incremento osservato dal 2008 è pari a circa un anno.

Le province di Genova e soprattutto Savona (49 anni) fanno registrare un dato un poco superiore rispetto alla media regionale e all'età media della popolazione imperiese e spezzina (48,4). Nel 2017, l'indice di dipendenza senile della popolazione ligure è pari al 47%, oltre 12 punti maggiore rispetto al dato medio nazionale e con una crescita di circa 3 punti dal 2008. L'estremo Levante ligure fa registrare un livello di dipendenza degli anziani pari a 45,2%, inferiore e in crescita meno rapida rispetto alle altre province, in particolare quelle di Savona e Genova (48,4 e 47,4 rispettivamente) che si confermano anche per questo indice 'le più anziane'. Se come abbiamo visto sopra, nel 2018 in Italia 100 persone in età attiva 'sostengono' il carico di almeno 35 anziani, in Liguria nel 2017 c'è già un anziano 'a carico' ogni due persone attive.

A tale riguardo le stime ISTAT⁹ prevedono che tra 20 anni, nel 2041, per la Liguria l'indice sarà compreso tra il 63% e il 72%, quindi circa il doppio del dato nazionale attuale.

Proseguendo l'analisi degli indici del processo di invecchiamento dall'alto, è emblematico della caratteristica demografica della Liguria l'indice di vecchiaia, che denota come nel 2017, in questa regione, per 100 giovani al di sotto dei 15 anni gli ultrasessantacinquenni fossero 250 (!) a fronte di un dato medio nazionale pari a 165. L'osservazione del dettaglio provinciale mostra, anche in questo

⁹ <http://dati-anziani.istat.it/>, con intervallo di confidenza al 90%.

Tabella 4: Invecchiamento dall'alto, Liguria e province

	Età media		Indice di dipendenza senile		Indice di vecchiaia		Speranza di vita a 65 anni		Tasso di mortalità x 1000 ab.	
	2008	2017	2008	2017	2008	2017	2008	2016	2008	2016
Italia	43,1	44,9	2008	2017	143,4	165,3	19,6	20,7	9,9	10,1
Nord	44,1	45,6	30,7	34,8	159,5	173,9	19,8	20,9	10,3	10,4
N-ovest	44,3	45,7	32,9	36,9	162,5	176,7	19,6	20,8	10,4	10,4
Liguria	47,6	48,7	33,2	37,4	240,7	249,8	19,7	20,8	13,8	13,3
Genova	47,8	48,8	44,1	47,0	242,0	250,3	19,7	20,8	14,0	13,5
Savona	47,8	49,0	44,3	47,4	246,3	255,2	19,8	20,8	13,4	13,5
Imperia	47,1	48,4	44,7	48,4	227,7	248,3	19,3	20,8	13,8	12,9
La Spezia	47,6	48,4	42,8	45,7	241,5	242,8	20,2	21,2	13,3	12,8

Fonte: elaborazioni su dati Istat, dati al 1° gennaio dell'ultimo anno

caso, l'invecchiamento ancor più marcato della popolazione savonese (255) e quello seppur poco più contenuto nel territorio spezzino (243).

La speranza di vita a 65 anni della popolazione ligure è aumentata di circa un anno tra il 2008 e il 2016, incremento perfettamente in linea con quello medio nazionale e del tutto simile nelle quattro province. Nello stesso arco temporale, il tasso di mortalità in Liguria si è invece ridotto, passando da 13,8 a 13,3 per mille abitanti, con una tendenza alla diminuzione più accentuata nell'imperiese (da 13,8 a 12,9) e invece in controtendenza, con incremento seppur lieve, in provincia di Savona.

L'evoluzione del dato di mortalità sarà purtroppo certamente soggetta a un incremento per effetto della pandemia, infatti, come evidenziano i primi dati pubblicati da ISTAT¹⁰, già nel 2020 i decessi in Liguria sono aumentati del 16,8% rispetto alla media 2015-2019.

Guardando ora ai fattori d'invecchiamento dal basso, descritti nella Tabella 5, possiamo osservare come in Liguria il tasso di natalità, pari a 7,9 nel 2008 e quindi già molto inferiore rispetto alla media nazionale (9,8), sia ulteriormente diminuito passando ad appena 6,3 nascite per mille abitanti nel 2016¹¹.

¹⁰ <https://www.istat.it/it/archivio/240401>

¹¹ Ultimo dato disponibile.

Tabella 5: Invecchiamento dal basso, Liguria e province

	Tasso di natalità x 1000 ab.		Numero medio di figli per donna		Età media primipare		Tasso di crescita naturale x 1000 ab.	
	2008	2016	2008	2016	2008	2016	2008	2016
Italia	9,8	7,8	1,5	1,3	31,1	31,8	-0,1	-2,3
Nord	9,8	7,8	1,5	1,4	31,1	31,8	-0,5	-2,6
N-ovest	9,8	7,7	1,5	1,4	31,2	31,9	-0,6	-2,7
Liguria	7,9	6,3	1,4	1,3	31,4	31,9	-5,9	-7,0
Genova	8,0	6,3	1,4	1,3	31,7	32,1	-6,0	-7,2
Savona	7,7	6,0	1,3	1,3	31,3	31,7	-5,7	-7,5
Imperia	8,1	6,4	1,4	1,3	30,6	31,3	-5,8	-6,6
La Spezia	7,6	6,8	1,3	1,4	31,0	31,7	-5,6	-5,9

Fonte: elaborazioni su dati Istat, dati al 1° gennaio dell'ultimo anno

La disaggregazione per provincia conferma una denatalità più accentuata nel savonese (6,0) e un poco meno nell'estremo Levante ligure (6,8), che è l'unica area con un numero medio di figli per donna in seppur lieve incremento – da 1,3 a 1,4 – di poco superiore rispetto alla media regionale e nazionale e in linea con quella osservata per il Nord e il Nord ovest.

Nel 2016, l'età media delle primipare in Liguria è pari a 31,9 anni, di poco superiore alla media italiana e in aumento rispetto ai 31,4 anni del 2008. In questo caso la provincia che, per le scelte riproduttive di giovani madri certamente condizionate dalla necessità di conciliare maternità e prospettive di carriera, contribuisce di più all'invecchiamento dal basso è quella di Genova (32,1), mentre nell'imperiese l'età media al primo parto è un poco più bassa e pari a 31,3 anni, sempre in significativo aumento rispetto al 2008.

Valgono anche qui le considerazioni riportate al paragrafo precedente rispetto ai probabili effetti della crisi del 2008 sui processi evidenziati da questi indici.

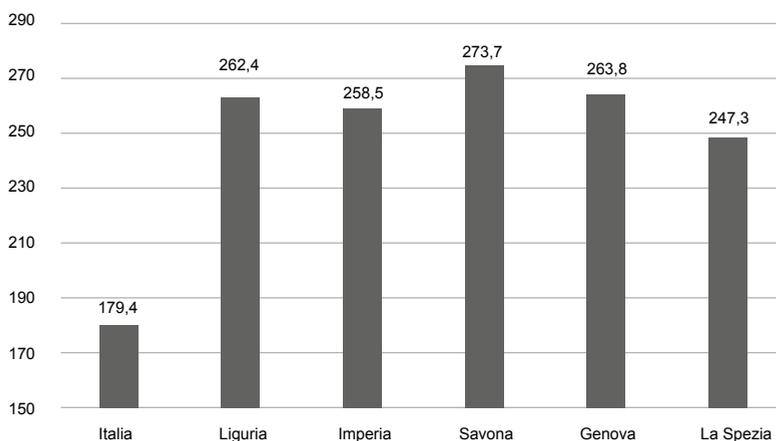
Evidenza emblematica dell'invecchiamento dal basso della Liguria è il tasso negativo di crescita naturale: questo passa da -5,9 nel 2008 a -7,0 per mille nel 2016, ossia 3 volte la media nazionale e di gran lunga superiore al resto del Nord ovest (cfr. Tabella 3).

Il dettaglio per le singole province conferma una più spiccata tendenza allo spopolamento nel savonese e nel genovesato (rispettivamente con cali del -7,5 e -7,2 per mille) e un declino leggermente meno rapido nella provincia di Imperia (-6,6) e in quella di La Spezia (-5,9).

Anche i dati ISTAT più recenti confermano, per la Liguria, un indice di vecchiaia elevatissimo, pari per il 2020 a 262,4 a fronte di un dato medio

nazionale del 179,4%. Le province liguri più anziane si confermano Savona e Genova (cfr. Grafico 1).

Grafico 1: Indice di vecchiaia di Italia, Liguria e province liguri, anno 2020



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT (dati estratti il 27 mar 2021, da dati-anziani.istat.it)

Come mostra la tabella 6, su un totale di 1.524.826 residenti in Liguria al 1° gennaio 2020, le persone anziane sono 438.344, pari al 28,75% della popolazione complessiva, con un indice di dipendenza senile del 47,7% a livello regionale, che sale al 48,2 in provincia di Genova e a 49,2 in quella di Savona. L'analisi dettagliata della distribuzione della popolazione per fasce di età evidenzia che, al 1° gennaio 2020, i 195.768 anziani in età compresa tra i 65 e i 74 anni sono pari al 12,84% della popolazione ligure, mentre le persone con 75 anni e oltre sono in tutto 242.576, esattamente il 16%.

A causa della più elevata aspettativa di vita delle donne si osserva inoltre, al crescere dell'età, la prevalenza della popolazione di genere femminile, che passa dal 52,7% nella fascia 65-69 anni a 79,9% nella fascia 95-99 anni, come ben evidenzia il Grafico 2.

Riflesso di tale dinamica naturale è la condizione di solitudine al crescere dell'età dell'anziano, in particolare appunto per la popolazione di genere femminile: la percentuale di persone nubili o celibi, divorziate e in stato di vedovanza cresce infatti dal 27% dei sessantacinquenni (per il 58% donne) al 95% dei novantanovenni (88% donne).

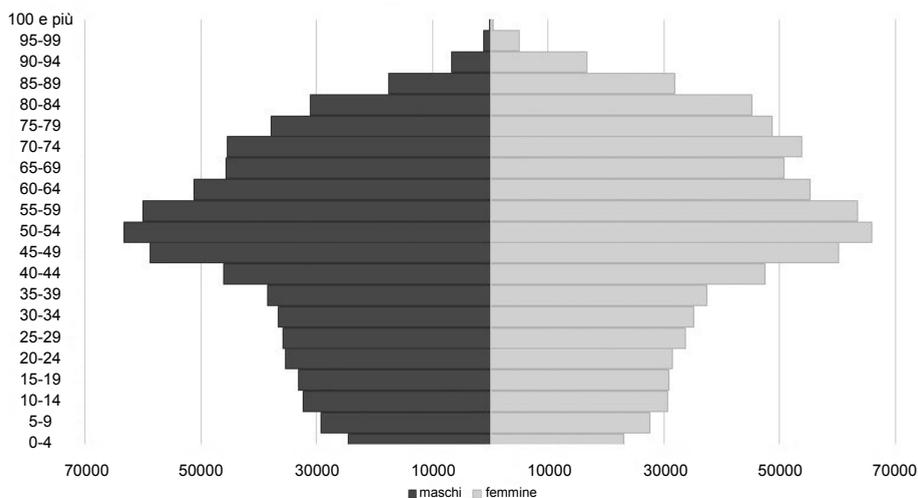
Per analizzare meglio la condizione della popolazione anziana, un altro dato utile è quello relativo all'incidenza della povertà relativa e assoluta: l'ul-

Tabella 6: Popolazione ligure, anno 2020, valori assoluti e percentuali per fasce di età

	Maschi	Femmine	Totale
Fascia di età		v. ass.	
0 - 14	85.869	81.163	167.032
15 - 64	458.651	460.799	919.450
65 e oltre	185.851	252.493	438.344
Totale	730.371	794.455	1.524.826
		v. perc.	
0 - 14	11,76	10,22	10,95
15 - 64	62,80	58,00	60,30
65 e oltre	25,45	31,78	28,75
Totale	100,00	100,00	100,00

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT (dati estratti il 27 mar 2021, da demo.istat.it)

Gráfico 2: Popolazione residente in Liguria al 1° gennaio 2020 per fasce di età quinquennali e per genere



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT (dati estratti il 27 mar 2021, da demo.istat.it)

timo dato ISTAT, relativo all'anno 2019 e disponibile solo per le macroaree territoriali, evidenzia per il Nord del Paese un'incidenza di povertà assoluta pari al 4,9% e di povertà relativa pari al 5,6% delle famiglie con persona di riferimento di 65 anni e oltre.

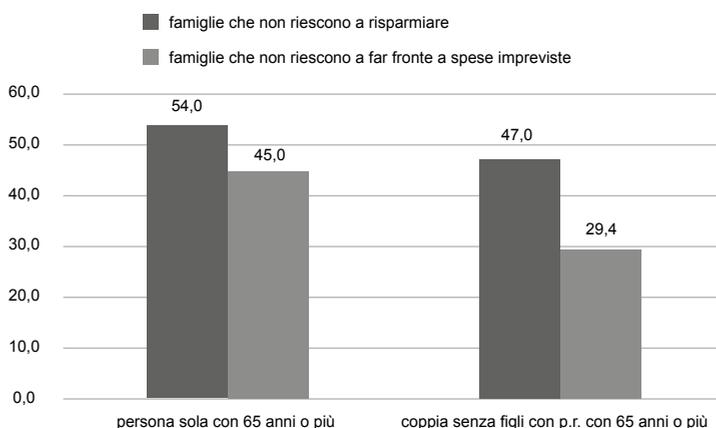
Applicando tali percentuali alla popolazione anziana ligure possiamo stimare siano oltre 21mila le persone anziane in povertà assoluta e circa 25mila quelle in povertà relativa: ciò restituirebbe un dato complessivo di 46mila anziani poveri in Liguria. Un'indicazione ulteriore inerente alla condizione reddituale degli anziani liguri può essere ricavata dai dati resi disponibili da ISTAT relativi alle pensioni: premesso infatti che i trasferimenti pubblici sono la principale fonte di reddito per il 92,4% delle famiglie il cui principale percettore abbia almeno 65 anni (dato ISTAT al 2017) e considerato che il 22,3% delle pensioni erogate¹² in Liguria è di importo mensile inferiore ai 500 euro (dato ISTAT al 2018), potremmo stimare in quasi 89mila il numero di over 65 liguri percettori di un reddito pensionistico al di sotto della soglia di povertà assoluta definita dall'ISTAT. Tale stima sale a circa 194mila persone se consideriamo come soglia di riferimento un importo mensile inferiore ai 750 euro (48,1% delle pensioni erogate in Liguria). Sia considerando gli anziani fino a 74 anni, sia quelli con 75 anni o più, la soglia di povertà assoluta calcolata dall'ISTAT per il 2019 è infatti superiore ai 750 euro per una persona sola e superiore ai 1.000 euro per un nucleo di due persone. Tali dati vanno ponderati considerando i nuclei con due percettori di pensione o i percettori di più trasferimenti, ma certamente destano attenzione specie riguardo alla condizione delle persone più anziane che, come già osservato in precedenza, sono nella maggior parte dei casi donne sole, che scontano tra l'altro forti disuguaglianze sia nell'accesso sia nell'importo della prestazione pensionistica (De Luigi *et al.*, 2016).

Può essere indicativo, al riguardo, affiancare a questi i dati inerenti alla spesa media delle famiglie che, per il 2019, ammonta in media a 1.661,25 euro per una persona sola di 65 anni e più e a 2.657,83 euro per una coppia senza figli con persona di riferimento di 65 anni e più (ISTAT, 2020)¹³. Come mostra il Grafico 3, in effetti, nel 2019 il 47% delle famiglie italiane composte da coppie senza figli con persona di riferimento di 65 anni o più non riesce a risparmiare e il 30% non riesce a far fronte a spese impreviste; tali percentuali salgono rispettivamente al 54% e al 45% nel caso delle persone sole con 65 anni o più. Applicando una media di tali percentuali al contesto ligure possiamo stimare che oltre 220mila anziani liguri non riescano a risparmiare e che oltre 160mila non riescano a far fronte a spese impreviste.

¹² Sono considerate in questo computo le pensioni di vecchiaia e anzianità, invalidità, superstiti, indennitarie, invalidità civile, pensioni sociali e pensioni di guerra.

¹³ Il dato medio ligure, presentato senza dettaglio per tipologia familiare, è pari a 2.499,63 euro (ISTAT, 2020).

Grafico 3: Famiglie che non riescono a risparmiare o a far fronte a spese impreviste, persone sole di 65 anni e più e coppie senza figli con persona di riferimento di 65 anni e più, anno 2019, %.



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT (dati estratti il 28 mar 2021, da dati-anziani.istat.it)

Tali stime sono del resto corroborate dal giudizio sulla condizione economica percepita: dall'Indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC) risulta infatti che, nello stesso anno, le famiglie che dichiarano di arrivare a fine mese «con facilità e con molta facilità» sono solo il 12,7% nel caso dei nuclei formati da coppie senza figli con persona di riferimento di 65 anni o più, dato che scende all'8% per gli anziani soli. Sono viceversa rispettivamente il 16 e il 24% i nuclei della medesima composizione che dichiarano di arrivare a fine mese «con difficoltà» o «con grande difficoltà».

Riguardo alla dotazione di capitale sociale e culturale della popolazione anziana ligure, applicando la distribuzione osservata per la macroarea del Nord-ovest al 2020 (Tab. 7), possiamo anzitutto stimare che circa il 70% dei liguri con 65 anni e oltre, ossia circa 310mila persone, sono in possesso al più della licenza di scuola media mentre solo l'8% ha una laurea o altro titolo superiore (circa 35mila persone).

Per quanto concerne la vita di relazione ci viene in aiuto l'Indagine Multi-scopo sulle famiglie 'Aspetti della vita quotidiana' di ISTAT, secondo cui solo il 37% di persone tra i 65 e i 74 anni ha frequentazioni quotidiane o più volte a settimana, quota che scende al 30% circa nel caso degli anziani con 75 anni e più: su tali basi possiamo stimare che – anche prima della pandemia da Covid-19 – oltre 290mila anziani liguri abbiano avuto frequentazioni al massimo una volta a settimana (cfr. Tab. 8).

Anche i dati relativi alla partecipazione associativa non sono incoraggianti ove si consideri che, escludendo il mero contributo economico ad associazioni,

Tabella 7: Popolazione di 65 anni e oltre per titolo di studio, Nord Ovest e stima per la Liguria, anno 2020

Titolo di studio	Nord-ovest v. ass.	Nord-ovest v. %	Liguria
Scuola elem., nessun titolo	1.632.266	42,9	v. ass*
Licenza di scuola media	1.048.731	27,6	188.230
Diploma 2-3 anni (qualifica)	211.801	5,6	120.938
Diploma 4-5 anni (maturità)	605.282	15,9	24.424
Laurea e post-laurea	303.093	8,0	69.800
Totale	3.801.173	100,0	34.952

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT (dati estratti il 28 mar 2021, da dati-anziani.istat.it) *stima

il coinvolgimento attivo in tali attività riguarda nella media nazionale solo il 26% di persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni e il 13% degli anziani con 75 anni e oltre: come mostra la Tabella 8, su tali basi possiamo stimare che – prima dell'emergenza pandemica – gli anziani liguri che partecipavano attivamente ad attività associative fossero circa 82mila, ossia meno di uno su cinque; la partecipazione politica attiva – di poco superiore – ha probabilmente interessato circa 91mila anziani liguri.

Tabella 8: Vita di relazione e partecipazione associativa della popolazione ligure di 65-74 anni e di 75 anni e oltre - stime sulla popolazione 2020

	65-74 anni	75 anni e oltre	Totale
Popolazione ligure al 2020	195.768	242.576	438.344
Ha frequentazioni al massimo una volta a settimana*	123.334	169.803	293.137
Partecipa attivamente ad attività associative*	50.900	31.535	82.435
Partecipa a politica attiva*	54.815	36.386	91.201

Fonte: elaborazione su dati ISTAT (dati estratti il 28 mar 2021, da dati-anziani.istat.it) *stima

2. Fragilità e vulnerabilità sociale degli anziani al tempo del Covid

Stefano Poli

Dipartimento di Scienze della Formazione, Università di Genova

2.1 Invecchiare al tempo del Covid

Stiamo vivendo tempi insoliti. Questo volume e la ricerca a esso collegata sono stati scritti durante un momento epocale, durante il quale ci troviamo di fronte a uno degli eventi epidemiologici più terribili e inattesi da circa un secolo.

Nessuna delle generazioni oggi presenti ha maturato precedenti esperienze rispetto a fenomeni pandemici di tale portata, per di più, così rapidamente diffusi a livello globale. Pertanto, ci si è trovati impreparati e a lungo privi di protezione, salvo inevitabili quanto gravose forme di distanziamento sociale, condotte al prezzo di sacrifici sempre meno sostenibili e in attesa di effettivi risultati della vaccinazione di massa.

Nel frattempo, il prezzo più elevato è stato ed è tutt'oggi pagato dalla componente più anziana della popolazione.

Esaminando il profilo delle oltre 110.000 vittime ad aprile 2021 (ISS, 2021, p. 22) e osservando le loro caratteristiche, si osserva una percentuale di letalità superiore al 10% dopo i 60 anni, oltre il 15% dopo i 70 e superiore al 21% dopo gli 80 anni. Peraltro, come altrove sottolineato (Poli, 2020; 2021), una lettura appropriata dei dati non parte tanto da un'automatica associazione all'età, bensì dalle effettive condizioni di salute e, in particolare, dalla fragilità progressiva delle vittime.

L'analisi campionaria sui decessi certificati da SARS Covid-2, regolarmente aggiornata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2021) alla fine di marzo 2021, evidenzia che ben l'85,4% dei soggetti deceduti presentava almeno due o più comorbidità, il 66,9% almeno tre o più patologie.

Inoltre, secondo i risultati (pur limitati alla prima ondata della primavera 2020) dell'indagine sulla diffusione del Covid-19 nelle residenze sanitarie assistenziali in Italia ovvero, una popolazione di soggetti mediamente a ele-

vata fragilità, il 7,4% del totale dei decessi sul totale delle morti nel periodo ha interessato residenti con riscontro di infezione da SARS-CoV-2 e il 33,8% ha interessato residenti con manifestazioni simil-influenzali (a cui però non è stato effettuato il tampone).

Il dato di fatto è che, sin dall'inizio della pandemia, buona parte dei media, degli *opinion leader* e persino delle istituzioni hanno, specie all'inizio, ribadito un improprio messaggio di associazione del virus all'età, in parte celando il fatto che anche le fasce più giovani, pur con minore incidenza di mortalità (vorremmo aggiungere, per naturale resilienza), potevano soffrire per il Covid-19. Altrettanto sono passate sotto traccia le difficoltà di riabilitazione di quanti, spesso anche in fasce di età più giovani, abbiano subito forme più gravi di infezione.

Altresì, non c'è dubbio che il tasso di mortalità per età evidenzia uno svantaggio che colpisce i profili fragili dei più anziani, e non indiscriminatamente tutta la popolazione senior.

In tal senso, l'evento pandemico ha messo in luce, piuttosto, le criticità incontrate dalla parte più anziana della società, le sue condizioni sociali e sanitarie, nonché la necessità di interventi preventivi specifici e dedicati, una volta risolta l'emergenza.

2.2 Fragilità di salute e vulnerabilità sociale: l'aggancio ideale per le spike del Coronavirus

Non per caso, l'epidemia di Covid-19 sta uccidendo prevalentemente i soggetti più vulnerabili e fragili della popolazione anziana. Certamente, tali sintomi infettivi, generalmente sostenibili da un profilo più sano e più giovane, possono diventare causa di morte in caso di fragilità, clinicamente definita come uno stato fisiologico di ridotta energia e resistenza (Kelley-Moore, 2013, p. 103).

Più specificamente, la fragilità rappresenta una condizione patologica, che si manifesta in una serie di segnali e sintomi caratterizzati da marcata vulnerabilità, declino incipiente e alto rischio di mortalità (Ferrucci *et al.*, 2003).

Tuttavia, la fragilità rimane un concetto separato dalla disabilità, sebbene i due fenotipi possano influenzarsi a vicenda. In effetti, le basi eziologiche della fragilità evidenziano come la malattia, l'inattività e l'invecchiamento attivino meccanismi che riducono le riserve del sistema nervoso e muscolare, in modo che, quando il danno supera un certo limite di possibile compensazione, si giunga a un calo delle prestazioni fisiche e, in caso di agenti particolarmente stressanti (come nelle peggiori evoluzioni cliniche di Covid-19), al decesso.

Peraltro, concettualizzare la fragilità solo come uno stato di pre-disabilità, caratterizzato principalmente da una ridotta riserva fisiologica e capacità di

recupero, in cui l'esposizione a fattori di stress aumenti il rischio di disabilità o di morte (Morley *et al.*, 2012), significherebbe ignorare importanti determinanti sociali che rientrano nella costruzione della causalità del fenomeno (vedi, a questo proposito, Kelley-Moore, 2013, pp. 66-110).

In questo senso, i processi patologici, il declino fisico funzionale e cognitivo o persino i deficit dovrebbero essere sempre ricollegati anche alle dimensioni sociali che agiscono indipendentemente dall'età e dalla disabilità come fattori generativi di fragilità clinica.

A partire dall'ultimo decennio diversi studi si sono orientati verso un approccio multidimensionale, evidenziando alcuni dei possibili domini utili ad esplorare le dimensioni sociali alla base della fragilità degli anziani.

Innanzitutto, gli studi degli ultimi anni si sono concentrati sui fattori strutturali della vulnerabilità sociale, che spesso caratterizza la popolazione anziana. In questo senso, l'età avanzata e la salute più debole si combinano prevalentemente con modelli di disuguaglianza sociale, derivanti da livelli di istruzione inferiori (Brunello *et al.*, 2016; Brigola *et al.*, 2019), condizioni socioeconomiche (Read *et al.*, 2016; Heap *et al.*, 2017; Franse *et al.*, 2017; van der Linden *et al.*, 2020), status sociale inferiore (Zimmer *et al.*, 2016) e contesto sociale (Mazzonna, 2014), nonché forme di discriminazione fondate sull'età (Vauclair *et al.*, 2016).

Un secondo dominio riguarda l'associazione della fragilità con le caratteristiche della rete di relazione, osservando la struttura familiare, la frequenza e la qualità delle relazioni personali all'interno e all'esterno della famiglia e il conseguente supporto sociale (O'Rourke *et al.*, 2018; Henriques *et al.*, 2020), con la solitudine, concentrandosi sul senso di isolamento e il sentirsi soli (Hagan *et al.*, 2014; Gale *et al.*, 2018; Ige *et al.*, 2019; Smith e Victor, 2019) e con la tendenza al disimpegno, che deriva dalla sregolatezza, dal senso di improduttività ed emarginazione a causa della mancanza di partecipazione sociale e della scarsa integrazione (Poli e Pandolfini, 2016; Walsh *et al.*, 2017).

Infine, nel dominio dell'*agency*, è stata data particolare attenzione alla capacità delle persone anziane di mantenere un'interazione frequente e soddisfacente con l'ambiente, esprimendo uno stile di vita attivo e socialmente impegnato sia in forma concreta sia simbolica. In questo senso, diverse ricerche mostrano l'associazione tra il mantenimento delle funzionalità cognitive e fisiche e livelli soddisfacenti di espressione di sé e di connessione sociale, per esempio mediante il tempo libero (Galenkamp *et al.*, 2016), la fruizione culturale (Poli *et al.*, 2016; Juang *et al.*, 2018) e l'attivazione sociale (Stephens *et al.*, 2015; Ten Bruggencate *et al.*, 2019).

Tutti i suddetti domini appaiono strettamente correlati. Infatti, le differenze individuali nelle condizioni di salute sono implicitamente associate all'effetto combinato dell'*agency* limitata, delle disuguaglianze strutturali, della ridotta

connessione sociale e di livelli elevati di isolamento ed esclusione sociale (Grenier e Phillipson, 2013; Dannefer e Huang, 2017).

A partire da tali premesse, questo volume prende spunto dal Progetto PRESTIGE ‘Partecipi e RESilienTi: invecchiare a GENOVA’, finanziato dalla Fondazione Carige e realizzato dall’Università di Genova, dall’Ospedale Galliera e da Auser Liguria.

Il progetto, iniziato almeno sei mesi prima degli eventi pandemici, ha avuto la finalità di realizzare una misura di ricerca-azione sulla relazione tra la fragilità di salute e la vulnerabilità sociale, rivolgendosi alla popolazione senior dell’area genovese.

In una purtroppo drammatica forma di serendipità, il precipitare della crisi da Covid-19 ha imposto una revisione del progetto, peraltro, offrendo occasione per trasformarlo in una significativa osservazione della fragilità di salute e delle sue determinanti sociali durante una pandemia epocale.

PARTE SECONDA

Il Progetto PRESTIGE

3. Il progetto PRESTIGE

Stefano Poli, Paola Giannoni, Elena Zini e Claudio Torrigiani¹
Dipartimento di Scienze della Formazione, Università di Genova

Sabrina Zora e Alberto Pilotto
Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeratria e Riabilitazione,
E.O. Ospedali Galliera, Genova

3.1 Partecipi e RESilienTi: Invecchiare a GENOVA

Il progetto PRESTIGE (‘Partecipi e RESilienTi: Invecchiare a GENOVA’) è stato concepito e realizzato nel biennio 2019-2020 con l’intento di proporre una misura d’intervento per la prevenzione della fragilità di salute e dei rischi di marginalizzazione e isolamento sociale della popolazione anziana genovese.

Esso ha preso avvio a partire dalla consapevolezza che nell’anziano la fragilità costituisca uno stato di pre-disabilità, ovvero di minori resistenza e resilienza che, in presenza di fattori stressogeni, possono aumentare il rischio di disabilità o condurre al decesso (Morley *et al.*, 2012).

Non di meno, la ricerca-intervento si è sviluppata tenendo presente come la fragilità sia spesso associabile a peggiori condizioni socioeconomiche, alla marginalità sociale e all’isolamento (Poli e Pandolfini, 2016).

Su queste basi, promuovere le capacità di prevenire, individuare precocemente e intervenire sulle condizioni di pre-fragilità e di disagio sociale è apparso strategico nel contesto demografico genovese, notoriamente interessato da dinamiche di invecchiamento che implicano, tra l’altro, conseguenze rilevanti sul piano sociosanitario.

Ulteriori obiettivi della ricerca-intervento erano quelli di aumentare la consapevolezza della popolazione anziana sui fattori di rischio specifici per il deterioramento fisico e cognitivo, la non-autosufficienza, la marginalità

¹ Il presente capitolo è frutto di una riflessione comune tra gli autori. Ai fini delle attribuzioni individuali, Stefano Poli ha redatto il paragrafo 3.1, Elena Zini il paragrafo 3.2, Paola Giannoni il paragrafo 3.3, Sabrina Zora e Alberto Pilotto il paragrafo 3.4 e Claudio Torrigiani i paragrafi 3.5 e 3.6.

e l'esclusione sociale e di motivare i soggetti coinvolti a prendere parte a percorsi di prevenzione attiva e partecipazione sociale, nonché di mantenimento o recupero delle funzionalità compromesse ove necessario.

Il progetto, finanziato dalla Fondazione Carige, è stato implementato a partire dalla collaborazione tra più enti, nello specifico:

- l'Università degli Studi di Genova, con il ruolo di capofila e operante nel progetto attraverso il Dipartimento di Scienze della Formazione (DiSFor) (con incarico di responsabilità scientifica e coordinamento delle attività) e l'Università della Terza Età (UniTE);
- l'Auser Liguria;
- l'E.O. Ospedali Galliera di Genova, operante attraverso il Dipartimento di area delle cure geriatriche, ortogeriatrics e riabilitazione.

Il partenariato di cui sopra è nato dalla pluriennale collaborazione preesistente tra i soggetti anzidetti sul piano delle iniziative e delle attività scientifiche e culturali sui temi dell'invecchiamento.

Gli obiettivi del progetto erano quelli di:

- rilevare, attraverso attività di screening, le condizioni di pre-fragilità/fragilità di salute e/o marginalità sociale e isolamento nelle persone over 65 residenti nel comune di Genova;
- sensibilizzare, mediante attività di informazione, i partecipanti al progetto riguardo ai rischi connessi alle condizioni di pre-fragilità/fragilità di salute e di marginalità sociale nella popolazione anziana;
- attivare percorsi di orientamento specifico (trial clinico e/o partecipazione ad attività socialmente inclusive) dedicati ai soggetti risultati in condizione di pre-fragilità/fragilità di salute e/o a rischio di marginalità sociale e isolamento.

È stato previsto inoltre, per tutta la durata della ricerca-intervento, di promuovere attività di diffusione e divulgazione dell'iniziativa, con la finalità di sollecitare altre iniziative orientate a rispondere ai bisogni degli anziani fragili e vulnerabili.

Nei paragrafi seguenti sono descritte le tre principali fasi in cui si è articolato l'intervento per rispondere agli obiettivi operativi sopra evidenziati.

3.2 La rilevazione delle condizioni di fragilità di salute e di marginalità sociale

La prima fase del progetto era finalizzata a rilevare, attraverso attività di *screening* sviluppate *ad hoc*, eventuali condizioni di fragilità e marginalità sociale tra la popolazione genovese over 65. Tale fase progettuale è stata implementata attraverso una serie di azioni specifiche dettagliate di seguito.

3.2.1. Lancio dell'iniziativa

In data 12 aprile 2019 a Genova presso l'aula San Salvatore, alla presenza di tutti i partner, è stata organizzata una giornata dedicata all'inaugurazione del progetto allo scopo di illustrarne obiettivi e azioni alla popolazione. Le finalità e le modalità di intervento proprie del progetto sono stati divulgati anche nell'ambito di una serie di eventi successivi².

3.3.2. Analisi della letteratura e predisposizione del test di screening

A seguito dell'analisi degli studi presenti in letteratura sul tema oggetto di studio, il personale del DiSFor, in collaborazione con quello dell'E.O. Ospedali Galliera, ha predisposto uno strumento utile a rilevare nei residenti del comune di Genova over 65 anni eventuali condizioni di pre-fragilità/fragilità di salute e/o marginalità sociale ed isolamento.

Lo strumento in questione consisteva in un questionario, da auto-somministrare con assistenza nell'ambito di un'intervista di circa 30 minuti, che indagava la salute generale dell'anziano in ottica multidimensionale (stato fisico e cognitivo, capitale sociale, esperienze professionali, stili di vita, variabili di tipo socioeconomico ecc.).

Il questionario, dopo essere stato predisposto, testato e approvato, a giugno 2019, è stato sottoposto dal gruppo di lavoro, a settembre 2019, al Comitato Etico del DiSFor, al fine di ottenere dal medesimo un parere sulla conformità della ricerca ai criteri etici. Il Comitato, a ottobre 2019, ha approvato lo strumento.

3.2.3. Predisposizione del materiale informativo

Il personale del DiSFor, in collaborazione con quello dell'E.O. Ospedali Galliera, ha predisposto, inoltre, una brochure informativa, dedicata alla prevenzione della fragilità e della vulnerabilità grazie all'adozione di corretti stili di vita, che è stata poi distribuita e promossa tra coloro che hanno preso parte al progetto (cfr. in particolare il punto 5) allo scopo di illustrare

² - *Focus Live*, tenutosi i giorni 1-2 giugno 2019 a Genova;

- Convegno 'Il ruolo delle Fondazioni di origine bancaria. Dal bancomat alla progettualità sociale', tenutosi il 31 maggio 2019 a Genova presso la Fondazione Carige;

- *Silver Economy Forum* tenutosi nei giorni 13-15 giugno 2019 a Genova presso il Palazzo della Borsa;

- Tavolo sui progetti dell'Ageing organizzato dall'Università degli Studi di Genova e tenutosi il 25 luglio 2019;

- Evento 'Anziani e Farmaci' tenutosi l'11 ottobre 2019 a Genova presso il Porto Antico;

- Lezione 'PRESTIGE. Partecipi e RESilienTi: invecchiare a Genova', tenuta presso l'UniTE in data 20/11/2020.

le condizioni utili a ritardare il più possibile la perdita di autonomia personale, il peggioramento delle condizioni di salute, i fenomeni di marginalità e isolamento sociale.

3.2.4. Formazione degli intervistatori

A seguito della discussione sulle modalità di campionamento e somministrazione dello strumento di screening tra i soggetti partner, si è stabilito che, ad assistere gli anziani nella compilazione del questionario dovesse essere un gruppo di studenti universitari, volontari e adeguatamente formati, iscritti ai corsi di laurea in Servizio sociale, Scienze dell'Educazione e della Formazione e Psicologia. Tale scelta è stata ponderata nell'ottica di promuovere una cultura inclusiva e collaborativa tra le diverse generazioni favorendo tra l'altro negli studenti l'acquisizione di una maggiore consapevolezza riguardo ai processi di invecchiamento e ai fenomeni di marginalità sociale, vulnerabilità e fragilità della persona anziana.

Allo scopo di formare gli intervistatori è stato loro proposto, dal personale del DiSFor, un percorso organizzato in tre fasi. Inizialmente sono stati chiamati a compilare un breve questionario volto a valutare la percezione dei rispondenti verso gli anziani (cfr. cap. 7). Allo scopo di favorire la riflessione sulle difficoltà che possono esperire quotidianamente i senior e promuovere una maggiore empatia verso tale categoria, gli studenti sono stati successivamente invitati, riprendendo il modello dell'osservazione partecipante, a provare la tuta GERT Gerontological Test Suit. Si tratta di una tuta modulare, prodotta in Germania e utilizzata spesso in istituti e servizi dedicati agli anziani non autosufficienti, che riproduce alcune limitazioni fisiche tipicamente riscontrabili nei senior pre-fragili/fragili (es. deficit della vista e dell'udito, problemi nella deambulazione e nel mantenimento dell'equilibrio, impedimenti nei movimenti e perdita di forza, tremolii e difficoltà nella presa). Una volta indossata la tuta, è stato chiesto ai futuri intervistatori di compiere alcuni esercizi elementari per simulare semplici attività quotidiane svolte dagli anziani (es. salire alcuni gradini, versare un bicchiere d'acqua, leggere un libro, sollevare un peso, sedersi e rialzarsi). Infine, gli studenti hanno partecipato ad alcune lezioni sui temi connessi alla metodologia della ricerca sociale e ai processi di invecchiamento.

Si è, inoltre, contemporaneamente provveduto a formare, mediante un incontro organizzato allo scopo, un gruppo di volontari dell'Auser Liguria, resosi disponibile a somministrare il questionario agli utenti più fragili presso i loro privati domicili.

Tra novembre e dicembre 2019, sono stati formati circa 340 studenti e 25 volontari Auser.

3.2.5. Somministrazione del test di screening

A ogni allievo formato è stato successivamente proposto di intervistare alcuni over 65 residenti nel comune di Genova, da selezionare sulla base di una serie di indicazioni specifiche loro fornite in base alle liste di campionamento dell'anagrafe comunale. Ad alcuni è stato chiesto di proporre il test di screening agli iscritti ai corsi UniTE, in occasione di lezioni programmate *ad hoc*, e ai soci Auser presso i Circoli, in occasione di attività già calendarizzate e ipotizzate ad alta partecipazione.

I questionari sono stati somministrati faccia a faccia durante un'intervista della durata di circa 30 minuti. Gli intervistatori oltre al compito di sostenere gli anziani nella compilazione del test di screening avevano quello distribuire la brochure informativa (cfr. punto 3), dedicata alla prevenzione della fragilità e della vulnerabilità, promuovendo tra i partecipanti al progetto l'adesione a corretti stili di vita e la consapevolezza rispetto ai fattori di rischio per la non-autosufficienza, il deterioramento fisico e cognitivo, la marginalità e l'esclusione sociale.

In occasione dell'attività di screening, ai rispondenti è stato spiegato che, a seguito dell'elaborazione dei dati, sulla base dei risultati ottenuti e della loro disponibilità a lasciare un recapito telefonico, ad alcuni partecipanti sarebbe stato successivamente proposto un momento di restituzione individuale per valutare l'eventuale esigenza di effettuare visite di approfondimento.

3.2.6. Raccolta dei questionari, imputazione ed analisi dei dati

Nei mesi di gennaio e febbraio 2020 sono stati raccolti 1.354 questionari compilati dagli anziani. I dati sono stati imputati dal personale del DiSFor nei mesi di marzo e aprile e successivamente analizzati.

Agli studenti che hanno consegnato i test di screening redatti dagli over 65 è stato chiesto di compilare nuovamente il questionario volto a valutare la loro percezione verso gli anziani (cfr. punto 4), allo scopo di cogliere eventuali cambiamenti negli atteggiamenti. I 240 questionari compilati dagli studenti sono stati imputati e analizzati nei mesi di marzo-aprile 2020.

3.3 L'attività di sensibilizzazione dei partecipanti rispetto ai rischi connessi alle condizioni di pre-fragilità/fragilità di salute e di marginalità sociale

La seconda fase del progetto prevedeva attività di informazione, condivisione e riflessione rispetto ai rischi connessi alle condizioni di pre-fragilità/fragilità di salute e di marginalità sociale negli over 65, nonché attività specifiche di

orientamento, rivolte ai partecipanti allo screening, a partire dalle condizioni rilevate in termini di integrazione sociale.

Tra le iniziative specificamente orientate a questa finalità, tra novembre 2019 e gennaio 2020 sono state organizzate alcune lezioni rivolte agli iscritti UniTE e alcuni incontri dedicati ai soci dei Circoli Auser, con la finalità di condividere informazioni e buone pratiche in tema di invecchiamento attivo. Ancora, nel mese di novembre 2020 è stata organizzata una lezione telematica rivolta agli iscritti UniTE sul tema della fragilità di salute degli anziani al tempo del Covid-19. In queste occasioni sono stati condivisi materiali informativi sui rischi connessi alla marginalità sociale e alle condizioni di fragilità di salute con lo scopo di motivare i presenti a compiere le azioni necessarie per perseguire il mantenimento/miglioramento del proprio stato di salute.

Il progetto prevedeva poi di attivare, a partire indicativamente da marzo 2020, uno sportello presso le sedi UniTE e Auser finalizzato a fornire un orientamento personalizzato ai partecipanti risultati socialmente vulnerabili nella fase di screening, con lo scopo di indirizzare i soggetti verso i percorsi di attivazione e inclusione sociali ritenuti più opportuni. L'emergenza sanitaria legata alla diffusione del Covid-19 ha reso impossibile attivare tali sportelli. Le azioni di ascolto e raccolta delle possibili situazioni di criticità sul piano sociale previste sono state rimodulate e promosse nell'ambito della terza ed ultima fase. L'Auser e l'UniTE hanno espresso, a questo proposito, disponibilità a predisporre per il futuro un'offerta di servizi (es. corsi di formazione, attività volte a promuovere l'invecchiamento attivo e l'*empowerment* delle capacità personali nelle fasi avanzate della vita, corsi di formazione, iniziative culturali, laboratori intergenerazionali) utili a rispondere ai bisogni specifici emersi in tema di inclusione sociale.

3.4 L'attività di orientamento specifico dedicato ai soggetti risultati pre-fragili/fragili sul piano della salute

La terza fase del progetto PRESTIGE prevedeva, da programma originale, l'attivazione di uno sportello presso il Dipartimento CUROGE dell'E.O. Ospedali Galliera finalizzato all'orientamento clinico dei soggetti rilevati come fragili o a rischio di fragilità in ambito funzionale e clinico-sanitario allo screening multidimensionale svolto durante la prima fase del progetto. Le relative attività di contatto e organizzazione degli incontri, svolte dal personale medico-sanitario dell'E.O. Ospedali Galliera, erano programmate per iniziare nel mese di marzo 2020 e concludersi a maggio 2020.

La comparsa della pandemia Covid-19 ha modificato questo piano operativo in maniera sostanziale. Le raccomandazioni istituzionali fornite a

livello nazionale durante l'emergenza Covid-19 hanno infatti imposto la sospensione dell'avvio delle attività previste ed una successiva ricalibrazione degli interventi sanitari che fossero in grado operativamente di ottemperare rigorosamente alle disposizioni sanitarie, assicurando la massima sicurezza per operatori sanitari e partecipanti. A causa della evidente impossibilità di realizzare gli incontri anche dopo la fase di lockdown, sia per la salvaguardia dei partecipanti che per il grande rischio di mancate adesioni a fronte della situazione pandemica in atto, l'équipe di ricerca ha concordato con il soggetto finanziatore una riconversione della terza fase secondo le modalità a distanza qui di seguito esposte.

Gli incontri di orientamento previsti presso l'E.O. Ospedali Galliera nell'ambito di uno sportello dedicato sono stati rimodulati come interventi telematici, supportati dalle esperienze di telemedicina che l'équipe della S.C.U.O.C. a direzione universitaria Geriatria dell'E.O. Ospedali Galliera ha implementato per la gestione dei pazienti durante i primi mesi della pandemia Covid-19.

La letteratura scientifica da diversi anni raccomanda l'utilizzo delle nuove tecnologie in ambito geriatrico quale strumento utile ed efficace per migliorare le cure e monitorare le condizioni di salute della persona assistita, favorendo l'aderenza ai piani terapeutici e di follow-up delle patologie croniche e delle disabilità. Pertanto, durante la fase di lockdown, è stato implementato e validato un programma di interventi di teleconsulto sanitario (TCS) e di telemedicina per i pazienti già in carico alla S.C.U.O.C. a direzione universitaria Geriatria dell'E.O. Ospedali Galliera.

L'intervento di TCS rivolto agli anziani coinvolti nel progetto PRESTIGE è stato quindi proposto in prima istanza ai 212 soggetti già individuati come fragili o a rischio di fragilità funzionale e clinica nel campione iniziale di soggetti intervistati durante la prima fase di screening. Successivamente, il programma di TCS è stato rivolto ad un campione di 241 soggetti rappresentativo dei soggetti non fragili o a basso rischio di fragilità. A partire dal mese di ottobre 2020 è stato pertanto organizzato l'intervento. La prima fase del programma prevedeva la rilevazione della disponibilità dei soggetti a ricevere l'intervento di TCS attraverso un contatto telefonico e/o comunicazione per posta elettronica laddove disponibile (in quanto non tutti i soggetti intervistati avevano manifestato la disponibilità a indicare un recapito telefonico e/o indirizzo di posta elettronica durante la fase di screening). Dei 453 soggetti contattati, 217 soggetti (pari al 48%) over 65 hanno accettato di partecipare all'intervento di TCS proposto ed hanno fornito esplicito consenso informato, come da normativa nazionale e regionale riguardante gli interventi di TCS e telemedicina in ambito sanitario. Il programma di TCS, standardizzato secondo le metodiche previste nell'ambito della telemedicina, è stato indirizzato ad approfondire le condizioni di salute dei partecipanti e a offrire, se necessario,

eventuali orientamenti clinici e comportamentali. Durante l'intervento telefonico o in video-chiamata, della durata media di circa 17 minuti, i soggetti avevano l'opportunità di farsi assistere da un familiare e/o *caregiver* formale. I TCS, seppur effettuati in forma telematica, hanno permesso di stabilire un contatto con gli anziani individuati, comunicare loro l'esito dello screening e verificarne lo stato di salute, anche alla luce degli effetti della pandemia. Nell'ambito del colloquio è stata inoltre offerta ai partecipanti la possibilità di valutare l'utilità percepita della partecipazione al progetto PRESTIGE.

Contemporaneamente il personale del DiSFor ha proposto ad un differente campione di 157 soggetti, caratterizzati da livelli diversi di fragilità di salute e vulnerabilità sociale, un'intervista semi-strutturata pensata come strumento di ascolto e raccolta delle possibili situazioni di criticità vissute dagli over 65 nel periodo di lockdown legato all'emergenza Covid-19. Tali interviste hanno consentito di evidenziare le percezioni individuali rispetto all'esperienza vissuta durante il lockdown, diventando uno strumento di relazione, supporto e *voice* di un gruppo sociale, quello degli anziani, particolarmente coinvolto nell'attuale emergenza.

A *latere* dell'intervento, il personale medico-sanitario del Dipartimento CUROGE dell'E.O. Galliera ha verificato sull'intero campione che ha preso parte all'attività di screening (1.354 casi totali) eventuali casi di ospedalizzazione e/o decesso legate al Covid-19.

La riorganizzazione di questa terza fase ha permesso di coniugare l'attività di ricerca e intervento, già prevista, con la possibilità di raccogliere i nuovi bisogni della popolazione anziana, emersi a seguito dell'attuale situazione di emergenza legata alla pandemia Covid-19.

3.5 Il monitoraggio e la valutazione

Allo scopo di valutare i risultati raggiunti, l'intero andamento del progetto è stato monitorato attraverso un'attività di raccolta di informazioni relative alle azioni realizzate, alle risorse impiegate e ai destinatari coinvolti nelle diverse fasi.

A conclusione degli interventi di telemedicina, il personale sanitario ha posto ai beneficiari un quesito utile a rilevare l'utilità percepita del progetto.

Anche a seguito dei colloqui realizzati con le persone anziane nella fase di lockdown (cfr. cap. 8) sono state poste alcune domande finalizzate a valutare l'utilità e l'efficacia percepita dell'intervento realizzato.

Parimenti, agli studenti che hanno svolto il ruolo di intervistatori nell'ambito della fase di screening è stato proposto un questionario atto a valutare la loro percezione verso gli anziani. Allo scopo di cogliere eventuali cambiamenti nei loro atteggiamenti a seguito della partecipazione al progetto, tale questionario è

stato compilato dagli allievi prima di cominciare il percorso formativo e nuovamente dopo aver consegnato i test di screening compilati dai senior (cfr. cap. 7).

I dati di monitoraggio e valutazione raccolti nel corso del progetto sono stati elaborati e analizzati dal personale del DiSFor con il coinvolgimento degli altri partner e sistematizzati nel capitolo 9 di questo volume.

3.6 La restituzione e la diffusione dei risultati

I dati raccolti nell'ambito del progetto PRESTIGE sono stati comunicati e diffusi, oltre che in questo volume, anche attraverso altre pubblicazioni (n. 3) e comunicazioni (n. 4) in occasione di congressi scientifici (ved. all. 1).

Inoltre, ai soggetti che durante la fase di screening sono risultati in condizioni di pre-fragilità/fragilità di salute i sanitari dell'E.O. Ospedali Galliera, nell'ambito dell'intervento di telemedicina, hanno comunicato in forma personalizzata e privata i risultati ottenuti al test, nonché fornito eventuali indicazioni circa i successivi approfondimenti ritenuti utili per monitorare lo stato di salute.

Nei capitoli che seguono saranno illustrati i risultati emersi dalle attività di raccolta e analisi dei dati realizzate nelle diverse fasi. In particolare, nel capitolo 4 saranno presentati i risultati dell'attività di screening rivolta ai 1.354 anziani che hanno aderito al progetto, nel capitolo 6 gli esiti dell'intervento di telemedicina, nel capitolo 7 i dati relativi all'esperienza di simulazione dell'invecchiamento realizzata con gli studenti universitari allo scopo di indagare il tema dell'ageismo, infine, nel capitolo 8 i risultati connessi dall'attività di analisi delle interviste raccolte durante la terza fase allo scopo di comprendere come gli over 65 hanno vissuto, tra fragilità, vulnerabilità e resilienza, l'esperienza del lockdown.

4. La relazione tra fragilità di salute e vulnerabilità sociale

Stefano Poli, Paola Giannoni, Elena Zini e Claudio Torrigiani¹

Dipartimento di Scienze della Formazione, Università di Genova

4.1 L'attività di screening

La rilevazione delle condizioni di fragilità di salute e delle situazioni di marginalità sociale rimanda, in particolare per la popolazione senior, alla multidimensionalità e all'ibridazione di molteplici fattori generativi, che associano lo stato fisico e cognitivo dell'individuo a variabili di tipo socioeconomico, interessando il reddito, gli stili di vita, le esperienze professionali e le mansioni svolte nella fase lavorativa, nonché il capitale sociale e l'isolamento delle persone. Per maggiori dettagli si rinvia a Poli, Pandolfini e Torrigiani (2020).

L'attività di screening, svolta tra la popolazione genovese, è stata organizzata a partire dalla convinzione che la fragilità di salute negli anziani non debba essere pensata come una variabile meramente biologica, ma interpretata come una condizione multidimensionale, in cui differenti domini (biologico, funzionale, psicologico e sociale) interagiscono tra loro (Hoogendijk *et al.*, 2014; Herr *et al.*, 2015; Poli *et al.*, 2016). Allo scopo di riuscire a comprendere meglio le disparità di salute proprie della terza età, è apparso importante non concettualizzare la fragilità come un mero stato di pre-disabilità, caratterizzato dalla riduzione di riserva fisiologica e capacità di recupero, ma considerare anche le molteplici determinanti sociali. In particolare, si è scelto di esplorare alcuni domini (es. vulnerabilità sociale, solitudine, agency) che in diversi studi presenti nella letteratura dell'ultimo decennio (Brigola *et al.*, 2019; van der Linden *et al.*, 2020; Zimmer *et al.*, 2016; Smith e Victor, 2019;

¹ Il presente capitolo è frutto di una riflessione comune tra gli autori. Ai fini delle attribuzioni individuali, Paola Giannoni ha redatto il paragrafo 4.1, Claudio Torrigiani il paragrafo 4.2, Elena Zini il paragrafo 4.3 e Stefano Poli il paragrafo 4.4.

Juang *et al.*, 2018; Ten Bruggencate *et al.*, 2019) appaiono utili a comprendere le dimensioni sociali alla base della fragilità.

Di seguito verrà delineata l'attività di screening proposta nell'ambito del progetto PRESTIGE, mettendo in particolare evidenza le caratteristiche del campione coinvolto e gli strumenti utilizzati, nonché i risultati emersi a seguito dell'analisi dei dati.

4.2 Descrizione del campione

L'attività di screening è stata condotta nell'ambito del comune di Genova tra novembre 2019 e febbraio 2020 ed ha raggiunto un campione finale di 1.354 anziani. Il campione è stato estratto da una popolazione di 166.151 residenti di età pari o superiore a 65 anni (al 1° gennaio 2017), distribuiti su un piano fattoriale per genere e due classi di età (65-74 anni e 75 anni di età e oltre), scelti casualmente e contattati da studenti universitari e volontari Auser appositamente formati. Il progetto prevedeva di coinvolgere un campione di anziani più elevato, ma, a causa delle misure di contenimento imposte dall'emergenza Covid-19, la raccolta dati è stata repentinamente interrotta a febbraio 2020. Per tale ragione il piano fattoriale non si distribuisce equamente per genere e classi di età (gli anziani aventi più di 75 anni e le donne sono leggermente sovra-rappresentati). Tuttavia, l'effettiva dimensione del campione corrisponde adeguatamente a una numerosità statistica accettabile e la classe di età più anziana sovra-rappresentata si presta adeguatamente per descrivere i profili clinici fragili.

Più nel dettaglio, circa il 60% del campione è di origine genovese. In particolare, il 59,3% dei partecipanti allo screening ha dichiarato di essere nato a Genova, il 15,4% in altro comune del nord Italia, il 3% nel centro Italia, l'11,5% nel sud Italia, il 7,7% nelle regioni insulari ed infine il 3,1% all'estero (Tab. 9).

Per quanto riguarda, invece, il territorio di residenza, la maggior parte del campione risulta abitare nel Levante cittadino (17%), seguito da chi vive in Bassa Val Bisagno (13,3%), nel Centro Ovest (12,6%), nel Centro Est (12,3%), nel Medio Levante (10,5%) e in Val Polcevera (10%). Una parte più ridotta del campione ha dichiarato, invece, di essere residente nel Medio Ponente (9,3%), nel Ponente (9,1%) e nella Media Val Bisagno (6%) (Tab. 10).

La maggior parte del campione si dichiara in pensione (1097 soggetti, pari all'81% del campione), mentre solo 107 persone (ovvero il 7,9%) svolgono ancora un'attività lavorativa (Tab. 11). L'11,1% del campione (pari a 150 senior) è composto da casalinghe.

Tabella 9: Distribuzione del campione (N=1354) per luogo di nascita

Luogo di nascita:	Percentuali
Genova	59,3
Nord Italia	15,4
Centro Italia	3
Sud Italia	11,5
Regioni insulari	7,7
Estero	3,1
Campione totale	100

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Tabella 10: Distribuzione del campione (N=1354) per Municipio di residenza

Municipio di residenza:	Percentuali
I - Genova Centro Est	12,3
II - Genova Centro Ovest	12,6
III - Genova Bassa Val Bisagno	13,3
IV - Genova Media Val Bisagno	6
V - Genova Val Polcevera	10
VI - Genova Medio Ponente	9,3
VII - Genova Ponente	9,1
VIII - Genova Medio Levante	10,5
IX – Genova Levante	17
Campione totale	100

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Tabella 11: Distribuzione del campione (N=1354) per condizione occupazionale

Condizione occupazionale:	Percentuali
Occupati	7,9
In pensione	81
Casalinghe	11,1
Campione totale	100

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

4.3 Risultati

Il test di screening proposto ai partecipanti al progetto PRESTIGE ha permesso di indagare quattro domini che svolgono un ruolo chiave nel determinare le condizioni di benessere bio-psico-sociale dei senior: quello funzionale, quello della vulnerabilità sociale, quello della solitudine e, infine, quello dell'agency. Ciascuno di questi domini è stato successivamente studiato in relazione ai livelli di fragilità di salute rilevati nei rispondenti. Di seguito verranno delineati i quattro domini appena citati, mettendone in evidenza i fattori che li compongono, gli strumenti utilizzati per indagarli e i principali risultati emersi a seguito dell'analisi dei dati.

Il dominio funzionale si riferisce alle caratteristiche fisiche e alle condizioni di salute e comprende il genere, l'età e la presenza di deficit (Tab. 12).

Il genere è stato preso in considerazione a partire dalla consapevolezza di una maggiore incidenza nella popolazione fragile delle donne anziane con malattie croniche (Caroli e Weber-Baghdiguian, 2016). Il 55,8% del campione di ricerca è costituito da femmine, mentre il 44,2% da maschi.

L'età è stata considerata dividendo il campione in due sottogruppi. Il primo, quello dei senior di età compresa tra i 65 e i 74 anni, è costituito dal 40,4% dei partecipanti al progetto. Esso fa riferimento a profili più giovani, appartenenti alla prima coorte dei Baby Boomer. Questi anziani sono nati immediatamente dopo la Seconda guerra mondiale e appaiono generalmente più sani, più istruiti e in condizioni socioeconomiche adeguate. Il secondo gruppo, che comprende i senior over 75 anni, rappresenta, invece, il 59,6% del campione. Esso fa riferimento ai soggetti più vecchi, tipicamente appartenenti alla generazione Silente. Questi anziani sono nati prima della fine dell'ultimo conflitto mondiale e hanno trascorso la giovinezza nelle difficoltà della ricostruzione. Appaiono generalmente meno istruiti e di status sociale inferiore rispetto ai Baby Boomers.

Il grado di disabilità è stato, infine, misurato valutando l'indipendenza funzionale sia in termini di attività della vita quotidiana (ADL), quali, ad esempio, alimentarsi, farsi il bagno e vestirsi, sia di attività quotidiane strumentali (IADL), come usare il telefono, assumere farmaci e pulire la casa. Nel campione, si sono rilevate alterazioni nelle ADL nel 19,4% dei casi e alterazioni nelle IADL nel 99% dei rispondenti.

Il dominio della vulnerabilità sociale comprende il livello di istruzione, le condizioni socioeconomiche, la vittimizzazione, intesa come la possibilità di aver subito attacchi e forme di discriminazione, e la vulnerabilità (Tab. 13).

Il livello di istruzione è stato valutato classificando i titoli di studio riportati in base alla International Standard Classification of Education (ISCED),

Tabella 12: Fattori nel dominio funzionale

	Frequenze	Percentuali
Genere:		
Maschi	598	44,2
Femmine	756	55,8
Campione totale	1354	100
Età:		
65-74 anni	547	40,4
75 anni e più	807	59,6
Campione totale	1354	100
Presenza di ADL deficit:		
Si	262	19,4
No	1092	80,6
Campione totale	1354	100
Presenza di IADL deficit:		
Si	1340	99,0
No	14	1,0
Campione totale	1354	100

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

successivamente ricodificata in Nessun titolo/Scuola obbligatoria (ISCED 0-2), Avviamento/diploma (ISCED 3-4) e Laurea/Dottorato di ricerca (ISCED 5-8). A riferire di non avere un titolo di studio o di aver frequentato la scuola dell'obbligo è il 56% del campione, ad affermare di aver ottenuto la licenza di avviamento professionale o il diploma di scuola superiore è il 32% degli intervistati e, infine, ad aver conseguito la laurea o il dottorato di ricerca è il 12% dei partecipanti.

Le difficoltà economiche sono state misurate su una scala che presentava le seguenti possibilità di risposta: «1 - fa fatica ad arrivare alla fine del mese», «2 - spende tutto ciò che guadagna e attinge ai risparmi», «3 - spende tutto ciò che guadagna», «4 - riesce a risparmiare», «5 - riesce a risparmiare e investire qualcosa» (vedi Cesareo, 2007). Successivamente le difficoltà economiche riferite dagli intervistati sono state ricodificate in «nessuna» (le precedenti modalità 4 e 5), «un po'» (3) e «grave» (1 e 2). Il 62,7% delle persone coinvolte nello screening ha affermato di non avere nessuna difficoltà economica, il 19% di averne un po' e il 18,3% di averne di gravi.

Facendo riferimento a un precedente lavoro (Poli, 2012), il concetto di vittimizzazione è stato diviso in due dimensioni, evidenziando possibili aggressioni e discriminazioni subite dagli intervistati. Più nel dettaglio, ai senior è stato chiesto se negli ultimi cinque anni sono stati vittime di furto o rapina, truffe, aggressioni fisiche, usura o se si sono sentiti discriminati sulla base dell'età, del sesso, delle condizioni economiche, del livello di istruzione, delle condizioni di salute, delle opinioni politiche, dell'orientamento sessuale, dell'orientamento religioso, delle origini o di altri motivi (segnalati in domanda aperta e successivamente ricodificati). A ogni possibile atto di aggressione o discriminazione subito è stato attribuito un punteggio di 1. La somma finale dei punteggi per ciascun individuo è stata successivamente divisa per il numero di voci complessive (14), ottenendo un indice con un intervallo teorico di 0-1, successivamente ricodificato in terzili per ottenere un rischio di vittimizzazione basso-medio-alto. Ad evidenziare un rischio di vittimizzazione basso è stato il 74,4% del campione, a mostrare un rischio medio è stato il 19,4% dei soggetti, mentre a presentare un rischio alto è stato il 6,2% dei senior.

Infine, è stato adottato un indice di vulnerabilità sociale (SVI), che offre una rappresentazione dei fattori che descrivono le circostanze sociali in cui l'individuo è inserito (ad esempio, le condizioni di vita, i livelli di sostegno ricevuto, l'impegno sociale, il tempo libero, il senso di *empowerment* e di controllo sulla vita, lo status socio-economico) e definiscono i principali aspetti dell'esposizione sociale (Andrew *et al.*, 2008). L'indice di vulnerabilità sociale è stato calcolato come una proporzione del numero totale di item relativi ai deficit, dividendo la somma dei punteggi dei deficit per il numero dei deficit considerati, ottenendo un indice con un intervallo teorico di 0-1, successivamente ricodificato in terzili, al fine di classificare i rispondenti in livelli di vulnerabilità sociale più basso della media, nella media, più alto della media. Le analisi hanno permesso di evidenziare nell'ambito del campione come il 41,3% dei senior presentino un livello di vulnerabilità sociale più basso della media, il 31% un livello nella media e il 27,7% un livello superiore alla media.

La dimensione della solitudine (Tab. 14), principale fattore di stress psicosociale nella popolazione anziana, è stata osservata secondo diverse prospettive. Inizialmente sono state analizzate le forme di vita familiare prendendo in considerazione lo stato civile, il numero e la tipologia dei conviventi.

Per quanto riguarda lo stato civile il 57,7% del campione è risultato coniugato o convivente, il 30,4% vedovo, il 7,2% separato o divorziato e il 4,7% single.

Ad affermare di vivere da solo è il 32% dei rispondenti, a fronte del 53,2% che vive con un'altra persona e del 14,8% che condivide la propria abitazione con due o più individui.

Tabella 13: Fattori nel dominio della vulnerabilità sociale

	Frequenze	Percentuali
Livello di istruzione:		
Nessuno/Scuola dell'obbligo	764	56,0
Avviamento /diploma	427	32,0
Laurea/PhD	163	12,0
Campione totale	1354	100
Difficoltà economiche:		
Nessuna	849	62,7
Un po'	257	19,0
Gravi	248	18,3
Campione totale	1354	100
Livello di vulnerabilità sociale (SVI index):		
Più basso	559	41,3
Nella media	420	31,0
Più alto	375	27,7
Campione totale	1354	100
Livello di vittimizzazione:		
Basso	1008	74,4
Medio	262	19,4
Alto	84	6,2
Campione totale	1354	100

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Successivamente, sono state codificate le diverse forme di convivenza a partire dalla proposta di Laslett del 1972 (solitaria, nucleare, estesa, multipla e non strutturata), aggiungendo la voce «altre forme di convivenza» per riferirsi alla situazione degli intervistati che hanno indicato di vivere in residenze sanitarie assistenziali. A questo proposito il 31,5% del campione ha affermato di vivere da solo, il 47,7% con il proprio coniuge/convivente, il 10,6% con il coniuge/convivente e i figli, il 4,6% con i propri figli, il 2,3% con il coniuge/partner, con o senza figli, e altri parenti oppure con i propri figli e altri parenti, l'1,8% con altri parenti ed infine l'1,5% vive in una residenza sanitaria assistenziale.

Inoltre, per valutare l'isolamento, sono state adottate due scale: la Social Disconnectedness Scale (SDS) e la Perceived Isolation Scale (PIS), validate

da Cornwell e Waite (2009). Secondo gli autori, la disconnessione sociale può essere definita da una mancanza di contatto con gli altri, da una rete ridotta e limitata, da uno scarso coinvolgimento e supporto sociale percepito a causa di relazioni limitate all'interno e all'esterno della famiglia sia in termini di frequenza che di qualità. Mediante il test di screening, il 18,4% del campione ha riportato un livello di disconnessione sociale inferiore alla media, il 66,2% un livello nella media e il 15,4% un livello più alto. L'isolamento percepito si riferisce, invece, ai sentimenti di solitudine, isolamento ed esclusione sperimentati in assenza di amici e parenti. Entrambi i punteggi della scala sono stati calcolati per ciascun rispondente standardizzando gli item (in modo che $M=0$ e $SD=1$) e dividendo la somma dei valori standardizzati per il numero totale di elementi. I punteggi su ciascuna scala possono, quindi, essere interpretati come una variabile standardizzata. Un punteggio pari a 0 indica che il rispondente ha fornito una risposta nella media per ciascuno degli elementi inclusi. I punteggi positivi indicano un isolamento superiore alla media, mentre i punteggi negativi indicano un isolamento inferiore alla media (per maggiori dettagli, si rimanda a Cornwell e Waite, 2009). Le analisi svolte hanno evidenziato come il 10,6% dei rispondenti mostri un livello di isolamento percepito inferiore alla media, il 72% un livello nella media e il 17,2% un isolamento superiore alla media.

Infine, è stato definito un insieme di variabili nel dominio dell'agency, con l'obiettivo di valutare la capacità individuale delle persone anziane di agire da sole, facendo scelte autonome ed interagendo attivamente con il contesto sociale. A tal fine, sono state adottate alcune variabili a partire da un precedente lavoro (Poli e Pandolfini, 2016) (Tab. 15).

La prima di tali variabili è la soddisfazione generale per i servizi presenti nel quartiere di residenza. In particolare, ai rispondenti è stato chiesto di riflettere sul gradimento rispetto agli spazi verdi, alle attività ricreative e culturali, alle attività commerciali, ai trasporti, all'assistenza sociale e sanitaria e alla sicurezza. Il 36,2% del campione ha riportato un livello di soddisfazione più basso della media, il 30,4% un livello nella media e il 33,2% un livello superiore alla media.

La seconda variabile considerata è il livello di fruizione culturale, espresso mediante la tendenza a tenersi informati, a praticare attività culturali e hobby e a viaggiare. In questo caso, nel 36,4% dei rispondenti si sono osservati livelli di fruizione culturale inferiori alla media, nel 19,1% livelli nella media e nel 44,5% livelli superiori alla media.

La terza variabile riguarda l'attivazione sociale, espressa come propensione e disponibilità a svolgere attività socialmente utili (come offrire esperienze professionali, sociali e culturali ad altri), collaborare con organizzazioni e associazioni, svolgere attività di volontariato e attività di assistenza (come la promozione o la cura). Il 30,8% del campione riporta un livello di attivazione sociale inferiore alla media, il 37,4% un livello nella media e il 31,8% un livello superiore alla media.

Tabella 14: Fattori nel dominio della solitudine

	Frequenze	Percentuali
Stato civile:		
Single	64	4,7
Sposato/Convivente	781	57,7
Divorziato/Separato	97	7,2
Vedovo	412	30,4
Campione totale	1354	100
Numero di persone conviventi:		
Rispondente vive solo	433	32,0
Rispondente vive con 1 persona	720	53,2
Rispondente vive con 2 o più persone.	201	14,8
Campione totale	1354	100
Tipologia familiare:		
Solitario	426	31,5
Famiglia nucleare	646	47,7
Famiglia nucleare con figli	144	10,6
Rispondenti con figli	62	4,6
Famiglia estesa/multipla	31	2,3
Famiglia senza struttura	24	1,8
Altre forme di convivenza	21	1,5
Campione totale	1354	100
Livello di disconnessione sociale:		
Più basso	249	18,4
Nella media	897	66,2
Più alto	208	15,4
Campione totale	1354	100
Livello di isolamento percepito:		
Più basso	144	10,6
Nella media	975	72,0
Più alto	233	17,2
Campione totale	1354	100

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

La quarta variabile evidenzia la frequenza con cui i senior affermano di fare sport. Nel dettaglio, il 54,1% del campione indica di non svolgere mai attività fisica, il 22,9% di farlo qualche volta e il 23% regolarmente.

Infine, l'ultima variabile è la fruizione tecnologica, espressa come utilizzo di dispositivi mobili, PC, Internet, carte di debito e di credito e sistemi di pagamento online. Il 39,4% afferma di utilizzare fino ad un massimo di 2 di questi strumenti, il 31,1% di adoperarne 3 o 4, infine il 29,5% di servirsi di 5 o più dispositivi.

Il rischio di mortalità legato alla fragilità è stato valutato mediante il Self-Administered Multidimensional Prognostic Index (SELFY-MPI, Pilotto *et al.*, 2019), una scala che considera otto domini:

1. lo stato funzionale, misurato mediante l'indice di Barthel (ADL) che valuta la capacità del soggetto di alimentarsi, fare il bagno/la doccia, gestire l'igiene personale, vestirsi, controllare la minzione e la defecazione, usare i servizi igienici (Mahoney e Barthel, 1965);
2. la mobilità, valutata sempre attraverso l'indice di Barthel (ADL) che evidenzia la capacità della persona di trasferirsi dal letto alla poltrona o alla sedia a rotelle e viceversa, camminare in piano e salire le scale (Mahoney e Barthel, 1965);
3. il livello di autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana, valutato mediante la scala IADL di Lawton che misura la capacità del soggetto di usare il telefono, fare acquisti, cucinare, pulire la casa, fare il bucato, spostarsi, gestire i farmaci e le finanze (Lawton e Brody, 1969);
4. lo stato cognitivo, misurato attraverso il test di screening autosomministrabile Test Your Memory (TYM) che valuta differenti domini quali, ad esempio, la conoscenza semantica, la capacità di calcolo, l'abilità visuo-spaziale e la memoria (Brown *et al.*, 2009);
5. lo stato nutrizionale, misurato con il Mini-Nutritional Assessment Short Form (test MNA-SF) che valuta l'indice di massa corporea, la perdita di peso, la riduzione dell'assunzione di cibo, la mobilità, la presenza di problemi neuropsicologici e/o di recenti episodi di stress psicologico (Donini *et al.*, 2018);
6. il numero di farmaci assunti regolarmente ogni giorno;
7. le condizioni di comorbidità, osservando il numero di malattie croniche mediante la Comorbidity Index Rating Scale (CIRS) (Linn *et al.*, 1968);
8. le condizioni familiari attraverso la scala di valutazione socio-familiare (SFES) (Garcia Gonzalez *et al.*, 1999).

La somma dei punteggi calcolati negli otto domini permette di ottenere un indice di rischio complessivo al SELFY-MPI compreso tra 0,00 (rischio di mortalità minimo) e 1,00 (rischio massimo di mortalità). Più precisamente,

Tabella 15: Fattori nel dominio dell'agency

	Frequenze	Percentuali
Qualità dei servizi di quartiere:		
Più bassa	490	36,2
Nella media	412	30,4
Più alta	450	33,2
Campione totale	1354	100
Livello di fruizione culturale:		
Più basso	493	36,4
Nella media	259	19,1
Più alto	602	44,5
Campione totale	1354	100
Livello di attivazione sociale:		
Più basso	417	30,8
Nella media	507	37,4
Più alto	430	31,8
Campione totale	1354	100
Frequenza dell'attività fisica:		
Mai	733	54,1
Qualche volta	310	22,9
Regolarmente	311	23,0
Campione totale	1354	100
Livello di accesso alle tecnologie		
Più basso (0-2 strumenti)	533	39,4
Nella media (3-4 strumenti)	421	31,1
Più alto (5 o più strumenti)	400	29,5
Campione totale	1354	100%

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

un valore compreso tra 0,00 e 0,33 è stato considerato indice di un rischio prognostico di mortalità basso, un valore compreso tra 0,34 e 0,66 indice di un rischio prognostico moderato, infine un valore compreso tra 0,67 e 1,00 indice di un rischio prognostico grave.

Complessivamente, come si osserva nella Tabella 16, l'84,3% del campione ha riportato un rischio basso di mortalità legato a condizioni di fragilità misurate attraverso il S-MPI, il 9,5% ha evidenziato un rischio moderato e il 6,1% un rischio più elevato.

Nell'ambito dello studio qui proposto sono state esplorate le associazioni tra le condizioni di fragilità e i fattori sociali, declinati nei quattro domini sopra descritti, attraverso l'analisi bivariata, valutando la significatività dei valori di p mediante il chi-quadrato di Pearson.

Considerando il dominio funzionale (Tab. 16), un rischio più elevato di mortalità è risultato associato in modo statisticamente significativo al genere femminile, all'età avanzata, ma soprattutto alle condizioni di salute. Più nel dettaglio, è l'8,1% delle donne a fronte del 3,7% degli uomini a presentare un rischio alto. Allo stesso modo, è il 9,3% degli over 75, a fronte dell'1,5% degli intervistati di età compresa tra i 65 e i 74 anni ad evidenziare un rischio elevato. Ancora, in presenza di alterazioni nell'ADL, il 24,8% degli intervistati ha mostrato un rischio elevato di mortalità, a fronte dell'1,6% delle persone che non presentano alterazioni.

Tabella 16: Fattori nel dominio funzionale per rischio di mortalità legato a condizioni di fragilità

	Casi	Rischio di mortalità SELFY-MPI			χ^2 test p-value
		Basso	Moderato	Alto	
Campione totale	1354	84,3	9,5	6,1	-
Genere:					0,001
Maschi	598	87,8	8,5	3,7	
Femmine	756	81,6	10,3	8,1	
Età:					0,000
65-74 anni	547	95,8	2,7	1,5	
75 anni e più	807	76,6	14,1	9,3	
Presenza di ADL deficit:					0,000
Si	262	53,8	21,4	24,8	
No	1092	91,7	6,7	1,6	
Presenza di IADL deficit:					0,000
Si	1340	85,2	9,4	5,4	
No	14	0,0	21,4	78,6	

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Osservando il dominio della vulnerabilità sociale (Tab. 17), i rischi maggiori di mortalità sono risultati associati in modo statisticamente significativo ad un livello di istruzione inferiore (un rischio elevato è stato evidenziato nell'8,2% delle persone che hanno dichiarato di possedere un titolo di studio rilasciato dalla scuola dell'obbligo, a fronte dell'1,8% di chi ha conseguito una laurea o un dottorato di ricerca), alle difficoltà economiche (dove un rischio elevato di mortalità è stato riconosciuto nel 10,1% di coloro che hanno dichiarato difficoltà economiche gravi, a fronte del 3,7% di chi ha affermato di non averne). Rischi elevati di mortalità sono stati, inoltre, osservati nel 18,4% degli intervistati che mostravano un livello più alto rispetto alla media di vulnerabilità sociale (a fronte del 0,4% di coloro che evidenziavano un livello inferiore alla media), nonché tra il 15,5% di coloro che riferivano di essere stati aggrediti o discriminati più della media (a fronte del 5,9% di coloro che affermava di esserlo stato meno della media).

Tabella 17: Fattori nel dominio della vulnerabilità sociale per rischio di mortalità legato a condizioni di fragilità

	Casi	Rischio di mortalità SELFY-MPI			χ^2 test p-value
		Basso	Moderato	Alto	
Campione totale	1354	84,3	9,5	6,1	-
Livello di istruzione:					0,000
Nessuno/Scuola dell'obbligo	764	79,1	12,7	8,2	
Avviamento /diploma	427	89,9	6,1	4,0	
Laurea/PhD	163	95,4	3,7	1,8	
Difficoltà economiche:					0,000
Nessuna	849	89,3	7,1	3,7	
Un po'	257	79,4	10,1	10,5	
Gravi	248	72,6	17,3	10,1	
Livello di vulnerabilità sociale:					0,000
Più basso	559	96,8	2,9	0,4	
Nella media	420	87,6	9,5	2,9	
Più alto	375	62,1	19,5	18,4	
Livello di vittimizzazione:					0,000
Basso	1008	86,5	7,6	5,9	
Medio	262	82,8	13,0	4,2	
Alto	84	63,1	21,4	15,5	

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Tabella 18: Fattori nel dominio della solitudine per rischio di mortalità legato a condizioni di fragilità

	Casi	Rischio di mortalità SELFY-MPI			χ^2 test p-value
		Basso	Moderato	Alto	
Campione totale	1354	84,3	9,5	6,1	-
Stato civile:					0,000
Single	64	87,5	7,8	4,7	
Sposato/Convivente	781	92,4	5,2	5,2	
Divorziato/Separato	97	86,6	8,2	2,2	
Vedovo	412	68,0	18,2	13,8	
Numero di persone conviventi:					0,000
Rispondente vive solo	433	69,3	18,0	12,7	
Rispondente vive con 1 persona	720	93,1	5,7	3,2	
Rispondente vive con 2 o più persone	201	92,5	5,0	2,5	
Tipologia familiare:					0,000
Solitario	426	69,5	18,3	12,2	
Famiglia nucleare	646	92,7	5,3	2,0	
Famiglia nucleare con figli	144	95,1	3,5	1,4	
Rispondenti con figli	62	87,1	9,7	3,2	
Famiglia estesa/multipla	31	90,3	3,2	6,5	
Famiglia senza struttura	24	79,2	12,5	8,3	
Altre forme di convivenza	21	42,9	9,5	47,6	
Livello di disconnessione sociale:					0,000
Più basso	249	65,5	18,9	15,7	
Nella media	897	86,5	8,7	4,8	
Più alto	208	97,6	1,9	0,5	
Livello di isolamento percepito:					0,000
Più basso	144	84,0	7,6	8,3	
Nella media	975	87,7	8,5	3,8	
Più alto	233	70,4	15,0	14,6	

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Nella dimensione della solitudine (Tab. 18), il rischio più alto di mortalità è stato riportato tra i vedovi (13,8%), tra coloro che risiedono da soli (12,7%) e tra coloro che vivono in una residenza sanitaria assistenziale (47,6%). I livelli osservati di disconnessione sociale sono risultati, come prevedibile, inversamente associati a un maggiore rischio di mortalità, a causa del fatto che la maggior parte delle persone in condizioni di fragilità di salute è in qualche forma curata o seguita da parenti, secondo un modello di welfare tipicamente italiano, basato sulla famiglia.

Al contrario, un rischio più elevato di mortalità è risultato associato a livelli di isolamento percepito superiori alla media, spesso osservabili nelle residenze sanitarie assistenziali. In particolare, è il 14,6% delle persone con livelli di isolamento sociale più elevato della media a mostrare un alto rischio di mortalità a fronte dell'8,3% dei soggetti che evidenziano un livello di isolamento percepito più basso della media.

Infine, nel dominio dell'agency (Tab. 19), i maggiori rischi di mortalità legati alle condizioni di fragilità sono risultati associati ad una minore soddisfazione per la qualità dei servizi nel vicinato (7,3%), ad un livello più basso di fruizione culturale (13,8%), a livelli inferiori di attivazione sociale (15,1%), alla mancata pratica di attività fisica (10,4%) e a uno scarso accesso alle nuove tecnologie (11,8%).

4.4 Conclusioni

Lo studio qui presentato fornisce evidenze del forte potenziale predittivo di diversi aspetti sociali, quali fattori generativi della fragilità e del relativo rischio di mortalità.

Le analisi condotte evidenziano, infatti, le associazioni rilevabili tra molteplici fattori sociali, come il genere, l'età anagrafica, la vulnerabilità sociale, l'isolamento percepito, la qualità percepita dei servizi, i livelli di attivazione sociale e il rischio di mortalità legato alla fragilità di salute.

Analizzando i risultati della ricerca, emerge che il contesto di vita e la rete di relazioni in cui i senior sono inseriti sembrano svolgere un ruolo chiave nel determinare le differenze nello stato di salute individuale, reprimendo e immobilizzando i profili più fragili, nonché la capacità di muoversi, interagire e modificare le possibilità di sopravvivenza in base a modelli di invecchiamento di successo.

In effetti, in un mondo globalizzato e caratterizzato da iper-mobilità, le persone anziane fragili sono quelle che maggiormente perdono opportunità a causa dei loro limiti fisici, delle perdite funzionali e del declino dello status sociale. Esse subiscono, infatti, forme di segregazione e di esclusione sociale, vedendo limitata la loro mobilità materiale e simbolica.

Tabella 19: Fattori nel dominio dell'agency per rischio di mortalità legato a condizioni di fragilità

		Rischio di mortalità SELFY-MPI			
	Casi	Basso	Moderato	Alto	χ^2 test p-value
Campione totale	1354	84,3	9,5	6,1	-
Qualità dei servizi nel quartiere:					
Più bassa	490	80,0	12,7	7,3	0,013
Nella media	412	85,4	9,0	5,6	
Più alta	450	88,0	6,7	5,3	
Livello di fruizione culturale:					
Più basso	493	70,0	16,2	13,8	0,000
Nella media	259	87,3	10,0	2,7	
Più alto	602	94,9	3,8	1,3	
Livello di attivazione sociale:					
Più basso	417	69,1	15,8	15,1	0,000
Nella media	507	90,5	7,7	1,8	
Più alto	430	91,9	5,6	2,6	
Frequenza dell'attività fisica:					
Mai	733	75,9	13,8	10,4	0,000
Qualche volta	310	93,9	4,8	1,3	
Regolarmente	311	94,9	4,2	1,0	
Livello di accesso alle tecnologie:					
Più basso (0-2 strumenti)	533	74,1	14,1	11,8	0,000
Nella media (3-4 strumenti)	421	87,2	8,8	4,0	
Più alto (5 o più strumenti)	400	95,0	4,3	0,8	

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

In questo senso, l'associazione dei fattori sociali con rischi più elevati di mortalità rivela il peggioramento delle condizioni di salute, sia come causa sia come conseguenza di una debolezza sociale generalizzata, associata ai profili di anziano fragile (Kelley-Moore, 2013). Le disconnessioni sociali, le reti di relazione limitate, ma anche i livelli più elevati di discriminazione subita (che non raramente includono anche l'aggressione fisica), attestano le principali peculiarità strutturali tipiche di una vecchietta che la società concepisce, silenziosamente, come una forma essenzialmente accettabile di retrocessione ed emarginazione. Ciò è di conseguenza correlato all'isolamento percepito: uno stato cognitivo di sofferenza tipicamente osservabile nella cornice delle residenze sanitarie assistenziali, in cui la solitudine governa la standardizzazione alienante della routine quotidiana degli anziani fragili e non autonomi istituzionalizzati.

Tutti questi fattori risultano associati a maggiori rischi di mortalità legati alle condizioni di fragilità.

Al contrario, la possibilità di migliorare l'agency costituisce uno dei principali fattori protettivi, permettendo agli anziani l'espressione di sé attraverso attività di utilità collettiva al fine di esplicitare un talento sociale.

Ancora una volta, i risultati confermano come l'invecchiamento rappresenti la cristallizzazione delle disuguaglianze sociali. In effetti, secondo un modello di chiusura sociale, i profili più fragili appaiono disfunzionali rispetto agli interessi dei gruppi sociali dominanti e l'istituzionalizzazione, in attesa della loro scomparsa, rimane la migliore soluzione economica. Allo stesso tempo, si evidenzia il senso di solitudine derivante dai modelli di invecchiamento a domicilio e dalla disconnessione sociale in un mondo globalizzato caratterizzato, al contrario, da iper-mobilità e interconnessione.

La chiamata dell'invecchiamento attivo alle armi attraverso il volontariato, l'impegno civico e le diverse forme di difesa dei cittadini più anziani, oltre alla sua utilità implicita, spesso si concentra sull'obiettivo economico di prevenire il sorgere precoce di condizioni di fragilità in una popolazione sempre più anziana. Pertanto, tali attività rappresentano un'opportunità principalmente per i profili di anziani più giovani, in buone condizioni generali o, almeno, per la minoranza più sana della popolazione anziana. Al contrario, è molto più difficile (anche perché considerato economicamente inefficiente) consentire alle persone anziane fragili, almeno quelle in condizioni cognitive adeguate, di essere coinvolte attivamente e ciò diventa quasi impossibile quando la fragilità è associata alla povertà e a titoli di istruzione inferiori.

In questa prospettiva, le disuguaglianze sociali diventano imm modificabili e cristallizzate a fronte del declino della salute nelle fasi tardive della vita, in cui la riduzione dei livelli di agency individuale compromette la possibilità di cambiamento e le opportunità di mobilità sociale, contribuendo a determinare la chiusura sociale.

5. La Valutazione Multidimensionale e la Fragilità dell'anziano

Alberto Pilotto, Rosetta Femia, Federica Gandolfo, Sara Garaboldi, Francesca Tricerri e Alberto Cella

*Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatría e Riabilitazione,
E.O. Ospedali Galliera, Genova*

5.1 Definizione

La Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD) è un processo diagnostico clinico, usualmente interdisciplinare, che ha lo scopo di determinare lo stato di salute e le caratteristiche funzionali, psicologiche, biologiche e sociali della persona anziana al fine di sviluppare il programma di cure e pianificare un eventuale follow-up clinico a breve e lungo termine. Grazie alla sua capacità di esplorare le diverse dimensioni (o domini) di salute, la VMD è attualmente considerata lo strumento di riferimento per definire il profilo clinico, il rischio patologico e le potenzialità residue della persona anziana che sono essenziali per definire il piano di cura personalizzato e facilitare le decisioni cliniche nel singolo individuo. La VMD differisce dalla valutazione clinica tradizionale in quanto: 1) si focalizza sui problemi complessi della persona anziana, dando rilievo allo stato funzionale, cognitivo e alla qualità di vita della persona in relazione allo stato di malattia e/o comorbidità; 2) impiega metodologicamente un approccio interdisciplinare attraverso l'intervento di differenti professionisti quali medico (usualmente specialista in geriatria), infermiere, psicologo, assistente sociale (la cosiddetta Unità di VMD o UVG); 3) utilizza operativamente strumenti o scale di valutazione caratterizzati da proprietà 'clinimetriche', cioè che permettono di definire in maniera standardizzata e numerica le caratteristiche sanitarie cliniche e funzionali della persona anziana.

Per sua natura la VMD è un intervento diagnostico ma anche di cura, in quanto garantisce che i problemi identificati nei diversi domini (clinici, funzionali, biologici e psico-sociali), vengano poi trattati e gestiti in maniera integrata dal team multidisciplinare della UVG. Naturalmente la VMD può variare di intensità nei diversi contesti clinici: da forme di VMD di screening,

per esempio svolte in ambito di popolazione generale o a livello di medicina generale per identificare le persone più fragili, sino a forme di VMD più complessa e articolata condotta in strutture specialistiche di medicina geriatrica ambulatoriale (ad esempio nei centri per lo studio del decadimento cognitivo-CDCD o di prevenzione e cura delle malattie croniche dell'anziano), residenziale (Residenze Sanitarie Assistenziali o RSA), nei servizi di cure domiciliari, o in ambito ospedaliero (Unità Operative di Geriatria per acuti e/o post-acuti e Day Hospital Geriatrico) (Pilotto e Panza, 2017).

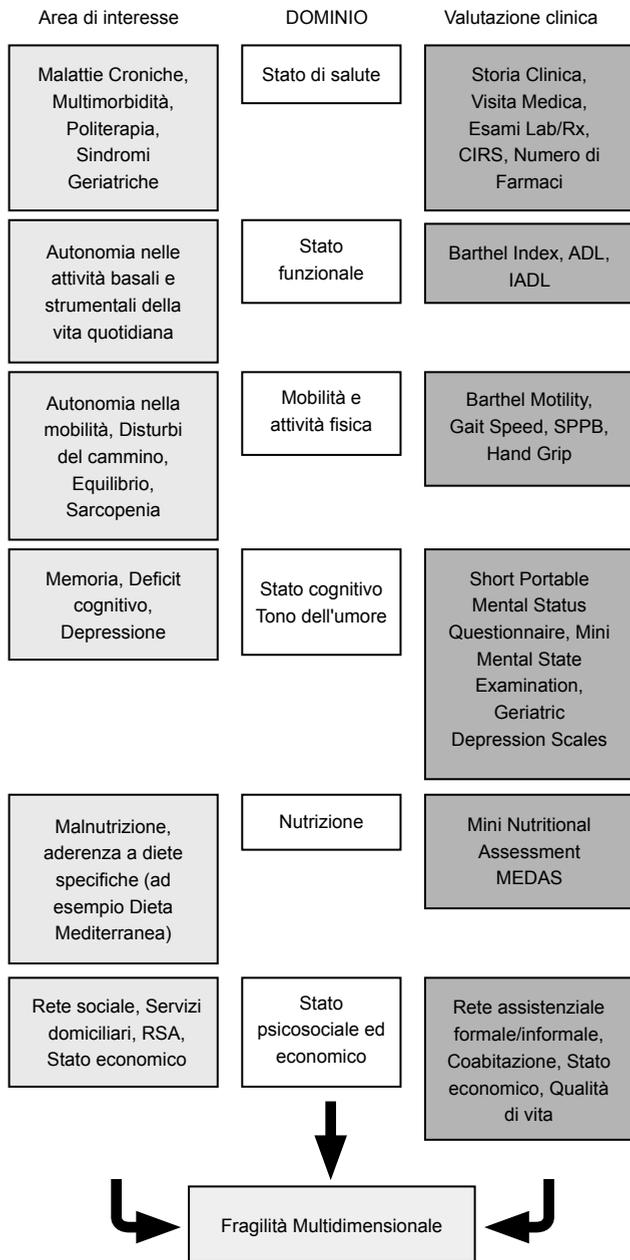
5.2 Le dimensioni (o domini) della VMD

Le componenti principali dei diversi modelli di VMD includono la valutazione integrata multidisciplinare e la programmazione del piano di intervento usualmente nell'ambito delle seguenti dimensioni (Fig. 1):

1) stato di salute, con particolare attenzione alle malattie acute in atto ed alla loro interazione con le eventuali malattie croniche presenti nell'anziano; in questo ambito ha grande importanza la valutazione delle comorbilità (presenza concomitante di più malattie), della politerapia (assunzione di più farmaci) e lo screening per le principali sindromi geriatriche (ad esempio cadute, incontinenza, delirium, vertigini, deficit sensoriali di vista e udito); 2) lo stato funzionale misurabile con la abilità/disabilità nelle attività basali e strumentali della vita quotidiana (ADL e IADL); 3) la mobilità e l'attività fisica, misurabili con la velocità del cammino, lo studio dell'equilibrio motorio statico e dinamico, la valutazione del rischio di caduta e screening per valutare il rischio di sarcopenia (perdita di massa e forza muscolare associate a perdita di funzione); 4) lo stato cognitivo misurabile mediante test di memoria e attitudinali cognitivi ed il tono dell'umore, valutabile mediante scale di screening e diagnosi di depressione; 5) stato nutrizionale, valutabile con misure antropometriche (ad esempio l'indice di massa corporea e report dietetici); 6) il network sociale e assistenziale, lo stato abitativo e la condizione economica del soggetto.

Per esplorare queste aree di interesse la VMD impiega scale e strumenti diagnostici validati nei vari contesti clinici (ospedale, RSA, comunità) e che si sono dimostrati accurati nel misurare le performance della persona anziana. Una volta completata la VMD, il team multidisciplinare propone una serie di interventi per correggere o stabilizzare i problemi emersi nei domini compromessi. Il programma di cura tiene in considerazione la prognosi clinica del soggetto, la disponibilità e la comodità dei servizi e le preferenze individuali, ed è comunque sempre orientato al garantire la migliore qualità di vita possibile all'anziano (Volpato e Guralnik, 2018).

Figura 1: Approccio multidimensionale alla fragilità dell'anziano.



Fonte: modificata da Pilotto *et al.*, 2020

5.3 Efficacia clinica della VMD

Oltre 35 anni di esperienze cliniche e di studi clinici controllati, i cosiddetti Trial Clinici Randomizzati (RCT), condotti in tutto il mondo hanno ampiamente dimostrato che la applicazione della VMD permette di ottenere risultati positivi riducendo significativamente i seguenti parametri (Tab. 20):

- riduzione di mortalità in anziani ricoverati in ospedale sino ad oltre un anno dalla dimissione (Ellis *et al.*, 2017);
- riduzione della istituzionalizzazione in RSA o strutture di lungodegenza sia in anziani ricoverati in ospedale che a livello di popolazione generale;
- miglioramento dello stato funzionale e del declino cognitivo in soggetti sia ospedalizzati che seguiti ambulatorialmente;
- riduzione significativa del numero di esiti disabilitanti dopo ospedalizzazione con una efficacia (misurata attraverso l'NNT-Number Needed to Treat, cioè il numero di soggetti che è necessario trattare per ottenere l'effetto su una persona) di 20 ad un anno e solamente 13 a 6 mesi: tali valori sono superiori all'efficacia dimostrata ad esempio dal trattamento farmacologico di prevenzione dopo infarto del miocardio o ictus cerebrale;
- in settori clinici specifici, la VMD si è dimostrata utile a ridurre mortalità, complicanze e disabilità residue in ortogeriatrics dopo interventi di chirurgia ortopedica (Giusti e Kammerlander, 2018), in chirurgia generale (Dhesi e Partridge, 2018) ed anche in oncologia ove l'approccio VMD è in grado di influire significativamente nelle decisioni cliniche terapeutiche dell'anziano sino a quasi il 50% dei casi (Caillet *et al.*, 2018).

Grazie a tutti questi risultati di efficacia la VMD è considerata oggi lo strumento diagnostico e gestionale clinico di riferimento della moderna medicina geriatrica (Pilotto *et al.*, 2017).

5.4 Approccio multidimensionale alla fragilità dell'anziano

La fragilità è una condizione clinica caratterizzata da un declino di multipli sistemi fisiologici dell'organismo che determina, in presenza di eventi stressanti, un aumentato rischio di eventi negativi come cadute, ricovero in ospedale, istituzionalizzazione e morte (Hoogendijk *et al.*, 2019).

La prevalenza della fragilità aumenta con l'avanzare dell'età ed è più frequente nelle donne rispetto agli uomini. Nella popolazione generale si stima che la fragilità sia presente nel 10% dei soggetti anziani; tale percentuale aumenta di molto in altri contesti, come le RSA e in ospedale, dove la prevalenza può arrivare sino al 40% degli anziani. Uno studio recente condotto in 5 ospedali in Italia (Brescia, Catanzaro, Genova, Sanremo e Verona) ha dimostrato che il

Tabella 20: Studi di efficacia della VMD in popolazioni di anziani in diversi setting ed affetti da diverse patologie

Autore, anno	Popolazione	Tipo di studio	No partecipanti	Effetto della Valutazione Multidimensionale (VMD)
Stuck <i>et al.</i> , 1993	Pazienti ricoverati e dimessi	Meta-analisi di RCT	13.447 pazienti ≥ 65 anni	Significativa riduzione di mortalità, istituzionalizzazione e riammissione ospedaliera; aumentata probabilità di sopravvivenza nella propria abitazione dopo un anno. Significativa riduzione di ri-ammissione in ospedale.
Ellis <i>et al.</i> , 2011	Ospedaliera	Meta-analisi (22 RCT)	10.315 pazienti ≥ 65 anni	
Deschodt <i>et al.</i> , 2013	Ospedaliera	Meta-analisi (12 RCT)	4.546 partecipanti	
Naylor <i>et al.</i> , 2011	Dimissione post-ricovero ospedaliero	Rassegna sistematica	21 RCT	
Elkan <i>et al.</i> , 2001	Popolazione generale	Meta-analisi	15 studi controllati randomizzati	Significativa riduzione di mortalità e ammissione in RSA.
Caillet <i>et al.</i> , 2014	Tumori solidi	Rassegna sistematica	29 studi	La VMD influenza il 21%-49% delle decisioni cliniche.
Grigoryan <i>et al.</i> , 2014	Ortogeriatria	Meta-analisi	18 studi controllati randomizzati	La VMD riduce significativamente l'ospedalizzazione e la mortalità a lungo termine.
Partridge <i>et al.</i> , 2014	Soggetti anziani in chirurgia: VMD pre-operatoria	Rassegna sistematica	5 studi	La VMD riduce significativamente le complicazioni post-operatorie.

Fonte: modificata da Pilotto *et al.*, 2017

44% degli anziani ricoverati per Covid-19 erano decisamente fragili e un altro 30% a rischio di fragilità (Pilotto *et al.*, 2021). La condizione di fragilità clinica si associa nell'anziano ad un elevato rischio di malattie cardiovascolari (Veronese *et al.*, 2017a), depressione (Soysal *et al.*, 2017), ridotta qualità di vita (Kojima *et al.*, 2016) e difficoltà economiche (Hajek *et al.*, 2018).

Negli ultimi vent'anni due principali modelli concettuali sono stati proposti per definire operativamente la condizione di fragilità nell'anziano. Il modello 'fenotipico' (o di fragilità fisica) identifica la fragilità con la presenza di almeno due delle seguenti cinque condizioni fisiche del soggetto: a) calo di peso; b) astenia; c) scarsa attività fisica; d) ridotta velocità del cammino; e) debolezza muscolare (Fried *et al.*, 2001). Secondo il modello di accumulo di deficit, d'altra parte, la fragilità è definita dal numero di deficit funzionali,

sensoriali e clinici osservati nell'anziano e riportati in un questionario a 48 o 78 domande (Rockwood e Mitnitski, 2007). È evidente che questi due modelli catturano fragilità diverse nel singolo individuo; in effetti, gli studi che hanno messo a confronto entrambe le definizioni, producono risultati molto contrastanti (Collard *et al.*, 2012).

Recentemente è stato descritto un nuovo concetto di fragilità basato sul modello multidimensionale di fragilità, secondo il quale la condizione di fragilità è caratterizzata dalla perdita dell'interazione armonica tra le diverse dimensioni o domini (genetico, biologico, funzionale, cognitivo, psicologico, socio-economico) che portano ad una instabilità omeostatica dell'organismo in presenza di stress quali malattie acute o riacutizzazioni di malattie croniche (Hoogendijk *et al.*, 2019). Essendo pertanto la condizione di fragilità il risultato di uno squilibrio multidimensionale, la VMD appare lo strumento di scelta per identificare e misurare la condizione di fragilità multidimensionale della persona anziana (Pilotto *et al.*, 2020) (Fig. 1), come recentemente ribadito anche dalla EMA (Agenzia Europea del Farmaco) (EMA, 2018).

5.5 Il Multidimensional Prognostic Index (MPI) nella pratica clinica

Il Multidimensional Prognostic Index (MPI) è uno strumento clinico derivato dalla VMD che, attraverso l'impiego di un algoritmo matematico, è in grado di integrare le informazioni relative ad 8 domini della VMD rilevanti per definire lo stato di salute dell'anziano (stato funzionale e cognitivo, nutrizione, mobilità, rischio di lesioni da decubito, multimorbilità, politerapia e co-abitazione) e di generare un indice numerico, compreso tra 0 e 1, che esprime il rischio globale di compromissione multidimensionale (Cruz-Jentoft *et al.*, 2020). In altri termini, l'MPI traduce la valutazione clinica della VMD in un indice che è in grado di predire gli eventi di salute quali ricovero in ospedale, durata di ricovero ospedaliero, rischio di istituzionalizzazione in RSA o di attivazione delle cure domiciliari e mortalità. Per questo l'MPI viene impiegato come strumento accurato per definire la prognosi della persona anziana (Yourman *et al.*, 2012), ed è utile quindi per prendere decisioni cliniche nel singolo paziente (Mattace-Raso e Pilotto, 2021), specialmente se fragile e multimorbido (Cruz-Jentoft *et al.*, 2020).

L'MPI è stato inizialmente sviluppato e validato come indice prognostico di mortalità in anziani ricoverati in ospedale (Pilotto *et al.*, 2008). Successivamente, altre versioni sono state create e validate in anziani residenti al proprio domicilio o in RSA o in ambito dell'ambulatorio di medicina generale in numerosi paesi europei (Angleman *et al.*, 2015; Meyer *et al.*, 2019; Veronese *et al.*, 2020b; Hansen *et al.*, 2021), America (Veronese *et al.*, 2020c) e Australia.

Tabella 21: Domini di VMD da cui derivano il Multidimensional Prognostic Index (MPI) ed il TELE-MPI

Domini	MPI	N. item	TELE-MPI	N. item	Rischio basso (Valore=0)	Rischio medio (Valore=0.5)	Rischio alto (Valore=1)
Attività della vita quotidiana	Activities of Daily Living (ADL)	6	Activities of Daily Living (ADL)	6	6-5	4-3	2-0
Attività strumentali	Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	8	Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	8	8-6	5-4	3-0
Mobilità – rischio piaghe decubito	Exton-Smith Scale	5	Barthel Mobility	3	3-2	1	0
Stato cognitivo	Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)	10	Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)	10	10-8	7-4	3-0
Stato nutrizionale	Mini-Nutritional Assessment (MNA)	18	Mini-Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF)	6	14-12	11-8	7-0
Comorbidità	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)	14	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)	14	0	1-2	>/=3
Polifarmacoterapia	Numero di farmaci	1	Numero di farmaci	1	0-3	4-6	>/=7
Stato sociale	Condizione abitativa	1	Condizione abitativa	1	Vive in famiglia	Vive in istituto	Vive da solo
Totale		63	Totale	49			
Totale punteggio TELE-MPI		Somma i punteggi assegnati a ciascun dominio e dividi per 8			_____		
Legenda Rischio				Lieve (MPI-1)	Moderato (MPI-2)	Elevato (MPI-3)	
Range				0.00 – 0.33	0.34-0.66	0.67-1.0	

Recentemente, è stata anche sviluppata una versione auto-somministrata di MPI (SELFY_MPI) come test di screening per soggetti anziani candidabili ad un programma di autogestione delle malattie croniche svolto in 5 Paesi europei (Spagna, Italia, Francia, Paesi Bassi e Regno Unito) (Zora *et al.*, 2019), mentre una versione breve del SELFY-MPI è stata impiegata in ambito di Medicina Generale (Cella *et al.*, 2020c). Infine, durante il periodo pandemico Covid-19 è stata messa a punto la versione telefonica di MPI (TELE-MPI) per il monitoraggio a distanza delle persone anziane a domicilio (Custodero *et al.*, 2021) (Fig. 2).

In oltre 12 anni di impiego, un centinaio di studi clinici condotti in oltre 60.000 anziani osservati in diversi settings (ospedale, RSA, medicina generale, popolazione generale) e affetti da diverse malattie acute (polmonite, infarto del miocardio, emorragia digestiva, attacco ischemico transitorio-TIA) e croniche (insufficienza renale cronica, diabete mellito, neoplasie, demenza) hanno dimostrato una costante buona accuratezza ed eccellente calibrazione dell'MPI nel predire istituzionalizzazione, ri-ospedalizzazione, durata del ricovero ospedaliero, accesso alle cure domiciliari, mortalità (Pilotto *et al.*, 2019a) ma anche qualità di vita (Rarek *et al.*, 2020), consumo di risorse e accesso ai benefici economici di disabilità (Senesi *et al.*, 2020). Per questo l'MPI è considerato oggi uno dei più validi, affidabili e fattibili test per identificare l'anziano fragile (Warnier *et al.*, 2016) ed uno degli strumenti più comunemente utilizzati nella pratica clinica per misurare la fragilità dell'anziano sia in ospedale che nelle cure primarie (Dent *et al.*, 2019). Gli studi più recenti suggeriscono infine che l'impiego dell'MPI è utile a prendere decisioni cliniche particolarmente complesse come il trattamento farmacologico in prevenzione primaria del diabete mellito e della malattia coronarica ma anche della fibrillazione atriale e della demenza (Cruz-Jentoft *et al.*, 2020)

Questo appare particolarmente importante ora, come emerso con evidenza durante la pandemia Covid-19. L'accurata valutazione della fragilità multidimensionale, che tenga conto delle caratteristiche funzionali, cognitive, motorie, biologiche e psico-sociali oltre che della comorbidità, delle preferenze e della qualità di vita attesa dall'individuo, è il percorso oggi più appropriato per prendere decisioni cliniche nell'anziano che non possono basarsi esclusivamente sull'età cronologica dell'individuo, come abbondantemente dimostrato in letteratura (Aliberti e Avelino Silva, 2021).

Il progetto PRESTIGE, prevedendo la iniziale valutazione della fragilità, misurata con il SELFY_MPI, in anziani genovesi residenti al proprio domicilio e la successiva ri-valutazione, condotta con il TELE-MPI, per identificare sue eventuali variazioni dopo circa un anno di pandemia Covid-19, si configura come un programma di monitoraggio utile a sviluppare interventi di prevenzione e cura della fragilità come promozione di un invecchiamento attivo ed il più possibile in salute

6. Attività di teleconsulto sanitario agli anziani partecipanti al progetto PRESTIGE

Sabrina Zora, Barbara Senesi, Erica Tavella, Camilla Prete, Alessandra Pinna, Martina Vigo, Annamaria Piana, Marcella Fama, Alberto Cella e Alberto Pilotto

*Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatría e Riabilitazione,
E.O. Ospedali Galliera, Genova*

6.1 L'intervento di Teleconsulto sanitario (TCS)

L'intervento di teleconsulto sanitario (TCS) rivolto ai soggetti over 65 coinvolti nella prima fase di screening della fragilità auto-rilevata, attraverso il questionario SELFY-MPI-SF, è stato indirizzato a tutti i soggetti risultati a maggior rischio di fragilità (MPI-2 e MPI-3) e a un campione rappresentativo di persone a basso rischio di fragilità (MPI-1).

Complessivamente 453 soggetti tra i 1354 preliminarmente arruolati nella fase di screening del progetto PRESTIGE sono stati individuati come potenziali beneficiari del TCS.

Il primo gruppo di 212 soggetti (Gruppo 1), risultati a maggior rischio di fragilità, era composto da 139 donne (65,6%) e 73 uomini (34,4%), di età media pari a 83,3 anni (range 65-107 anni). Tra essi 199 persone (93,9%) ricadevano in un rischio di fragilità moderata (MPI-2) ed i restanti 13 soggetti (6,1%) rientravano in un rischio elevato di fragilità (MPI-3).

Il secondo gruppo di soggetti a basso rischio di fragilità (Gruppo 2) era formato da 241 individui estrapolati casualmente dal campione totale di 1142 persone arruolate nella fase di screening e risultate all'analisi basale a basso rischio di fragilità (MPI-1). Questo secondo gruppo era composto da 137 donne (56,8%) e 104 uomini (43,2%) di età media pari a 73,0 anni (range 60-95 anni) (Tab. 22).

L'intervento di TCS, come sopra descritto nel paragrafo 3.4 del presente volume, prevedeva un preliminare contatto telefonico volto a richiedere un esplicito consenso informato per lo svolgimento dell'intervento di TCS a cura del personale sanitario dell'Unità Operativa a direzione universitaria di Geriatria.

In questa fase si è osservato che nel Gruppo 1 (MPI-2 e MPI-3) dei 212 soggetti contattati dopo un anno di follow-up 8 soggetti erano decedu-

Tabella 22: Soggetti inclusi nella Fase 3 di Teleconsulto Sanitario (TCS) del progetto PRESTIGE

	Totale campione PRESTIGE	Gruppo 1 MPI-2 e MPI-3: rischio moderato/severo di fragilità	Gruppo 2 MPI-1: rischio basso di fragilità
N. soggetti	1354	212 (15,6%)	241 (21,1%)
Donne (%)	55,8%	65,6%	56,8%
Età media (anni) [range]	77,3 [65-107 anni]	83,3	73,0 [65-107 anni]

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

ti (3,7%); 5 soggetti erano stati istituzionalizzati (2,3%); 23 soggetti hanno negato il consenso all'avvio dell'intervento di TCS (10,8%); 71 non sono risultati contattabili per mancata risposta dopo almeno tre tentativi di contatto (33,5%). Pertanto, nel Gruppo 1 (a rischio di moderato o severo di fragilità), un totale di 105 soggetti (49,5% del totale dei soggetti contattati) hanno fornito il consenso ed aderito all'intervento di TCS: 66 donne (63,2%) e 39 uomini (36,3%) di età media pari a 83,3 anni (range da 67 ai 107 anni).

Nel Gruppo 2, composto in totale da 1142 persone con MPI-1, cioè non a rischio di fragilità, è stato contattato un campione casuale di 241 soggetti (corrispondente al 22% della popolazione totale non fragile); di questi si è osservato che 3 soggetti (1,3%) erano deceduti; 2 soggetti (0,8%) erano stati istituzionalizzati; 48 soggetti (19,4%) hanno negato il consenso all'avvio dell'intervento di TCS; 76 soggetti non sono risultati contattabili per mancata risposta dopo almeno tre tentativi di contatto (30,8%). Pertanto, nel Gruppo 2 (a basso rischio di fragilità), un totale di 112 soggetti (45,4% del totale dei soggetti contattati del Gruppo 2) hanno aderito al programma di intervento di TCS dopo aver espresso il consenso informato: 70 donne (62,5%) e 42 uomini (37,5%), di età media pari a 76,9 anni (range: 65-90 anni) (Tab. 23).

Complessivamente i soggetti deceduti e quelli istituzionalizzati sono risultati più anziani (età media di 84 e 85 anni rispettivamente) e con un grado di rischio di fragilità maggiore (valutato con punteggio del SELFY-MPI basale) rispetto ai soggetti che hanno aderito al programma di TCS (età media=79,4 anni).

Durante il TCS, 29 soggetti del Gruppo 1 sono stati assistiti da un *caregiver* informale (coniuge/figlio) o formale (badante); mentre nessun soggetto del Gruppo 2 è stato assistito durante l'intervento di TCS.

Il TCS ha avuto una durata media di 18.00 minuti (range 5-40 minuti) nel Gruppo 1 e di 17.00 minuti (range 4-40 minuti) nel Gruppo 2.

Tabella 23: Soggetti inclusi nel programma di TCS della Fase 3 del progetto PRESTIGE

	Gruppo 1 (MPI-2 ed MPI-3) Rischio moderato/severo di fragilità	Gruppo 2 (MPI-1) A basso rischio di fragilità	Gruppo 1 + Gruppo 2
Numero soggetti contattati per avvio TCS	212	241	453
Deceduti	8 (3,7%)	3 (1,2%)	11 (2,4%)
Istituzionalizzazione	5 (2,3%)	2 (0,8%)	7 (1,5%)
Non fornito consenso al TCS	23 (10,8%)	48 (19,4%)	71 (15,5%)
Non risposta al contatto	71 (33,5%)	76 (30,8%)	147 (32,0%)
Partecipanti al TCS	105 (49,5%)	112	217 (47,3%)
Età media (anni e range)	83,3 (range 65-107)	76 (range 65-90)	

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

6.2 Infezione da SARS-Cov-2 (Covid-19) nell'anziano

Il TCS ha permesso di raccogliere informazioni sull'impatto della malattia da SARS-Cov-2 (Covid-19) nella popolazione inclusa nello studio PRESTIGE (vedi Tab. 24). Dei 217 soggetti complessivamente aderenti all'intervento di TCS, 174 (80,2%) non hanno eseguito il tampone nasofaringeo per rilevare la presenza del virus SARS-CoV-2; 33 soggetti (15,2%) hanno eseguito il tampone con esito negativo mentre 3 soggetti (1,3%), tutti appartenenti al Gruppo 1, sono stati rilevati positivi al SARS-Cov-2; 7 soggetti non hanno saputo riferire se avessero eseguito il test.

Delle 3 persone (tutte appartenenti al Gruppo 1 ammalate di Covid-19), 2 persone hanno gestito la malattia a domicilio mentre la terza persona è stata ricoverata in ospedale in reparto medico. Inoltre, nei 12 mesi tra lo screening iniziale e l'intervento di TCS, 20 soggetti del Gruppo 1 e 5 del Gruppo 2 sono stati ricoverati in ospedale per cause diverse dal Covid-19.

Tabella 24: Impatto del Covid-19 nei soggetti seguiti in TCS nel progetto PRESTIGE

	Gruppo 1 (MPI-2 ed MPI-3) Rischio moderato /severo di fragilità)	Gruppo 2 (MPI-1) A basso rischio di fragilità	Gruppo 1 + Gruppo 2
Eseguita ricerca molecolare (tamponi) Sars-Cov-2	24/105 (22,8%)	19/112 (16,9%)	43/217 (19,8%)
Tampone con esito positivo alla ricerca molecolare del Sars-Cov-2	3/24 (12,5%)	0/19 (0,0%)	3/43 (6,9%)
Ricovero in ospedale per Covid-19	1/3 Covid19 positivi (33,3%)	0 (0,0%) 5/112	
Ricovero in ospedale per cause diverse da Covid-19	20/105 (19,0 %)	5/112 (4,5%)	25/217 (11,5%)

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

6.3 Copertura vaccinale antiinfluenzale e anti-pneumococcica nell'anziano

Per quanto riguarda la copertura vaccinale anti-influenzale relativa all'anno 2019, complessivamente 18/217 (8,3%) soggetti non hanno saputo fornire una risposta, 151/217 (69,6%) soggetti avevano eseguito il vaccino mentre 48/217 (22,1%) non erano stati vaccinati. Riguardo alla copertura vaccinale antinfluenzale nell'anno 2020, complessivamente 13/217 soggetti (6,0%) non hanno saputo fornire una risposta, 158/217 (72,8%) avevano eseguito il vaccino e 46/217 (21,2%) soggetti non avevano ricevuto la copertura vaccinale anti-influenzale. Per quanto riguarda il vaccino anti-pneumococcico, complessivamente 24/217 soggetti (11,0%) non hanno saputo fornire una risposta, 65/217 (29,9%) persone avevano eseguito il vaccino, mentre 128/217 soggetti (59%) non erano stati vaccinati (vedi Tab. 25).

6.4 Impatto della pandemia da Covid-19 sulla fragilità multidimensionale

Dopo 12 mesi di pandemia Covid-19, l'evoluzione dello stato funzionale e di fragilità è stata misurata con il questionario TELE-MPI, una versione telefonica del MPI già validato in interventi di telemedicina da parte di operatori sanitari (medici geriatri e infermieri) appositamente formati (Custodero *et al.*, 2020).

Tabella 25: Situazione vaccinale anti-influenzale e anti-pneumococcica nei soggetti partecipanti al progetto PRESTIGE suddivisi per grado di fragilità

	Gruppo 1 (MPI-2 ed MPI-3) Rischio moderato/severo di fragilità			Gruppo 2 (MPI-1) A basso rischio di fragilità			Gruppo 1 + Gruppo 2		
	Non so	SI	NO	Non so	SI	NO	Non so	SI	NO
Vaccino antiinfluenzale 2019	11/10 10,5%	77/105 73,3%	17/105 16,2%	7/112 6,2%	74/112 66,1%	31/112 27,6%	18/217 8,3%	151/217 69,6%	48/217 22,1%
Vaccino antiinfluenzale 2020	8/10 7,6%	70/105 66,6%	27/105 25,7%	5/112 4,4%	88/112 78,6%	19/112 16,9%	13/217 6,0%	158/217 72,8%	46/217 21,2%
Vaccino antipneumocco	16/105 15,2%	18/105 17,1%	71/105 67,6%	8/112 7,1%	47/112 41,9%	57/112 50,9%	24/217 11,0%	66/217 30,0%	128/217 59%

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Nel Gruppo 1 (MPI-2 e MPI-3) è stato dimostrato che, rispetto al valore medio di 0,46 al punteggio SELFY-MPI-SF raccolto al basale, il valore medio del TELE-MPI ottenuto in TCS è risultato di 0,50 suggerendo in media un peggioramento del deficit multidimensionale nella popolazione studiata. In effetti nel Gruppo 1, il rischio di fragilità è peggiorato in 48/105 soggetti del Gruppo 1 (45,7%), mentre in 37/105 (35,2%) soggetti si è osservato un miglioramento del rischio di fragilità, rimasto peraltro invariato nei restanti 20 soggetti (19,1%).

Nel Gruppo 2 (MPI-1) nessuna variazione del valore medio di MPI si è osservato tra prima della pandemia e dopo 12 mesi di pandemia COVID-19: i valori di MPI al basale sono risultati $0,15 \pm 0,10$ versus $0,15 \pm 0,08$ dopo 12 mesi. In effetti in 51/112 soggetti (45,5%) le condizioni multidimensionali di fragilità sono rimaste invariate, in 29/112 soggetti (25,9%) si è osservato un miglioramento, e nei restanti 32/112 soggetti (28,6%) si è osservato un peggioramento della fragilità (Tab. 26).

Complessivamente, in 71/217 soggetti (32,7%) il rischio di fragilità è rimasto invariato, in 66/217 persone (30,4%) il rischio si è ridotto e per 80/217 soggetti (36,9%) vi è stato un peggioramento della fragilità. I soggetti peggiorati sono risultati essere più anziani (in media di circa 2 anni, $p < 0,05$) e più spesso fragili (categorie MPI-2 o MPI-3 al basale, $p = 0,007$); non si sono osservate tuttavia significative differenze di genere.

Tabella 26: Valutazione del rischio di fragilità multidimensionale prima e dopo pandemia Covid-19 nei soggetti partecipanti al progetto PRESTIGE suddivisi per grado di fragilità

	Gruppo-1 pre-fragili/fragili (N. 105)	Gruppo-2 basso rischio fragilità (N. 112)
SELFY-MPI basale Media (Deviazione standard)	0,46 ($\pm 0,09$)	0,15 ($\pm 0,10$)
TELE-MPI follow-up Media (Deviazione standard)	0,50 ($\pm 0,16$)	0,15 ($\pm 0,08$)
Soggetti le cui condizioni di salute peggiorano N. (%)	48 (45,7%)	32 (28,6%)
Soggetti le cui condizioni di salute migliorano N. (%)	37 (35,2%)	29 (25,9%)
Soggetti le cui condizioni restano invariate N. (%)	20 (19,1%)	51 (45,5%)

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

6.5 Impatto della pandemia Covid-19 sui parametri funzionali, motori, cognitivi e nutrizionali dell'anziano

Le attività basali della vita quotidiana (Katz *et al.*, 2003) (Activities of Daily Living-ADL) consistono in attività di cura personale tra cui capacità di spostarsi, vestirsi, lavarsi, nutrirsi, badare alla propria igiene e cura personale. Oltre il 35% dei soggetti del Gruppo 1 (MPI-2 e MPI-3) risultano peggiorati nelle ADL dopo 12 mesi di pandemia Covid-19 mentre nel Gruppo 2 (MPI-1) non si sono registrate significative variazioni nelle ADL della stragrande maggioranza dei soggetti (oltre il 99%) (Tab. 26).

La capacità motoria, valutata attraverso la scala Barthel Mobility Index (Katz *et al.*, 2003), riguarda l'abilità di salire e scendere dal letto o dalla propria carrozzina, l'essere autonomi nella deambulazione per almeno una decina di metri e il salire e scendere le scale senza assistenza. Quasi metà dei soggetti non subisce alcuna variazione in questo dominio (49,0%), mentre oltre il 30% delle persone fragili del Gruppo 1 (MPI-2, MPI-3) subisce un peggioramento contro il 3,5% dei soggetti del Gruppo 2 (Tab. 28).

L'autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living-IADL) (Lawton e Brody, 1969), prende in considerazione otto abilità: uso del telefono, fare la spesa e il bucato, preparazione dei pasti, cura della casa, spostarsi con mezzi pubblici o il proprio veicolo, assunzione corretta dei propri farmaci e gestione del proprio denaro. Anche in questo dominio i soggetti del Gruppo 1 (MPI-2 e MPI-3) peggiorano in oltre il 30% dei casi, cosa che non si osserva negli anziani del Gruppo 2 (Tab. 29).

Tabella 27: Variazione nella Autonomia nelle Attività della Vita Quotidiana (ADL) durante pandemia Covid-19 nei soggetti partecipanti al progetto PRESTIGE suddivisi per grado di fragilità

	Gruppo 1 (MPI-2 ed MPI-3) Rischio moderato/ severo di fragilità)	Gruppo 2 (MPI-1) A basso rischio di fragilità	Gruppo 1 + Gruppo 2
Miglioramento nelle ADL No (%)	6/105 (5,7%)	1/112 (0,9%)	7/217 (3,2%)
Peggioramento nelle ADL No (%)	37/105 (35,2%)	0/19 (0,0%)	37/217 (17,0%)
ADL rimaste invariate No (%)	59/105 (56,2%)	111/112 (99,1%)	170/217 (78,3%)
Data missing	3/105 (2,8%)	0/112	3/217 (1,4%)

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Tabella 28: Variazione delle capacità motorie (Barthel Index) durante pandemia Covid-19 nei soggetti partecipanti al progetto PRESTIGE suddivisi per grado di fragilità

	Gruppo 1 (MPI-2 ed MPI-3) Rischio moderato/severo di fragilità)	Gruppo 2 (MPI-1) A basso rischio di fragilità	Gruppo 1 + Gruppo 2
Miglioramento Barthel Mobility No (%)	16/105 (15,2%)	0/112 (0,0%)	16/217 (7,4%)
Peggioramento Barthel Mobility No (%)	33/105 (31,4%)	4/112 (3,5%)	37/217 (17,0%)
Barthel Mobility rimasto invariato No (%)	52/105 (49,5%)	108/112 (96,4%)	160/217 (73,7%)
Data missing	4/105 (3,8%)	0/112(0,0%)	4/217 (1,8%)

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Tabella 29: Variazione nella autonomia nelle Attività Strumentali della Vita Quotidiana (IADL) durante pandemia Covid-19 nei soggetti partecipanti al progetto PRESTIGE suddivisi per grado di fragilità

	Gruppo 1 (MPI-2 ed MPI-3) Rischio moderato/ severo di fragilità)	Gruppo 2 (MPI-1) A basso rischio di fragilità	Gruppo 1 + Gruppo 2
Miglioramento nelle IADL No (%)	12/105 (11,4%)	3/112 (2,6%)	15/217 (6,9%)
Peggioramento nelle IADL No (%)	33/105 (31,4%)	2/112 (1,7%)	35/217 (16,1%)
IADL rimaste invariate No (%)	58/105 (55,2%)	107/112 (95,5%)	165/217 (76,0%)
Data missing	2/105 (1,9%)	0/112	2/217 (0,9%)

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Le capacità cognitive sono state valutate attraverso lo Short Portable Mental Status Questionnaire (SPSMQ) (Pfeiffer,1975) questionario composto da 7 domande sull'orientamento, 2 domande sulla memoria a lungo termine e una domanda sulla capacità di concentrazione. In questo dominio, dopo un anno di pandemia Covid-19, si è osservato una performance cognitiva invariata nel 59,5% del campione complessivo; il 28,6% delle persone ha dimostrato un miglioramento e il 28,6% un peggioramento (di cui il 20,8% nel Gruppo 1) (Tab. 30).

Tabella 30: Valutazione dello stato cognitivo durante la pandemia Covid-19 nei soggetti partecipanti al progetto PRESTIGE suddivisi per grado di fragilità

	Gruppo 1 (MPI-2 ed MPI-3) Rischio moderato/severo di fragilità)	Gruppo 2 (MPI-1) A basso rischio di fragilità	Gruppo 1 + Gruppo 2
Miglioramento nello SPMSQ No (%)	15/105 (14,2%)	6/112 (5,3 %)	21/217 (9,6%)
Peggioramento nello SPMSQ No (%)	45/105 (42,8%)	17/112 (15,2%)	62/217 (28,6%)
SPMSQ rimasto invariato No (%)	44/105 (41,2%)	85/112 (75,9%)	129/217 (59,4%)
Data missing	1/105 (0,9%)	4/112 (3,6%)	5/217 (2,3%)

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Lo stato nutrizionale è stato valutato attraverso la scala Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) (Donini *et al.*, 2018) che comprende la valutazione antropometrica (peso, altezza, indice di massa corporea), analisi della quantità di cibo assunto, variazioni nel livello di autonomia e/o presenza di stress psicologico, malattie acute, e/o deterioramento cognitivo e stati depressivi che possano interferire direttamente o indirettamente con la nutrizione. Un aumento significativo di malnutrizione si è osservato nel 34,3% dei soggetti del Gruppo 1 contro un 5,3% osservato nei soggetti del Gruppo 2 (Tab. 31).

Tabella 31: Valutazione dello stato nutrizionale durante la pandemia Covid-19 nei soggetti partecipanti al progetto PRESTIGE suddivisi per grado di fragilità

	Gruppo 1 (MPI-2 ed MPI-3) Rischio moderato/severo di fragilità)	Gruppo 2 (MPI-1) A basso rischio di fragilità	Gruppo 1 + Gruppo 2
Miglioramento nel MNA-SF No (%)	26/105 (24,7%)	12/112 (10,7 %)	38/217 (17,5%)
Peggioramento nel MNA-SF No (%)	36/105 (34,3%)	6/112 (5,3%)	42/217 (19,3%)
MNA-SF rimasto invariato No (%)	39/105 (37,1%)	93/112 (83,0%)	132/217 (60,8%)
Data missing	4/105 (3,8%)	1/112 (0,9%)	5/217 (2,3%)

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

6.6 Impatto della pandemia Covid-19 sul consumo di farmaci: le co-morbidity nell'anziano

Interessante è la valutazione dell'effetto della pandemia Covid-19 sul consumo di farmaci e sulle comorbidity. I risultati osservati mostrano una netta differenza tra soggetti fragili del Gruppo 1 e i non fragili del Gruppo 2. Nel Gruppo 1 la media di farmaci assunti prima della pandemia era molto alta (media farmaci assunti regolarmente/die = 7,15 con range da 0 sino a 20 farmaci al giorno) e tale rimane dopo un anno di pandemia (media farmaci assunti=7,42 con range da 0 a 20 farmaci al giorno). Inoltre, nel Gruppo 1 il numero di malattie croniche che richiedono un'assunzione regolare di farmaci aumenta nel 34,0% dei soggetti con una media di malattie per le quali è neces-

saria l'assunzione regolare dei farmaci pari a 4,0 (range da 0 a 9) in periodo pre-pandemico e 4,83 (range da 0 a 13) dopo un anno di pandemia Covid-19.

Nei soggetti non fragili del Gruppo 2, il numero medio di farmaci assunti era 2,53 (range da 0 a 10) prima della pandemia e sale a una media di 2,76 (range da 0 a 10) dopo 12 mesi di pandemia. In questo gruppo, il numero di malattie che richiedono un'assunzione regolare della terapia aumenta nel 9,1% dei soggetti con una media di comorbidità pari a 1,49 (range da 0 a 5) nel periodo pre-pandemico a una media di 0,71 malattie (range da 0 a 5) dopo un anno di pandemia COVID-19 (tab. 32).

Tabella 32: Valutazione del consumo di farmaci e delle co-morbidità durante la pandemia Covid-19 nei soggetti partecipanti al progetto PRESTIGE suddivisi per grado di fragilità

	Gruppo 1 (MPI-2 ed MPI-3) Rischio moderato/severo di fragilità	Gruppo 2 (MPI-1) A basso rischio di fragilità
Numero Farmaci al basale (media± deviazione standard)	7,1±3,58	2,53±2,46
Numero Farmaci durante pandemia Covid-19 (media±DS)	7,42±3,66	2,76±2,66
Aumento consumo di farmaci No soggetti (%)	18/105 (17,1%)	12/112 (10,7%)
Riduzione consumo di farmaci No soggetti (%)	28/105 (26,6%)	22/112 (19,6%)
Numero comorbidità al basale (media ± deviazione standard)	4,04 ± 2,05	1,49 ± 1,35
Numero comorbidità durante pandemia Covid-19 (media±DS)	4,83 ± 2,33	0,71 ± 1,08
Aumento del numero di comorbidità No soggetti (%)	35/105 (33,3%)	4/112 (3,5%)
Riduzione del numero di comorbidità No soggetti (%)	9/105 (8,5%)	10/112 (8,9%)

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

6.7 Il valore del progetto PRESTIGE

Il progetto PRESTIGE ha fornito una grande opportunità per esplorare la realtà psico-sociale, emotiva e sanitaria della popolazione anziana genovese. Il periodo del tutto eccezionale di pandemia Covid-19, il cui inizio è coinciso esattamente con la fine della prima valutazione (basale) dei soggetti inclusi nel progetto, ha obbligato i ricercatori a modificare in maniera significativa la Fase 3 del progetto, cioè quella riguardante l'approccio sanitario delle persone anziane risultate a rischio di fragilità alla prima osservazione basale. Allo stesso tempo, il periodo pandemico ha indotto il gruppo di lavoro a sviluppare una serie di strumenti e metodi che fornissero in maniera appropriata informazioni su come la pandemia Covid-19 è stata (in parte lo è tutt'ora) vissuta dagli anziani.

In particolare, in ambito sanitario la coincidenza pandemica ha permesso lo sviluppo di un approccio multidimensionale del tutto nuovo con l'introduzione nella pratica clinica usuale del teleconsulto sanitario a distanza e di programmi di telemedicina. Attraverso lo sviluppo e la validazione di metodi di valutazione nuovi (TELE_MPI) è stato così possibile ottenere informazioni essenziali per meglio comprendere l'impatto sociale e sanitario della pandemia. In questo contesto, l'esecuzione di una valutazione multidimensionale a distanza mediante somministrazione di TELE-MPI ha garantito la possibilità di studiare la percezione soggettiva del proprio stato di fragilità (ottenuto con il SELFY_MPI) e confrontarlo con il parametro oggettivo (misurato con il TELE_MPI) su una scala da 0 a 10 (dove 0 indica nessun rischio e 10 più elevato rischio di fragilità).

I dati sopra riportati evidenziano che la condizione di fragilità sia cruciale nel definire il tipo di risposta del soggetto anziano alla pandemia da Covid-19 (Polidori *et al.*, 2020). I soggetti appartenenti al Gruppo 1 (a rischio moderato o elevato di fragilità) presentano in effetti una significativa maggiore probabilità di peggiorare le proprie condizioni funzionali e di salute di fronte allo stress indotto dalla pandemia. Ciò comporta non solo un impatto particolarmente severo della infezione da SARS-Cov-2 nell'anziano che ne risulta colpito, ma anche più in generale un peggioramento funzionale, motorio, cognitivo ed anche clinico (ad esempio diminuito controllo delle malattie croniche) anche in quei soggetti anziani che, pur non essendo colpiti dalla infezione da Covid-19, subiscono gli effetti negativi dell'isolamento sociale, le ristrettezze economiche, le difficoltà operative dei servizi socio-sanitari che la pandemia Covid-19 ha indotto a livello generale.

Per questo il progetto PRESTIGE ha un grande valore. Il progetto ha messo in risalto come l'identificazione precoce dell'anziano fragile, al fine di programmare ed attuare programmi sanitari di prevenzione e cura della fragilità, sia essenziale non solo per il singolo individuo ma per il sistema sanitario e per la società tutta.

La pandemia Covid-19 ha esacerbato alcune forme di discriminazione legate all'età anziana (ageismo) specialmente nelle fasce più fragili (Frasset *et al.*, 2020); pertanto ci si è chiesti se durante questi mesi di pandemia le persone anziane si fossero sentite discriminate a causa della loro età. Ben 35/105 soggetti del Gruppo 1 (33,3%) hanno dichiarato di aver percepito forme discriminatorie legate alla propria età anagrafica durante il periodo pandemico. Nel Gruppo 2 il fenomeno è stato molto minore, solo 8/112 persone (7,1%) hanno percepito forme discriminatorie legate all'età anagrafica. Gli anziani con la percezione soggettiva di ageismo sono più vecchi ($p=0,004$) e più fragili sia alla valutazione soggettiva con SELFY-MPI ($p<0,001$) che oggettiva con il TELE-MPI ($p<0,001$), senza alcuna differenza di genere tra donne e uomini. Questo dato può essere messo a confronto con l'ageismo percepito dichiarato in fase di screening basale dove, su 1337 soggetti over 65, 83 persone (6,2%) avevano dichiarato di essersi sentite discriminate a causa della loro età. Questo dato sembra allinearsi alla rilevazione complessiva di come all'aumentare della fragilità e dell'età anagrafica vi sia un aumento della discriminazione percepita a causa della propria età anagrafica e che la pandemia Covid-19 abbia accentuato significativamente questo fenomeno.

Infine, un parere, chiesto ai partecipanti, sul valore del progetto PRESTIGE per rendere le persone anziane maggiormente sensibili e consapevoli riguardo ai rischi connessi alle condizioni di fragilità e di marginalità sociale. Complessivamente la maggior parte dei soggetti aderenti al TCS ha dichiarato il progetto utile (167/217 soggetti pari al 77%) a sensibilizzare le persone anziane sui rischi connessi alle condizioni di fragilità e marginalità sociale. Ancora una volta tuttavia, proprio le persone più fragili del Gruppo 1 hanno ritenuto il progetto PRESTIGE utile: 91/105 soggetti, pari all'86.6% nel Gruppo 1 contro 70/112 soggetti pari al 62.5% del Gruppo 2. A nostro parere questa è una risposta importante che sottolinea come la persona anziana fragile sia preoccupata per la propria condizione e trovi di interesse, utili e di valore gli interventi rivolti alla prevenzione e alla cura della fragilità fisica ed alla vulnerabilità sociale.

7. Un progetto intergenerazionale: i giovani e un'esperienza di simulazione dell'invecchiamento contro l'ageismo

*Stefano Poli, Paola Giannoni, Elena Zini e Claudio Torrigiani¹
Dipartimento di Scienze della Formazione, Università degli Studi di Genova*

7.1 Il concetto di ageismo

Nel contesto italiano, più che in altri Paesi, gli anziani rappresentano una quota elevata e in rapida crescita rispetto al totale della popolazione: come visto in dettaglio nel capitolo 1, infatti, l'indice di vecchiaia è passato da 161,4 nel 2016 a 179,4 nel 2020, con un'incidenza degli over 65 pari al 23,2%, contro una media UE-27 del 20,6%. In Liguria gli over 65, nello stesso anno, rappresentavano il 28,8% e, considerando il medesimo periodo, l'indice di vecchiaia è salito da 246,5 a 262,4 punti. Questi dati evidenziano chiaramente, da un lato la rilevanza assunta dai bisogni degli anziani, dall'altro la preziosa risorsa che essi rappresentano per la società.

Tuttavia, come messo in luce da Shimoni (2020), l'epidemia Covid-19 ha contribuito a enfatizzare una certa rappresentazione sociale delle persone anziane, che vengono perlopiù descritte come passive e vulnerabili, come se costituissero un peso eccessivo per la società e per il sistema sanitario e la richiesta di soddisfare i loro bisogni potesse in qualche modo ledere i più giovani. Questo tipo di rappresentazione contribuisce a generare ambivalenza verso gli anziani, rendendo indispensabile riflettere sull'ageismo e i fattori ad esso correlati.

Come sottolineano Ayalon e Tesch-Römer (2018, p. 1), al di là del processo biologico della senescenza, l'invecchiamento umano è «incorporato in contesti sociali ed è modellato da fattori sociali». Tutti noi abbiamo convinzioni, esplicite e implicite, generalizzate sugli anziani: questa costruzione

¹ Il presente capitolo è frutto di una riflessione comune tra gli autori. Ai fini delle attribuzioni individuali, Claudio Torrigiani ha redatto il paragrafo 7.1, Paola Giannoni il paragrafo 7.2, Elena Zini il paragrafo 7.3 e Stefano Poli i paragrafi 7.4-7.5.

stereotipata dell'invecchiamento e della vecchiaia si chiama ageismo, un fenomeno onnipresente «nella nostra percezione degli anziani e nelle nostre azioni verso gli anziani» (*ibidem*).

Il termine ageismo è stato coniato nel 1969 dal gerontologo e psichiatra americano Robert Neil Butler, nel suo famoso articolo *Ageism: Another form of bigotry*, ad indicare la discriminazione operata nei confronti di una persona in base all'età. Butler definisce l'ageismo come il «pregiudizio di un gruppo di età nei confronti di altri gruppi di età» (1969, p. 243) e lo identifica come «un disagio radicato da parte dei giovani e delle persone di mezza età: un'avversione personale e un disgusto per la vecchiaia, la malattia, la disabilità; e un timore di sentirsi impotenti, “inutili”, vicini alla morte» (*ibidem*). Questi sentimenti risultano rafforzati dagli atteggiamenti culturali diffusi nelle società moderne e post-moderne, che tendono ad escludere la popolazione anziana dalla possibilità di contribuire attivamente allo sviluppo economico e sociale, ancorandola a modelli obsoleti e poco attrattivi.

Come è stato sottolineato più recentemente, questa definizione di ageismo «consisteva solo nella componente affettiva» (Iversen *et al.*, 2009, p. 11) del concetto, mentre, pochi anni dopo, Butler ha riconosciuto la maggiore complessità del fenomeno sviluppando una nuova definizione, includendo sia una componente cognitiva sia una comportamentale, che consiste nello «stereotipo e nella discriminazione contro le persone perché sono anziane» (Butler, 1975; cit. in Iversen *et al.*, 2009, p. 11). In un contributo successivo – insieme agli atteggiamenti pregiudizievole e alle pratiche discriminatorie contro gli anziani – Butler ha compreso nel concetto di ageismo anche le pratiche istituzionali e le politiche che perpetuano credenze stereotipate sugli anziani, riducendo le loro opportunità di condurre una vita soddisfacente e compromettendo la loro dignità personale (Butler, 1980).

Particolarmente rilevante risulta essere il contributo di Palmore: l'Autore utilizza la classica tripartizione cognitivo-affettivo-comportamentale e definisce l'ageismo come: «qualsiasi pregiudizio contro o a favore di un gruppo di età», notando che «esiste anche un ageismo positivo: il pregiudizio e la discriminazione a favore degli anziani» (1999, p. 4) e introducendo così la doppia valenza del concetto sottolineata anche da Wilkinson e Ferraro, secondo i quali «l'ageismo è generalmente ritenuto negativo, può anche essere positivo» (2002, p. 340).

L'ageismo è una forma molto varia di pregiudizio che si riferisce ad atteggiamenti sia benevoli che ostili verso la popolazione anziana. Alcune ricerche dimostrano, infatti, le conseguenze negative legate all'eccessiva accondiscendenza verso gli adulti più anziani, comportando un atteggiamento di tipo paternalistico.

Questo si traduce in una diminuzione dell'autoefficacia, della motivazione, della fiducia e dei sentimenti di controllo tra gli anziani (Baltes e Wahl, 1996; Hehman e Bugental, 2015; Hess, 2006; Kemper *et al.*, 1996).

7.2 Misurare l'ageismo: un'operazione complessa

In origine il termine ageismo indicava quindi il pregiudizio nei confronti di chiunque appartenesse a un determinato gruppo di età, mentre oggi è riferito in modo specifico alle persone anziane.

Come evidenziato da Solem, oltre ad essere espresso nelle interazioni interpersonali, l'ageismo «può anche essere insito nelle strutture sociali e materiali» (2007, p. 111) in cui viviamo. Recenti contributi hanno analizzato le relazioni che intercorrono tra gli stereotipi e le pratiche discriminatorie basate sull'età, mettendo in luce l'evidenza empirica dell'esistenza di detti atteggiamenti. Tali ricerche hanno considerato sia il ruolo degli stereotipi legati all'età detenuti da coloro che mostrano comportamenti ageisti, sia la prospettiva degli stessi adulti anziani come detentori di stereotipi (Voss *et al.*, 2017; Voss *et al.*, 2018). Le più recenti prospettive sull'ageismo prendono in esame il concetto e le sue origini (Ayalon e Tesch-Römer, 2018), considerando le relazioni tra gli stereotipi legati all'età e le pratiche discriminatorie (Voss *et al.*, 2018), anche nella forma dell'ageismo di genere (Krekula *et al.*, 2018) e nei confronti degli anziani immigrati (Dolberg *et al.*, 2018).

Numerosi studi hanno indagato le connessioni tra ambiente di lavoro e ageismo (Naegele *et al.*, 2018) e analizzato le pratiche discriminatorie basate sull'età all'interno del mercato del lavoro (Stypińska e Nikander, 2018). Fenomeni di discriminazione in base all'età, infatti, si possono verificare in tutti gli aspetti legati all'ambito lavorativo, quali la selezione del personale, la distribuzione di compiti, la disparità nella retribuzione o sotto forma di stereotipi che legano l'età al tipo di immagine che un lavoratore dovrebbe assumere. L'età può intervenire nel controllo dei comportamenti e delle prestazioni dei dipendenti in modo positivo se incrementa riservatezza, autonomia, crescita dei lavoratori e dell'organizzazione, negativamente quando viene usata in modo inadeguato, contribuendo a ledere la dignità e il rispetto degli occupati o quando i modelli organizzativi richiesti non si adattano ai profili di età dei lavoratori, non ottimizzando quindi le loro prestazioni e il loro sviluppo (Branine e Glover, 2001).

Molte ricerche si sono inoltre focalizzate sulle manifestazioni di ageismo per specifiche categorie di lavoratori nel sistema sociosanitario (Wyman, *et al.*, 2018) e in contesti particolari di cura, come quelli relativi alla salute mentale (Bodner *et al.*, 2018) e alle demenze (Evans, 2018). Dato l'aumento della popolazione anziana e il crescente numero di professionisti che si prende cura di loro, è fondamentale analizzare quali siano gli atteggiamenti e i comportamenti di questi ultimi verso i primi e come, eventualmente, potrebbero essere modificati. A tal proposito è stato dimostrato come l'azione dei *care-giver* ricopra un ruolo fondamentale nell'affrontare le problematiche legate all'ageismo, comportando la promozione di un invecchiamento sano (Nelson, 2016). Studi sul tema hanno mostrato, tuttavia, che fenomeni discriminatori

in base all'età accadono anche tra gli operatori sanitari verso i loro pazienti. Per quanto riguarda i pazienti anziani affetti da cancro, ad esempio, è stato dimostrato come uno su cinque abbia subito almeno un tipo di discriminazione associato alla propria età (Shin *et al.*, 2019). Gli stereotipi negativi e le discriminazioni rivolte alle persone anziane risultano correlati a un peggioramento delle loro condizioni di salute mentale, incidendo negativamente su depressione, ansia e stress (Lyons *et al.*, 2018). L'aumento di pazienti anziani con malattie croniche e pazienti che necessitano di assistenza continua richiede un maggior numero di professionisti dell'assistenza sanitaria. Tali operatori hanno maggiori probabilità di sviluppare comportamenti discriminatori nei confronti delle persone anziane, dovuti anche a cambiamenti nella concezione culturale rivolta a questo gruppo: con il passaggio a un modello familiare nucleare, infatti, lo status e il prestigio che una volta ricoprivano le persone anziane in molte culture sta mutando (Uğurlu *et al.*, 2019). È pertanto sempre più rilevante esplorare queste forme di discriminazione e sensibilizzare i *caregivers* a tali tematiche, data la necessità di interventi sull'ageismo.

Questi aspetti sono da considerarsi prioritari anche all'interno delle strategie e delle politiche innovative che sono state sviluppate per prevenire condizioni croniche, atteggiamenti e comportamenti discriminatori associati all'avanzare dell'età, oltreché una distribuzione diseguale delle risorse. Walker (2018), a tal proposito, ha sviluppato la nozione di 'invecchiamento attivo' che viene considerato come un concetto 'malleabile' e può quindi essere modificato incidendo sui fattori sociali che lo determinano, intervenendo sull'intero corso di vita delle persone anziane e promuovendo politiche sociali che siano in grado di prevenire una distribuzione ineguale delle risorse, legata a condizioni croniche associate all'età. Un intervento di contrasto all'ageismo è rappresentato inoltre dal modello Positive Education about Aging and Contact Experiences (PEACE), che mira a promuovere un'educazione all'invecchiamento, relazioni intergenerazionali positive e ridurre l'ansia legata all'età, ai pregiudizi e alle discriminazioni associate agli anziani (Levy, 2018). Le tecnologie di cui disponiamo possono essere di grande aiuto in questi processi educativi. Vi sono, per esempio, dispositivi che permettono di immedesimarsi negli anziani, sperimentando in prima persona le condizioni di fragilità e/o disabilità che vivono ogni giorno. Questo tipo di simulazione potrebbe cambiare gli atteggiamenti e i pregiudizi dei giovani e degli adulti nei confronti degli anziani. La domanda sorge spontanea: come rendersi conto di questo cambiamento?

La misurazione dell'ageismo valuta il livello di conoscenza e i comportamenti messi in pratica rispetto ai processi di invecchiamento (Palmore, 1977). È stata correlata ad atteggiamenti antagonisti e discriminatori (Fraboni *et al.*, 1990), nonché ad affermazioni riferite a credenze rispetto alla popolazione anziana (Rosencranz e McNevin, 1969). Esistono diverse scale sulla vecchiaia

e sull'invecchiamento, che ne misurano l'impatto sulla salute e sul benessere degli adulti anziani: ai fini di questo contributo è rilevante introdurre le scale che sono state utilizzate per misurare l'ageismo, con riferimento alla recente revisione sistematica di Ayalon *et al.* (2019). In letteratura sono state riscontrate significative associazioni tra l'ageismo e le sue componenti, associando la sua misurazione alle caratteristiche degli atteggiamenti positivi e negativi verso gli anziani, alle variabili attitudinali e di personalità (Kogan, 1961), agli stereotipi associati all'immagine che si ha dell'invecchiamento (Levy *et al.*, 2004) e a ciò che contribuisce a influenzare tali stereotipi (Tuckman e Lorge, 1954). Alcune scale si sono concentrate sulla misurazione degli atteggiamenti legati all'avanzare dell'età (Laidlaw *et al.*, 2007), altre sulle percezioni (Barker *et al.*, 2007), sulle aspettative (Sarkisian *et al.*, 2001) o anche sulle reazioni individuali degli anziani rispetto al proprio invecchiamento (Gething, 1994). Si è inoltre sviluppato un modello multidimensionale per la misurazione dell'ansia legata all'età, sia come fattore di mediazione negli atteggiamenti e nei comportamenti verso gli anziani, sia come fattore di adattamento rispetto ai propri processi di invecchiamento (Lasher, 1987), e per la misurazione della fragilità delle persone anziane, correlata ad attività della vita quotidiana (IADL e ADL), a fattori socioeconomici, sociodemografici e a differenti stili di vita (Poli *et al.*, 2017).

Dall'analisi è dunque emerso come in letteratura siano presenti molte scale per la misurazione dell'ageismo ostile, mentre pochi sono i riferimenti all'ageismo benevolo. Il presente contributo affronta questa lacuna riscontrata in letteratura e intende fornire una misura più articolata dell'ageismo, in grado di cogliere entrambe le sue componenti e consentire così un loro confronto.

7.3 Metodo

7.3.1 Obiettivo

Obiettivo della ricerca è stato quello di osservare il cambiamento nei livelli di ageismo, sia benevolo che ostile, in un gruppo di giovani invitati a sperimentare le menomazioni tipiche degli anziani fragili mediante la tuta di simulazione dell'età GERT.

7.3.2 Strumenti

Nell'ambito dello studio è stata adottata per la prima volta la IAAS², versione italiana, tradotta e validata, della Ambivalent Ageism Scale (Cary *et al.*, 2017).

² Poli, S. (in press). *Critica della società longeva*. Franco Angeli, Milano.

Tale scala rappresenta uno strumento *self-report* a 13 item che valuta l'ageismo ostile (4 item, ad esempio: «Gli anziani sono un salasso per il sistema sanitario e l'economia»; «La maggior parte degli anziani interpreta commenti o atti innocenti come se fossero ageisti») e benevolo (9 item, ad esempio: «È bene parlare lentamente alle persone anziane perché possono impiegare un po' di tempo per capire le cose che vengono dette loro»; «La gente dovrebbe proteggere gli anziani dalle notizie tristi perché si commuovono facilmente, fino alle lacrime»). Le risposte sono state misurate tramite una scala di valutazione a 7 intervalli (da 1 «Fortemente in disaccordo» a 7 «Fortemente d'accordo»).

La IAAS è stata poi associata all'uso del simulatore GERonTologic GERT³, che consiste in una tuta modulare che offre l'opportunità di sperimentare le menomazioni di soggetti anziani fragili o pre-fragili. Il sistema di simulazione dell'invecchiamento GERT consta di un insieme di singoli componenti, la cui interazione permette di ottenere un effetto molto simile alle limitazioni delle capacità motorio-sensoriali degli anziani. Tale simulatore di vecchiaia permette di riprodurre in modo realistico l'andatura tipica dell'anziano, l'alterata capacità di presa e permette di ricreare il maggiore impegno richiesto a livello mentale, nonché la crescente insicurezza nei movimenti. In particolare, la parte superiore della tuta comprende occhiali speciali che producono una percezione dei colori modificata, una visione offuscata e un restringimento del campo visivo, cuffie che inducono la perdita dell'udito ad alta frequenza e un collare cervicale che causa restrizioni alla mobilità della testa. Il corpo centrale della tuta comprende un gilet di peso che provoca flessione della colonna vertebrale, inclinazione del bacino, restrizioni della mobilità, sensazione di affondamento e diminuzione del senso di equilibrio, un paio di fasce per i gomiti che producono restrizione della mobilità articolare, un paio di polsini con pesi che inducono sensazione di affondamento e coordinazione modificata e un paio di guanti speciali che causano scarsa mobilità delle mani, capacità di presa limitata, percezione tattile ridotta e tremore. Infine, la parte inferiore della tuta comprende un paio di ginocchiere che causano restrizione della mobilità articolare, un paio di pesi per le caviglie che producono sensazione di affondamento, coordinazione modificata, andatura instabile e speciali soprascarpe che inducono sensazione spugnosa e riduzione della percezione del contatto con il pavimento.

La tuta GERT serve dunque per far comprendere meglio i comportamenti degli anziani a coloro che la indossano, in particolare permette di immedesimarsi nella condizione di vita tipica di una persona anziana. I giovani, indossando la tuta GERT, possono sperimentare e capire meglio le difficoltà fisiche e sensoriali che molti anziani incontrano nelle attività quotidiane (ad esempio camminare,

³ Il simulatore GERT è prodotto in Germania da Produkt + Projekt Wolfgang Moll.

salire e scendere le scale, mangiare, versarsi un bicchiere d'acqua, leggere un libro). Grazie a questa sperimentazione è stato dimostrato che la simulazione d'età tramite tuta GERT incentiva l'empatia verso i soggetti anziani. Il simulatore GERonTologic può rappresentare, inoltre, uno strumento utile nella formazione del personale sociale e sanitario, per promuovere la capacità empatica verso le persone anziane ed è applicabile nello sviluppo di servizi *age-friendly*, per sviluppare una cultura più favorevole al processo di invecchiamento.

7.3.3 Partecipanti

La ricerca ha coinvolto 228 studenti volontari dell'Università di Genova, di cui 87 iscritti al corso di laurea in Scienze dell'Educazione e della Formazione (pari al 38,2%) e 141 al corso di laurea in Servizio Sociale (pari al 61,8%). Si tratta di un campione di convenienza basato sul reclutamento volontario tra gli studenti frequentanti. Tuttavia, la provenienza da tali corsi di laurea è stata considerata positivamente rispetto alla validità del costrutto relativo a forme di ageismo verso le persone anziane, proprio in virtù della predisposizione degli studenti coinvolti verso tali tematiche. La distribuzione del campione per età varia dai 18 ai 54 anni, con una media che si attesta a 20,82 anni. Il campione risulta composto al 93,4% da femmine e al 6,6% da maschi, evidenziando un forte divario di genere. Per ciò che concerne il livello di istruzione dei nuclei familiari di origine degli studenti coinvolti, i genitori risultano per il 47,3% in possesso di un basso titolo di studio, per il 32,5% di un titolo medio e per il 20,2% di un titolo elevato.

7.3.4 Fasi della ricerca

La ricerca è stata suddivisa in tre fasi. Il livello di ageismo iniziale, per ogni studente coinvolto, è stato valutato al tempo t_0 con una prima somministrazione dell'IAAS. Dopo circa un mese dalla prima valutazione, ogni studente è stato coinvolto in un test di circa 15 minuti, in cui ha avuto la possibilità di sperimentare la simulazione dell'invecchiamento attraverso la tuta GERT (tempo t_1). Sono stati riprodotti diversi esercizi (camminata veloce, recupero da una caduta, presa di un piccolo oggetto, lettura di una pagina di libro, sollevamento di un peso, salita e discesa di una rampa di scale), simulando disturbi tipici dell'anziano, quali sarcopenia, ridotta capacità di coordinazione nel manipolare oggetti, tremore dovuto a malattie neurologiche, opacità della vista e restringimento del campo visivo, limitazioni uditive. A seguito della simulazione, gli studenti hanno fornito una valutazione sulla propria esperienza: è stato chiesto loro quanto ritenessero il test GERT utile per comprendere i processi di invecchiamento. Dopo circa un mese dalla simulazione, cioè due

Tabella 32: Composizione del campione

	Frequenze	Percentuali
Genere:		
Maschi	15	6,6
Femmine	213	93,4
Campione totale	228	100
Corso di laurea:		
Scienze dell'educazione e della formazione	87	38,2
Servizio sociale	141	61,8
Campione totale	228	100
Titolo studio genitori		
Basso	108	47,3
Medio	74	32,5
Alto	46	20,2
Campione totale	228	100

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

mesi dalla prima somministrazione dell'IAAS, agli studenti è stato chiesto di compilare una seconda volta il questionario, al fine di osservare la modifica dell'eventuale atteggiamento ageista associabile all'esperimento della tuta di invecchiamento GERT (tempo t2).

7.4 Risultati

Al fine di misurare l'impatto del simulatore sperimentale GERT sui livelli di ageismo dei partecipanti, osservati tramite la Italian Ambivalent Ageism Scale, è stata analizzata l'evoluzione complessiva della IAAS e delle sue sottodimensioni, benevola e ostile. Nel complesso, l'evoluzione tra la prima e la seconda somministrazione ha portato a una leggera riduzione della IAAS con un punteggio che è passato da 3,48 al t0 a 3,36 al t2. Il campione riflette dunque un livello molto basso di ageismo, sia al t0 che al t2, considerando che l'IAAS varia tra un punteggio minimo di 1 e uno massimo di 7. I risultati più interessanti sono legati alle sottodimensioni benevola e ostile, piuttosto che ai valori complessivi della scala. Il punteg-

gio medio dell'ageismo benevolo è passato infatti da 3,83 a 3,74 mentre l'ageismo ostile è sceso da 2,70 a 2,53.

Per quanto riguarda il genere è interessante notare che, mentre per le femmine il punteggio della IAAS a t0 si attesta a 3,48 e a t2 scende a 3,33, per i maschi vi è una tendenza opposta, con punteggi che passano rispettivamente da 3,57 (t0) a 3,92 (t2). Ciò viene confermato analizzando i punteggi delle sottodimensioni dell'ageismo. La componente benevola, per il genere femminile, scende da 3,82 a 3,69 e quella ostile, parimenti, da 2,70 a 2,50. Per il genere maschile, sale invece da 3,97 a 4,37 l'ageismo benevolo e da 2,68 a 2,93 quello ostile, mostrando come entrambe le sottodimensioni aumentino a seguito dell'esperienza della tuta GERT. In particolare, la sperimentazione del simulatore, sembra incidere significativamente per i maschi sull'aumento dell'ageismo benevolo, ma è da tenere in considerazione il significativo divario di genere presente nella composizione del campione e la scarsa numerosità della componente maschile.

Tabella 33: Ageismo per genere

Genere	Maschi		Femmine		Totale	
	Media	N	Media	N	Media	N
IAAS t0	3,57	15	3,48	213	3,48	228
IAAS t2	3,92	15	3,33	213	3,36	228
Ageismo benevolo t0	3,97	15	3,82	213	3,83	228
Ageismo benevolo t2	4,37	15	3,69	213	3,74	228
Ageismo ostile t0	2,68	15	2,70	213	3,70	228
Ageismo ostile t2	2,93	15	2,50	213	2,53	228

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Analizzando la variazione del livello di ageismo in relazione ai corsi di laurea frequentati dal campione, si evince come le aree tematiche afferenti alle specifiche materie di studio seguite dai rispondenti incidano sul basso livello nella IAAS già al tempo t0, che si attesta a 3,45 per gli studenti di Scienze dell'educazione e della formazione e a 3,50 per gli studenti di Servizio sociale. Entrambe le sottodimensioni decrescono ulteriormente a seguito della sperimentazione GERT, passando al t2 rispettivamente a 3,36 e 3,37. Dall'analisi emerge una lieve prevalenza nella riduzione delle componenti benevola e ostile per gli studenti frequentanti il corso di laurea in Servizio sociale.

Tabella 34: Ageismo per corso di laurea

Corso di Laurea	Scienze dell'educazione e della formazione		Servizio sociale		Totale	
	Media	N	Media	N	Media	N
IAAS t0	3,45	87	3,50	141	3,48	228
IAAS t2	3,36	87	3,37	141	3,36	228
Ageismo benevole t0	3,86	87	3,81	141	3,83	228
Ageismo benevole t2	3,79	87	3,70	141	3,74	228
Ageismo ostile t0	2,54	87	2,79	141	2,70	228
Ageismo ostile t2	2,38	87	2,62	141	2,53	228

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Per ciò che concerne il titolo di studio, si può evidenziare come a un livello medio di istruzione dei genitori corrisponda un decremento della IAAS tra t0 e t2 di 0,17 punti (da 3,54 a 3,37). Per i livelli di istruzione basso e alto la differenza risulta più contenuta, attestandosi, in entrambi i casi, a uno scarto tra le due rilevazioni di 0,9 punti. Esaminando nel dettaglio le sottodimensioni dell'ageismo si riscontrano però differenze tra le sue due componenti in relazione ai titoli di studio dei genitori. Mentre l'ageismo benevolo conferma infatti il decremento maggiore tra le due rilevazioni in relazione al livello medio di istruzione dei genitori (da 3,93 a 3,70 con un decremento di 0,13 punti), vi è una tendenza opposta per quanto riguarda l'ageismo ostile, che presenta un decremento più rilevante, tra t0 e t2, associato ai titoli di studio basso (da 2,71 a 2,46 con un decremento di 0,25) e alto (da 2,70 a 2,53 con un decremento di 0,17), rispetto al titolo di studio medio (da 2,68 a 2,63, con un decremento di 0,5 punti).

Infine, per osservare l'impatto netto della sperimentazione della tuta di simulazione GERT sull'ageismo, abbiamo chiesto ai partecipanti quanto ritenessero l'esperienza utile per comprendere i processi di invecchiamento (con una scala Likert da 1=per niente, 2=poco, 3=abbastanza, 4=molto).

Mentre solo sei casi hanno considerato scarsamente utile l'esperienza, i restanti oltre 200 partecipanti hanno ritenuto il test di simulazione dell'età come abbastanza o molto utile. Considerando l'effetto dell'esperienza GERT sulla modifica in IAAS, il Grafico 4 mostra alcuni elementi interessanti.

Tabella 35: Ageismo per titolo di studio dei genitori

Titolo di studio	Basso		Medio		Alto		Totale	
	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N
IAAS t0	3,42	108	3,54	74	3,53	46	3,48	228
IAAS t2	3,33	108	3,37	74	3,44	46	3,36	228
Ageismo benevolo t0	3,74	108	3,93	74	3,90	46	3,83	228
Ageismo benevolo t2	3,72	108	3,70	74	3,85	46	3,74	228
Ageismo ostile t0	2,71	108	2,68	74	2,70	46	2,70	228
Ageismo ostile t2	2,46	108	2,63	74	2,53	46	2,53	228

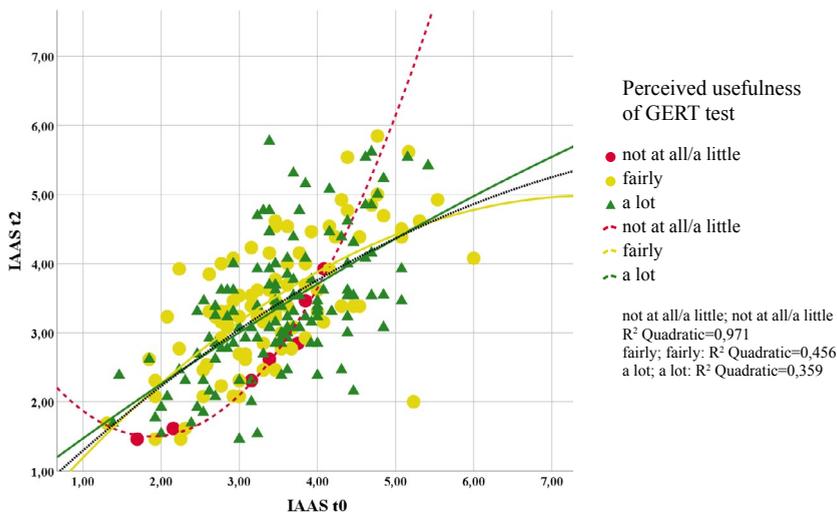
Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Tabella 36: Utilità dell'esperienza percepita

Quanto ritieni sia stata utile la tuta GERT per comprendere i processi di invecchiamento?	Frequenze	Percentuali
Per nulla	1	0,4%
Poco	6	2,6%
Abbastanza	87	38,2%
Molto	131	57,5%
Non risponde	3	1,3%
Totale	228	100%

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Grafico 4: Variazioni di IAAS t0-t2, rispetto all'utilità percepita del test GERT.



Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Il grafico di dispersione descrive sull'asse X i punteggi degli intervistati su IAAS al t0 e sull'asse Y i punteggi corrispondenti rilevati al t2. Inoltre, il grafico riproduce in diversi colori l'utilità percepita dell'esperienza GERT da parte dei partecipanti, classificata come segue: a) rosso, utilità percepita nulla o scarsa; b) giallo, utilità abbastanza percepita; c) verde, esperienza ritenuta molto utile per comprendere i processi di invecchiamento. Intuitivamente, più le angolazioni delle linee tendono ad abbassarsi, più il corrispondente punteggio IAAS si è ridotto grazie alla sperimentazione tra le due somministrazioni. Infatti, la linea di adattamento totale tende ad abbassarsi quanto più sale l'utilità percepita dell'esperienza da parte degli intervistati. Quindi, la tuta di simulazione GERT ha contribuito senza dubbio ad abbassare il livello di ageismo misurato dalla IAAS nelle due somministrazioni.

La variazione dell'IAAS tra t0-t2 risulta dunque associata direttamente all'aumento dell'ageismo benevolo e ostile, con un'incidenza maggiore dell'atteggiamento benevolo piuttosto che di quello ostile verso gli anziani. Inoltre, l'ageismo sembra diminuire in relazione all'uso del simulatore GERT.

7.5 Conclusioni

Lo studio dimostra che l'adozione di un esperimento di simulazione dell'età riduce potenzialmente i livelli di ageismo. Tuttavia, questi strumenti, se da un lato contribuiscono a ridurre gli atteggiamenti ageisti complessivi, in par-

ticolare diminuendo l'ostilità e la distanza sociale verso le persone anziane, dall'altro possono produrre anche un aumento della mentalità ageista protettiva, a causa dell'empatia suscitata dalla sperimentazione delle condizioni di fragilità, che può potenzialmente promuovere una sorta di 'effetto bolla' per iper-proteggere gli anziani. Ciò non mette in discussione l'utilità di tali strumenti nel promuovere una cultura dell'invecchiamento inclusiva, attraverso un approccio intergenerazionale innovativo. Tuttavia, i nostri risultati mostrano che l'esperienza deve essere attentamente mediata per evitare l'effetto collaterale di promuovere atteggiamenti benevoli iperprotettivi, soprattutto tra i giovani che si avvicinano alle carriere professionali di cura.

Lo studio presenta diverse limitazioni. Il campione adottato per valutare l'ageismo dopo l'esperienza del simulatore GERT era di convenienza, basato sul reclutamento volontario tra studenti universitari, probabilmente con un atteggiamento già vocazionale verso il *caregiving*, dovuto ai loro percorsi di studio. Inoltre, il campione finale di 224 casi è risultato fortemente limitato a causa dell'emergenza Covid-19 che ha impedito di raddoppiarne il numero coinvolgendo altri studenti dei corsi di Design e di Professioni Sanitarie.

Lo studio mostra tuttavia alcuni elementi di innovazione: risulta essere la prima applicazione della scala IAAS, a seguito della sua validazione, associata al simulatore GERT, quale strumento valido per diffondere una cultura intergenerazionale inclusiva. Infatti, promuovere e migliorare forti competenze trasversali, soprattutto tra giovani futuri professionisti, può aiutare, non solo a sviluppare le loro carriere, ma anche a pianificare e realizzare, attraverso un approccio bottom-up, servizi adeguati alla crescente popolazione anziana, in modo da rispondere meglio ai reali bisogni degli anziani.

8. Anziani in lockdown: fragilità, vulnerabilità e resilienza

Stefano Poli e Elena Zini¹

Dipartimento di Scienze della Formazione, Università degli Studi di Genova

8.1 Anziani oltre il lockdown

L'emergenza sanitaria in corso, legata alla diffusione del Covid-19, si sta rivelando particolarmente critica per le persone anziane, mettendone in evidenza fragilità e vulnerabilità. In questo momento di crisi, gli ultrasessantacinquenni sono chiamati da un lato a fronteggiare un elevato tasso di contagio e letalità (Onder *et al.*, 2020), dall'altro a gestire le forti limitazioni alla vita di relazione imposte dalle disposizioni governative. In questo senso, la qualità della vita dei senior appare fortemente influenzata dalla riduzione dei contatti con i propri cari, dalla difficoltà di accedere a forme di supporto materiale ed emotivo, dai vissuti di malinconia e dall'aumentata percezione di isolamento.

Le ricerche sottolineano gli effetti negativi che la solitudine può avere sulla salute fisica e mentale degli anziani (Gerino *et al.*, 2017), influenzando la loro capacità di resistere ai fattori di stress. Più nel dettaglio, l'isolamento costituisce un fattore di rischio per l'insorgenza dei disturbi d'ansia e depressivi, espone ad un generale declino cognitivo e contribuisce all'insorgenza di problemi cardiovascolari e insonnia che, diminuendo i processi ristorativi notturni, può aumentare la gravità delle malattie croniche legate all'età (Li e Zhang, 2015; Grossman *et al.*, 2021).

In questo contesto, la capacità di resilienza dei senior, quale abilità dinamica di affrontare, superare e uscire rinforzati da esperienze negative, è stata messa a dura prova. Ciò è risultato particolarmente evidente tra i senior residenti da soli o in RSA (Comas-Herrera *et al.*, 2020).

¹ Il presente capitolo è frutto di una riflessione comune tra i due autori. Ai fini delle attribuzioni individuali, Elena Zini ha redatto i paragrafi 8.2-8.3, Stefano Poli i paragrafi 8.1 e 8.4.

Le circostanze che stiamo vivendo ci mostrano, ancora una volta, come le traiettorie dello sviluppo individuale siano estremamente diversificate e come non sia possibile riferirsi a un singolo modo di conservare l'equilibrio a seguito di eventi avversi. Al contrario, sono sempre rilevabili percorsi di resilienza multipli poiché ciascuno possiede potenzialità diverse di resistenza alla pressione e può risultare resiliente o vulnerabile a seconda delle circostanze. In questo senso, Klasa e colleghi (2021) adottano un modello socio-ecologico per offrire una lettura dei complessi processi di resilienza riscontrabili tra le persone anziane. Nei diversi livelli dell'ecologia individuano una serie di elementi (es. stato generale di salute, livello di istruzione, contesto di residenza) che possono divenire via via fattori di rischio o protezione e determinare la capacità individuale di far fronte allo stress.

La capacità di resilienza non può essere semplicemente definita come un'azione riparativa: essa origina, infatti, da una frustrazione, ma può trasformarsi in opportunità. Lo studio dei processi di resilienza promossi dai senior per far fronte agli ordini di difficoltà connessi con l'attuale emergenza sanitaria non deve allora limitarsi alla registrazione dei possibili fattori di rischio a cui gli anziani sono soggetti, ma rivolgere l'attenzione anche alle variabili in grado di mitigare l'impatto degli eventi avversi e dare origine a nuovi apprendimenti.

8.2 Metodo

Nell'ambito della terza fase del progetto PRESTIGE sono stati esplorati i vissuti degli ultrasessantacinquenni legati al lockdown con l'obiettivo di osservarne le condizioni di salute e di benessere durante l'attuale emergenza sanitaria, di raccogliere le situazioni di maggiore criticità esperite e le strategie elaborate per farvi fronte.

A partecipare allo studio è stato un campione non probabilistico di anziani estratti, sulla base della disponibilità dichiarata, dal più ampio gruppo di partecipanti all'attività di screening promossa nella prima fase del progetto. Gli intervistati, 157 in totale, sono caratterizzati, secondo quanto emerso dall'analisi dei test effettuati precedentemente, da differenti livelli di fragilità di salute (robusti, pre-fragili e fragili) e vulnerabilità sociale (socialmente vulnerabili e socialmente resilienti).

I dati sono stati raccolti mediante un'intervista telefonica semi-strutturata a bassa direttività, della durata di circa venti minuti, condotta dal personale del Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Genova, nel periodo compreso tra settembre 2020 e dicembre 2020. Tale intervista è stata progettata come strumento di raccolta delle percezioni individuali, nonché di relazione e *voice* di un gruppo sociale, quello degli anziani, particolarmente coinvolto nell'attuale panorama sanitario.

L'attività di analisi effettuata ha permesso di coniugare i dati raccolti mediante i test di screening già compilati da questi soggetti con quanto emerso dall'attenta lettura delle interviste. Dall'integrazione di tali informazioni sono emersi sei profili, non probabilistici né generalizzabili o rappresentativi dal punto di vista statistico, caratteristici della popolazione senior in questo momento di emergenza.

8.3 Risultati

Di seguito si esporranno i tratti dei profili appena citati allo scopo di abbozzare alcuni tipi sociologici. Tali profili idealtipici, seppur riscontrabili pienamente nella popolazione senior attualmente chiamata a fronteggiare l'emergenza Covid-19, non hanno pretesa di esaustività rispetto agli universi generazionali che rappresentano. Gli ultrasessantacinquenni che questi profili intendono ritrarre, benché accomunati da alcuni pattern, declinano, infatti, i comportamenti, i pensieri e le emozioni con ampia eterogeneità allo scopo di organizzare la propria vita a fronte delle avversità esperite.

8.3.1 *Gli anziani resilienti*

Il profilo descrive gli anziani robusti, tendenzialmente in buona salute ed inseriti in un tessuto di relazioni supportive, che, con l'avvento della pandemia, hanno visto le loro routine stravolgersi in maniera rapida ed imprevedibile.

Il lockdown ha modificato le mie abitudini quotidiane in maniera abbastanza importante. Sono una persona molto attiva: se posso, vado a fare le commissioni a piedi e ogni giorno ho i miei itinerari per le comperché mi piace camminare. Il mercoledì partecipo alle riunioni dei pensionati. Spesso nei fine settimana vado nella mia casa al mare ad occuparmi dell'orto o di piccoli lavoretti di giardinaggio e manutenzione. Poi quasi giornalmente vedo i miei nipoti: amo passare del tempo con loro, scherzare e sapere come trascorrono la giornata. Il lockdown ha stravolto le mie abitudini, costringendomi ad uscire il meno possibile e a non coltivare in presenza le mie relazioni sociali. (Maschio, 64-75 anni, livello di istruzione medio, robusto)

Gli inevitabili cambiamenti nelle routine, imposti dalle disposizioni governative atte a contenere la diffusione del virus, hanno generato, in fase iniziale, disorientamento ed incertezza. Alcuni intervistati hanno, a questo proposito, riferito sentimenti di ansia e preoccupazione.

Pensando al lockdown, disorientamento è sicuramente il primo termine che mi viene in mente. Il cambiamento radicale nella mia quotidianità mi ha sviluppato un forte sentimento di paura e preoccupazione, soprattutto per il dover utilizzare obbligatoriamente i vari dispositivi di protezione come mascherina, disinfettante e guanti. Il lockdown ha modificato le mie abitudini quotidiane perché essendo sempre stata abituata a stare a stretto contatto con la gente (avevo una merceria) mi sono sentita sola, spaventata e angosciata. (Femmina, 64-75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Nonostante le situazioni difficili sperimentate (es. vissuti di incertezza e preoccupazione, isolamento, impossibilità di compiere piccole passeggiate quotidiane), gli anziani raccontano di aver trovato, con il tempo, la forza di far fronte alle criticità, riorganizzando positivamente la loro vita e restituendo un valore alla quotidianità. Le risorse personali sono state sfruttate al meglio con l'obiettivo di uscire da una situazione percepita inizialmente come potenzialmente paralizzante.

Le strategie di *coping* che gli intervistati raccontano di aver attivato si configurano come un insieme eterogeneo che muta a seconda delle caratteristiche individuali, del livello di stress percepito e del contesto in cui gli individui sono inseriti. Gli sforzi cognitivi e comportamentali promossi per gestire le criticità esperite fanno riferimento, in alcuni casi, alla ricerca di contatti e supporto sociale, anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici fino a quel momento magari non sfruttati pienamente.

A volte telefono ad un caro amico che conosco da quando ero piccola e alla sua bella famiglia. Sono persone veramente carine. Anche una sola chiamata mi offre il conforto di sapere che c'è qualcuno su cui posso contare. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

In questo periodo, per vincere la monotonia, ho usato molto il tablet. Oltre a giocare con diversi giochi, passavo il tempo su Facebook guardando video e foto di amici. Inoltre, potevo scambiare messaggi con i miei amici e parenti per rimanere in contatto e sentirci quotidianamente. (Femmina, 64-75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

In altri casi, per far fronte allo stress legato alla monotonia e all'impossibilità di uscire, gli intervistati riferiscono di essersi dedicati ai propri hobby (lettura, cucina, cucito, lavori a maglia, giardinaggio), dando spazio alla creatività, e di aver praticato, con minore o maggiore regolarità, esercizio fisico allo scopo di combattere la sedentarietà.

Ogni tanto mi esplodeva la vena artistica e mi veniva l'ispirazione di dipingere, così pitturavo qualche quadro o delle pietre. Poi mi dedicavo di più alla cucina sperimentando anche ricette nuove. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Il lockdown mi ha costretto a stare in casa e a rinunciare alla mia passione, ossia il ballo. Così facevo la cyclette mentre ascoltavo la musica. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, robusta)

Ancora, alcuni anziani raccontano come sia stato fondamentale affidarsi al proprio pensiero positivo per riuscire a gestire efficacemente e con coraggio problemi di carattere pratico e momenti di difficoltà emotiva.

Non ero abituata a stare chiusa in casa. Ho cercato di pensare positivo, restando mentalmente e fisicamente forte, reagendo alla paura e al panico. Così ho fatto tante pulizie negli armadi, guardato vecchie foto, visto programmi televisivi e fatto il pane che non l'avevo mai preparato prima. Ho vissuto con ottimismo. Penso che dopo il brutto tempo venga il bello, che dopo la pioggia venga sempre il sole. Ho sperato che potessero scoprire un vaccino o comunque una valida cura. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Infine, alcune persone sottolineano l'utilità di mantenersi aggiornati, seguendo i programmi televisivi o leggendo i giornali, per gestire consapevolmente i vissuti di preoccupazione legati al diffondersi del virus sul territorio italiano e all'eventualità di potersi ammalare.

La mia preoccupazione era quella di capire cosa stesse succedendo e come potersi proteggere dal virus. Ho seguito alcuni programmi televisivi in cui erano ospitati dottori competenti, ho parlato con il mio medico di base e mi sono confrontato in famiglia per avere informazioni a mia disposizione. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione medio, robusto)

Dai racconti emergono alcune risorse personali e sociali che si ipotizza possano aver svolto una funzione di protezione nel processo di elaborazione e gestione delle criticità durante il lockdown, promuovendo forme di resilienza. Tali risorse fanno riferimento a tratti caratteriali (es. propensione all'ottimismo, tendenza a 'farsi coraggio', attitudine ad 'armarsi di buona volontà'), a buone condizioni di salute, alla presenza di una relazione affettiva stabile, alla possibilità di godere del supporto del proprio nucleo familiare allargato (es. aiuto pratico e/o sostegno emotivo da parte dei figli) o di una rete esterna (es.

volontari disposti a portare la spesa a domicilio) e alla compagnia offerta da un animale domestico.

Avendo 85 anni, non nego, che ho avuto molta paura, ma mi ritengo una donna forte e in grado di superare anche una pandemia. Ho stretto i denti, mi sono armata di un'enorme buona volontà e grazie all'affetto e al sostegno dei miei familiari sono riuscita a rendere questo periodo meno difficile. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, robusta)

Questo periodo l'ho trascorso con mia moglie. Non la posso lasciare. Sono 58 o 59 anni che siamo insieme. Ai giovani può sembrare un po' strano resistere tanto tempo assieme, ma per noi è meglio adesso di prima. (Maschio, over 75 anni, livello di istruzione alto, robusto)

Probabilmente anche a partire da tali fattori di protezione, i senior hanno trovato la forza di rielaborare l'esperienza dolorosa vissuta in apprendimento, acquisendo delle competenze utili al miglioramento della qualità della vita e alla sua riorganizzazione. Il lockdown, in questo caso, è diventato un motore di cambiamento che ha permesso agli anziani di resistere e costruire una nuova intensa quotidianità, invertendo una tendenza che poteva far presagire scenari di sofferenza e solitudine. Gli anziani raccontano come i mesi trascorsi in casa siano diventati, ad esempio, occasione di introspezione, motivo per 'restituire valore alle piccole cose', opportunità per riscoprire i propri hobby o, ancora, momento per ritrovare coesione con i propri familiari.

Essere così isolata era una cosa insolita, ma anche un'opportunità. È stato un periodo meditativo perché quando non hai il cervello impegnato in tante cose diverse hai più modo di pensare, ricordare e guardarti dentro. È stato costruttivo. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Ci siamo riuniti forse un pochettino di più con la famiglia, proprio per far fronte a questo stato di emergenza. Quindi posso definirlo un momento difficile, ma anche un momento superato grazie ad una nuova coesione familiare. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione medio, robusto)

Nei vissuti condivisi dagli anziani trova spazio anche il senso di frustrazione sperimentato durante il lockdown e legato all'impossibilità di svolgere una serie di attività che consentivano loro di mantenere una vita relazionale dinamica e avere un ruolo attivo in famiglia e in società.

Si sono interrotte le lezioni col CUP che erano il mio svago. Mi è dispiaciuto molto perché mi piacevano le attività e stavo in compagnia delle mie amiche. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

È un periodo brutto perché non posso fare quello che facevo prima. Mi mancano le nonnine che assistevo all'istituto. Vorrei che questa situazione finisse per tornare da loro e poterle abbracciare. Sarei la donna più felice del mondo. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Non vedo mia sorella da mesi e lei soffre di Alzheimer. Prima andavo a trovarla più volte a settimana, mentre in questo periodo mi son solo sempre tenuta in contatto con sua figlia, mia nipote, per sapere come stesse. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione basso, robusta)

Le interviste raccolte testimoniano anche l'attenzione rivolta dagli anziani verso altre categorie sociali e i loro bisogni. A più riprese, vengono evidenziate le preoccupazioni per le nuove generazioni, costrette a limitare i propri rapporti sociali e le occasioni di apprendimento in una fase della vita particolarmente delicata.

Non vedo un futuro facile per i giovani e questa è una cosa che mi dispiace, perché io ormai la mia vita me la sono fatta, ma i giovani di oggi no. I bambini non possono più andare a scuola: questa pandemia sta levando tante cose. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione medio, robusto)

Al contempo, i racconti spesso fanno riferimento a sentimenti di riconoscenza e apprezzamento per il lavoro svolto dal personale sanitario e dai volontari durante l'emergenza. Alcuni senior empatizzano, inoltre, con i tanti professionisti che si sono adattati e reinventati per far fronte al lockdown.

A darmi fiducia nel futuro è la grande dedizione delle persone che quotidianamente aiutano gli altri in questa difficile situazione, dal personale ospedaliero agli enti di beneficenza e volontariato. Persone che nella paura hanno trovato la forza di dare una mano. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Provo, inoltre, ammirazione per tutti coloro che hanno saputo adattarsi e adattare le proprie professioni a questa pandemia: i commercianti che hanno introdotto delle misure volte all'aiuto economico delle famiglie bisognose e nuovi servizi, come la consegna a domicilio, con lo scopo

di aiutare le persone e limitare gli assembramenti. (Maschio, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusto)

Gli intervistati esprimono gratitudine anche verso il proprio destino, riconoscendo come questo sia stato benevolo e abbia offerto loro una vita piena e soddisfacente.

Mi son sentita fortunata perché, sentendo il telegiornale, ho appreso che molte persone anziane vivevano in solitudine. Io ero circondata dall'amore e dall'affetto dei miei cari che sono stati premurosi con la spesa, con le chiamate e non mi hanno fatto mancare assolutamente nulla. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione basso, robusta)

Ho sempre cercato di vedere le cose positive perché alla mia età mi ritengo già molto fortunata di svegliarmi ogni giorno sulle mie gambe e, in generale, dei traguardi che ho raggiunto nella mia vita. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

8.3.2 *Gli anziani non resilienti*

Il profilo definisce gli over 65 che, colpiti dall'improvvisa e imprevedibile emergenza sanitaria, non sono riusciti a erigersi una barriera di difesa che permettesse loro di trovare la protezione e la forza necessarie per far fronte alla crisi in atto. Si tratta di senior tendenzialmente in buone condizioni di salute generale, caratterizzati probabilmente da una storia di preesistente vulnerabilità sociale che, in occasione del lockdown, si è esplicitata riducendone la capacità di resilienza agli eventi stressanti.

La pandemia e le limitazioni ad essa connesse sono state vissute da questo gruppo di anziani come particolarmente dolorose. Nei racconti spesso l'esperienza attualmente vissuta viene paragonata a quella sperimentata durante la guerra: a tornare è il senso di incertezza e la forte preoccupazione per l'incolumità propria e dei propri cari.

Sento forte il dolore quando mi vengono in mente le immagini trasmesse alla televisione di quella fila di camion che contenevano tutte quelle persone venute a mancare per il coronavirus. Mi sembrava di essere tornata ai rastrellamenti durante la Seconda guerra mondiale. In pochi abbiamo la sfortuna di ricordare quei momenti! Non tanto quello che provavo durante i bombardamenti, ma proprio quella paura che nasceva ogni volta che mio padre usciva di casa e temevo non tornasse più. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

L'impatto con la realtà dolorosa sembra aver preso il sopravvento nei vissuti di questi intervistati, senza lasciare spazio ad altro. Le narrazioni ritornano spesso sull'angoscia esperita, sul senso di incessante solitudine, sulla disperazione provata davanti alle sofferenze dei malati e al numero dei morti che continua a crescere.

Nonostante non abbia mai conosciuto i miei genitori perché morirono quando ero piccola, non mi è mai mancato l'affetto dei miei familiari che hanno ricreato l'amore che avevo perso. Durante questo lockdown, per la prima volta, ho avuto paura di rimanere da sola, di non poter vedere i miei nipoti e le mie figlie. Mi sono mancate le riunioni per il pranzo della domenica, il passare del tempo insieme a ridere e scherzare. Adesso vedo un futuro nero, triste, deprimente. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Provo disperazione nel vedere le immagini di tutto quello che è accaduto, inizialmente a Wuhan, in Cina, e poi nei nostri ospedali italiani. Immagini e video strazianti di persone che venivano portate via con la forza dalle proprie abitazioni e che si accasciavano in strada, non riuscendo a respirare. Poi delle persone intubate, sole in un letto di ospedale. La situazione negli ospedali è tragica e vedere campi da calcio o altri spazi, adibiti come ospedali, mi spezza il cuore. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione alto, robusta)

A spaventare questi anziani è soprattutto la situazione di incertezza e precarietà che stiamo vivendo. Gli intervistati condividono la percezione di essere impegnati nella lotta contro un pericolo invisibile, capace di cambiare in modo radicale le loro vite da un momento all'altro. A preoccupare è anche la scarsa conoscenza del virus che, al momento, sembra avere il personale sanitario.

Hai paura perché non sei pronto, non capisci e soprattutto non sai a cosa andrai incontro. Sei indifeso contro questo nemico invisibile che non risparmia nessuno. Arriva in silenzio e nei peggiori dei casi ti rovina o ti toglie la vita. Nessuno di noi possiede i mezzi giusti per sconfiggerlo e, alla mia età e nella mia condizione di salute, la paura più grande è quella di morire. Nulla è più sicuro, vivi costantemente in un'incognita. Oggi ci sei e domani potresti non esserci più. La vita può cambiare in un attimo. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

La paura e la preoccupazione sono ancora più forti negli anziani che hanno fatto esperienza del Covid-19 in prima persona e ne hanno conosciuto gli effetti potenzialmente devastanti. Gli intervistati raccontano come la malattia li abbia portati a chiudersi in una dimensione di dolore e privati della forza di far fronte in maniera positiva all'esperienza traumatica vissuta. Sentimenti analoghi sono raccontati dai senior che hanno perso, a causa del virus, un proprio caro. In questi casi, al dolore per la morte del familiare o dell'amico, si aggiunge il dramma di non aver potuto assistere il proprio caro negli ultimi momenti di malattia o accompagnarlo nel rito funebre.

Ho avuto il Covid. Sono stata male 20 giorni con tosse e febbre. Respiravo male. Ho avuto molta paura per me e per mio marito. Avevo dolori su tutto il corpo. Non sono stata in ospedale e adesso sto seguendo le cure del medico e mi sento meglio. Ho paura di riprenderlo o che lo prenda mio marito. Mi sento più agitata e arrabbiata adesso rispetto a prima. Non voglio vedere nessuno e non voglio che nessuno venga a trovarmi a casa. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, robusta)

La difficoltà più grande è stata quella di aver perso mia sorella. Lei viveva da anni ormai in una casa di riposo e da un giorno all'altro non ho più avuto la possibilità di andare a farle visita. È morta sola. Non siamo nemmeno riusciti a darle un funerale degno. L'ultimo ricordo che ho di lei è quando ho accarezzato la bara, prima che il carro funebre la portasse via. Da lì in poi mi sono sentito precipitare, non sono stato più lo stesso. La mia vita si è chiusa nelle quattro mura di casa. (Maschio, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusto)

Il malessere sperimentato trova espressione in sintomi di natura differente. Alcuni intervistati riferiscono di soffrire di irritabilità e insonnia a causa della monotonia e dell'isolamento che caratterizzano la loro nuova quotidianità. Altri affermano di aver osservato una maggior propensione a soffrire di stati d'ansia, altri ancora descrivono disturbi depressivi che talvolta si esprimono in pensieri ricorrenti legati alla morte. A costituire motivo di stress sono: l'impossibilità di ricevere i propri cari in visita, la paura del contagio, il timore di non poter accedere alle cure mediche eventualmente necessarie, il prolungarsi dell'emergenza, la mancanza di informazioni chiare, la noia e la frustrazione.

Sono triste e mi sento demoralizzata. Vorrei svegliarmi un giorno e sapere che è tutto finito. Non riesco a non preoccuparmi e a stare serena. Purtroppo, la salute mentale incide anche su quella fisica: sono collegate fra loro. Prima di stare bene fisicamente, devi stare bene men-

talmente. Ma oggi come oggi come si fa? (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

Durante il primo lockdown avevo sempre gli attacchi di panico, il batticuore e chiamavo sempre l'ambulanza. Non è stato un periodo bello. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, robusta)

Tra i motivi di forte preoccupazione i senior riportano spesso il timore che la sedentarietà e la riduzione della socialità imposte dalle misure atte a contenere la diffusione del Covid-19 si possano successivamente tradurre in un decadimento fisico e cognitivo.

La preoccupazione è che stando ferma a casa le mie gambe non funzionino più. Cammino a casa, ma non è la stessa cosa che camminare fuori. A causa dello stare a casa ho le gambe un po' anchilosate. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, pre-fragile)

Le strategie di coping descritte da questo gruppo di senior fanno spesso riferimento alla tendenza alla fuga e all'evitamento, probabilmente con l'obiettivo di alleviare l'ansia sperimentata e proteggersi da un eventuale danno psicologico.

Leggevo. Mio figlio mi aveva preso dei romanzi in prestito in biblioteca così leggevo. Cercavo di non pensarci al virus. Leggendo pensavo ad altro. Dovevo leggere e capire cosa leggevo. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Per riuscire a fronteggiare più efficacemente le difficoltà esperite nel periodo del lockdown gli intervistati avrebbero desiderato poter usufruire del supporto di professionisti quali medici e psicologi, al fine di condividere le proprie preoccupazioni, ricevere rassicurazioni, nonché informazioni più accurate circa il virus.

Mi avrebbe fatto piacere avere un confronto con una persona esterna alla rete familiare/amicale, ad esempio uno psicologo. Mi avrebbe aiutato a superare i momenti più difficili. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, robusta)

Mi sarebbe piaciuto avere un rapporto più diretto con il medico di famiglia: poter essere rassicurato, avere qualche spiegazione. Mi è mancato il normale rapporto che ho sempre avuto con lui potendo an-

dare nello studio. (Maschio, over 75 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

Per gli stessi motivi i senior avrebbero ambito ad avvertire una maggiore vicinanza emotiva da parte dei familiari non conviventi. L'impossibilità di incontrarsi, come accadeva in precedenza, ed esprimersi reciproco affetto attraverso un abbraccio o una carezza evidenzia, infatti, la necessità di intensificare la quantità e la qualità degli scambi telefonici per riuscire a trovare sollievo al senso di solitudine sperimentato.

Avrei voluto ricevere qualche chiamata in più. Capisco che i figli e i nipoti siano sempre impegnati e non possano sempre, però, qualche chiamata in più mi avrebbe fatto piacere. Ne ho bisogno se non possono venire a trovarmi. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, robusta)

8.3.3 Gli anziani che hanno vissuto il lockdown in campagna

Il profilo delinea i tratti degli over 65 che hanno trascorso il lockdown presso le loro residenze di campagna in piccoli comuni collinari. Per alcuni tale situazione ha rappresentato un evento inaspettato, resosi necessario per rispettare le disposizioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza Covid-19 allora emanate dal Governo, per altri un fatto programmato più liberamente con l'aiuto dei propri cari.

Abbiamo una casa in campagna nell'Appennino piemontese. Combinazione eravamo andati là qualche giorno per controllare la casa dopo l'inverno e, a seguito della chiusura delle regioni, ci siamo dovuti fermare lì per ben tre mesi. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione alto, robusta)

Mio figlio mi ha chiesto di andare a Milano ed io non sono andata. Ho preferito trascorrere il lockdown qui perché almeno non avevo tentazioni ad uscire. Qua non mi serve girare: ho il cortile e il cane. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile).

Tutti gli intervistati hanno trascorso con piacere il periodo in campagna dal momento che questo ha permesso loro di mantenere sostanzialmente inalterate le proprie routine in termini di orari e attività svolte.

In realtà il lockdown non ha modificato quasi nulla nelle mie abitudini quotidiane. Il mio è un piccolo paesino dove ormai, soprattutto d'inver-

no, viviamo in pochi. Ho la mia casa grossa e il mio spazio fuori che è abbondante per cui sono riuscita a fare tutte le mie cose e a passare molto tempo nel mio giardino come ho sempre fatto. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Non ho risentito più di tanto dei cambiamenti perché qui nel paese dove abito non siamo abituati ad andare al cinema o a teatro. Ad aprile andavo nella vigna a potare come al solito. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione medio, robusto).

La possibilità di passeggiare nei propri terreni, di coltivare l'orto, di fare piccoli lavori manuali e di prendersi cura degli animali ha consentito agli anziani di mantenersi attivi e fornito loro una motivazione ad uscire quotidianamente di casa per godere dell'aria aperta e del sole.

Le attività manuali da svolgere fuori mi hanno aiutata a vincere la monotonia. Per esempio, ho pulito i fossi dove scorre l'acqua per prevenire le frane, ho spostato la legna dal casotto al reparto della caldaia e ho spalato la neve. Tutti questi lavori che faccio abitualmente mi tirano molto più su rispetto a quelli casalinghi. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Io ho gli animali da guardare, le galline, i conigli, meno male così mi muovo nel mio cortile e sento sempre il sole caldo. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

La vita in campagna ha offerto agli intervistati, inoltre, la percezione di risiedere in un luogo sicuro, lontano da assembramenti e dal rischio di contagio ad essi collegato.

Poiché noi viviamo in un paese poco frequentato per le strade c'eravamo solo io e mia moglie e a volte qualcun altro che camminava. Non c'era nessun pericolo di contatto umano. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione basso, robusto)

Sia io sia mia mamma non ci preoccupiamo, perché siamo isolati. È inutile fasciarsi la testa. So che posso prendere il Covid benissimo andando a fare la spesa, ma io e mia madre siamo ottimisti. Non relazionandosi, non andando in giro uno è tranquillo. È logico che ci laviamo le mani sempre, ma più per una questione di igiene personale. Qui non penso ci sia l'ambiente contaminato. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione basso, robusto)

Ancora, la percezione di risiedere in un luogo sicuro ha consentito a questi senior di mantenere attivi alcuni spazi di relazione che si ipotizza possano aver contribuito al mantenimento di uno stile di vita dinamico e risposto a bisogni di protezione e appartenenza.

Mia sorella abita qui a 50 metri e viene sempre due o tre volte alla settimana a trovarmi. Insieme facciamo due lavoretti per la casa. Anche durante il lockdown veniva. Abbiamo anche un amico. Quando è venuto da me perché avevo bisogno del suo camioncino a dir la verità non ci ho pensato neanche lontanamente di andarmi ad infettare. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione basso, robusto)

Qui ho una mia vicina con cui vado d'accordo e stiamo insieme almeno mezz'ora/un'ora al giorno. Tutti i giorni durante il lockdown facevamo una passeggiata insieme. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, robusta)

I vissuti di angoscia riportati dagli intervistati riguardano la preoccupazione che i propri cari, residenti in contesti urbani e attivi nel mondo del lavoro, possano contrarre il virus ed ammalarsi. Tali paure sono rivolte prevalentemente ai figli e ai nipoti.

Le preoccupazioni riguardavano le persone che non erano con noi, parenti stretti come ad esempio mia figlia e i miei nipoti che facevano la vita che si fa in città. Mia figlia lavorava e quindi... (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione alto, robusta)

Alle preoccupazioni sopra descritte, si aggiunge il dispiacere di non poter avere i consueti contatti con i propri cari residenti altrove, a causa dell'impossibilità di organizzare spostamenti tra comuni differenti e della necessità di ridurre il rischio di contrarre il virus. A questo proposito, tutti gli intervistati affermano di essere riusciti a mantenersi vicini ad amici e parenti utilizzando il telefono fisso o il cellulare. Alcuni specificano di essersi serviti delle videochiamate per far fronte ai sentimenti di malinconia sperimentati.

Abbiamo dovuto rinunciare ad andare a Milano da nostra figlia. Solitamente andavamo in maniera assidua, una settimana sì ed una no, due o tre giorni. Adesso ovviamente bisogna evitarlo. Anche se non fosse proibito spostarsi, non mi fiderei. Avere contatti soprattutto telefonici quotidiani, a volte anche due volte al giorno, è, oltre che piacevole, un vero e proprio aiuto. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione alto, robusta)

Un'ulteriore fonte di preoccupazione citata dagli anziani è la difficoltà ad organizzarsi per fare la spesa, situazione percepita come potenzialmente pericolosa, specialmente da chi non ha la possibilità di servirsi di un mezzo proprio. A questo proposito, gli intervistati citano, con gratitudine e riconoscenza, il supporto ricevuto da reti formali e informali.

L'amica di mia figlia abitando a dieci minuti da casa mia mi fa e mi porta a casa direttamente la spesa. Gliela faccio fare bella grossa così che mi duri per un mesetto e così da non disturbarla sempre. Fortunatamente, il sindaco ha messo a disposizione un servizio per cui medicine e alimenti dei nostri negozietti possano essere mandati direttamente a casa di chi ne abbia bisogno. Grazie a questo servizio ho sempre le medicine necessarie e nel caso in cui mi venga a mancare qualche alimento fresco come latte o uova posso farmelo mandare a casa. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Alcuni intervistati raccontano di aver trovato nella fede il conforto necessario ad affrontare la situazione di incertezza e le difficoltà a questa connesse. Altri confidano nella speranza che il vaccino possa realmente rappresentare una soluzione nel futuro prossimo.

Un'altra risorsa a cui ho attinto è la fede ovviamente: quella non viene mai meno. Anche perché ci prepara per quello che deve venire. Nelle scritture noi ci crediamo veramente e San Paolo scrive a Timoteo: - Guarda che negli ultimi giorni ci saranno tempi difficili. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione basso, robusto)

Infine, c'è chi afferma di non avere fiducia nel futuro e nella capacità del sistema socioeconomico di rispondere in maniera positiva alla pandemia e chi preferisce non soffermarsi a riflettere troppo sui rischi insiti nella situazione che stiamo vivendo.

Non vedo tanti segni che mi danno fiducia verso il futuro e quando non hai fiducia vivi male. Vedo che qualcuno prende il virus un po' troppo alla leggera. Forse bisognerebbe essere un pochino più intransigenti, però capisco anche che stiamo andando a catafascio sotto altri aspetti. L'organizzazione a monte forse lascia un po' a desiderare. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione alto, robusta)

Non bisogna pensarci. Se una persona pensa sempre al Covid e ai possibili pericoli vive male, cavoli. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione basso, robusto)

8.3.4 *Gli anziani fragili*

Il profilo evidenzia le peculiarità degli anziani pre-fragili e fragili per cui il lockdown, imposto dalla pandemia, si è inserito in una storia di pregressa aumentata vulnerabilità ai fattori stressogeni in differenti domini. Alcune di queste persone sono costrette a letto a causa delle patologie di cui soffrono, assistiti da familiari o da personale qualificato, altri mantengono alcuni gradi di autonomia, seppur in misura limitata. Le disposizioni emanate a tutela della salute pubblica in relazione all'emergenza Covid-19 non hanno modificato in maniera drastica le routine di questi intervistati, già soliti trascorrere la maggior parte della giornata presso il proprio domicilio, magari allettati.

Sono una persona con il 100% di invalidità: non posso camminare da solo né posso fare quasi niente senza l'aiuto di mia moglie o mia nipote. Il lockdown non ha modificato in nessun modo le mie abitudini perché essendo invalido non esco mai di casa. (Maschio, over 75 anni, livello di istruzione basso, fragile)

A cambiare è stato il tipo di assistenza ricevuta. Se da un lato il supporto familiare è rimasto sostanzialmente costante nel tempo, dall'altro, soprattutto durante il primo lockdown, sono venute a mancare molte forme di aiuto esterno (es. fisioterapia, compagnia telefonica), essenziali per il mantenimento delle capacità funzionali e relazionali residue. In alcuni casi sono stati gli anziani a scegliere di non ricevere più i professionisti nella propria abitazione per paura di contrarre il virus, in altri sono stati i servizi stessi a subire delle interruzioni.

Io sono malata di Sclerosi Multipla e mio marito di Alzheimer. Viviamo con mio figlio e mia figlia, quindi abbiamo sempre compagnia. Durante il lockdown i miei figli sono stati molto attenti a non avere contatti con le persone estranee. Non ho fatto più venire né la mia fisioterapista né la terapeuta che mi aiutava con la voce perché non sapevo che cosa loro potessero fare fuori, anche andando da altri malati. Ho preferito fare così non tanto per me quanto per mio marito. Avevo paura che questo virus lo infettasse e me lo portasse via. E io non voglio che soffra. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, fragile)

L'Auser ha chiuso. A parte la compagnia telefonica che, devo dire, mi fanno tutte le settimane, non c'è più l'accompagnamento in macchina. Stamattina ho chiamato, perché devo andare a fare una visita in ospedale, e mi hanno detto che qualcosa si sta muovendo, però fino a settembre non ci sarà. Sono sincera, dopo che sono caduta, ho una paura schifosa

di cadere. Di prendere l'autobus non me la sento perché ci sono quei gradini alti. Per me è una vita difficile, sono sincera. Veniva anche una studentessa universitaria, giovane e allegra: noi che siamo un po' anziani abbiamo bisogno di qualcuno di giovane. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, fragile)

Inoltre, per gli intervistati è diventato difficile effettuare le visite mediche di routine. L'impossibilità di accedere alle cure ha generato in loro sentimenti di rabbia e frustrazione, nonché la percezione di essere stati abbandonati da parte dello Stato.

Qualche visita l'abbiamo fatta, però per tante altre abbiamo dovuto aspettare dei mesi. L'ultima l'abbiamo fatta adesso e io ritengo che non sia giusto. Dovevano isolare i positivi e tener conto delle persone che avevano delle necessità. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, fragile)

Mi sono sentita abbandonata da tutto ciò che il sociale dovrebbe dare perché durante la mia vita lavorativa ho sempre cercato di dare tutto quello che potevo, ma in questa situazione di bisogno non ho ricevuto lo stesso. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione alto, fragile)

I vissuti emotivi descritti dai senior fanno riferimento principalmente alla preoccupazione e alla paura. In particolare, nei racconti si rileva il timore di poter rimanere senza le medicine necessarie, di essere infettati dai propri caregiver, di dover essere ricoverati a seguito di complicazioni del quadro clinico ed eventualmente morire in solitudine.

Durante il lockdown ero impaurita. Avevo paura di rimanere senza medicinali e non poterli andare a comprare. [...] E poi c'è sempre la paura di finire in ospedale senza nessuno, completamente da soli e isolati. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, fragile)

Gli intervistati affermano, inoltre, di sperimentare sensazioni di confusione e incredulità nei confronti della situazione che stiamo vivendo, anche a seguito delle notizie poco chiare diffuse dai mass media.

Non credo a tutto quello che dicono. I dati non sono giusti: i positivi bisogna moltiplicarli per mille. [...] Inizialmente, troppe persone hanno potuto dare un loro parere pubblicamente su quello che stava succeden-

do, aumentando la confusione generale e la paura. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, fragile)

Per gestire la paura e l'incertezza alcuni intervistati dichiarano di essersi affidati alla compagnia offerta dalla televisione. Altri hanno trovato rifugio nei propri hobby.

Guardo la televisione, sono diventata una tele-dipendente. Prima non lo ero, adesso devo avere sempre la tv accesa, anche se non la seguo, così mi sembra di non essere sola (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, fragile)

La musica mi ha sempre aiutata. Sono una cantante e in casa continuo ad allenarmi con la musica e le canzoni. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, fragile)

Alcuni over 65 raccontano, invece, di aver trovato nella fede un sostegno a cui affidarsi in questo momento di ulteriore difficoltà che sono chiamati ad affrontare. La preghiera diventa anche una forma di ringraziamento per la vita vissuta pienamente, nonostante le complessità incontrate.

Sono una persona credente e la fede mi dà la forza; ringrazio sempre la Madonna della Salute per essere arrivata alla mia età nonostante le mie condizioni, anche visto che in questo periodo purtroppo, si sa, il Covid ha colpito molti anziani. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, fragile)

Infine, ad offrire speranza verso il futuro a questi senior in condizione di fragilità sembra essere la possibilità di riconoscere la felicità negli sguardi dei propri figli e nipoti, cresciuti con amore.

Io non ne ho di futuro. Ho 83 anni: avrò ancora due o tre anni di vita. Sono arrivato al traguardo. Il mio faro sono i miei nipoti e i miei figli. I nipoti me li sono allevati io e quando li vedo felici... (Maschio, over 75 anni, livello di istruzione medio, fragile)

8.3.5 Gli anziani soli

Il profilo tratteggia gli anziani che hanno trascorso il lockdown in solitudine, spesso a causa della loro condizione di vedovanza e dell'impossibilità di incontrare i figli residenti in una regione differente. Per queste persone le disposizioni governative atte a contenere la diffusione del Covid-19 hanno

decretato la sospensione delle occasioni di socialità, contribuendo a definire e inasprire situazioni di vulnerabilità e isolamento.

A causa delle chiusure delle regioni e del lockdown non ho più potuto vedere i miei cari, ossia i miei due figli e i miei nipoti che ero solita incontrare. Specialmente mia figlia e i suoi tre figli amavano venire da me e stare interi week-end qui nella mia casa. Vivendo da sola questa è una delle cose che più mi pesa. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Il domicilio, in questo caso, da un lato rappresenta un rifugio in cui fuggire per proteggersi dalle minacce esterne, dall'altro una gabbia che nasconde solitudine e monotonia. I senior raccontano come proprio l'ambiente deputato alla protezione dell'individuo sia diventato nella loro esperienza attuale una prigione che isola dal resto del mondo e impedisce di godere della propria libertà d'azione.

La libertà per me è tutto e con questo lockdown, da un momento all'altro, mi sono sentita chiusa in gabbia, sola con me stessa e schiava della società. Da quando è scoppiata questa pandemia mi sono completamente isolata dal mondo. Sì, prima la mia vita non era molto diversa, però possedevo la libertà di fare qualsiasi cosa senza alcuna limitazione. Ora è cambiato tutto. Mi sembra di vivere in un incubo, in un film horror. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

Il peso della solitudine si esprime nei racconti degli intervistati attraverso vissuti caratterizzati da tristezza, impotenza e senso di abbandono. L'isolamento sperimentato lascia spesso spazio anche alla nostalgia nei confronti del proprio partner deceduto, avvertito, a maggior ragione in questa situazione di emergenza, come la persona che avrebbe potuto rappresentare una preziosa fonte di sostegno pratico ed emotivo.

Le preoccupazioni erano tante quanto le difficoltà, ma più che fisiche proprio psicologiche. La difficoltà più grande è stata quella di essermi sentita abbandonata, sola, con pochi aiuti e soprattutto lontana dalla mia famiglia. Avevo paura di potermi sentire male e non avere nessuno vicino a me o non potere chiamare nessuno per venirmi ad aiutare in caso di bisogno. La paura più grande è stata quella di morire in solitudine. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

È un periodo di depressione dove tutto sembra non passare più e la felicità sembra troppo lontana. Avverto la paura di contrarre il virus, ma anche

la paura di essere sempre sola e non avere nessuno con cui trascorrere le mie giornate. Mi manca mio marito perché se lui fosse ancora qui sarebbe tutto diverso e sicuramente affronterei questa dura prova con maggiore forza. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, robusta)

Le parole di questo gruppo di senior rimandano, inoltre, al bisogno specifico di contatto fisico con i propri cari, reso impossibile dalla necessità di mantenere il distanziamento sociale. A mancare è la possibilità di varcare la soglia della prossimità, di prendersi per mano, abbracciarsi o baciarsi per esprimere e ricevere segnali d'affetto tangibili.

Non potendo vedere nessuno ho sentito molto la mancanza del contatto fisico. Vorrei riabbracciare i miei nipoti. Quello che mi manca più di tutto sono gli abbracci, perché sono una abituata ad abbracciare. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione basso, robusta)

Il lockdown, d'altra parte, è stata l'occasione per restituire valore ai rapporti che gli intervistati hanno con familiari non conviventi ed amici. In questo senso, l'isolamento sperimentato ha permesso di evidenziare l'esigenza di stabilire contatti più assidui. Allo scopo gli over 65 sottolineano come alcuni strumenti tecnologici si siano rivelati utili per colmare il vuoto lasciato dall'impossibilità di organizzare incontri in presenza.

Mi sono sempre mantenuta in comunicazione con parenti e amici. Forse meglio di prima perché la solitudine mi ha invogliato ad avvicinarli di più. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Tramite il telefono facevamo e facciamo tutt'ora molte chiamate. Con WhatsApp posso vedere le foto e i video dei miei figli e nipoti e anche io posso mandarle a loro. Ci mandiamo molti messaggi giornalieri e abbiamo fatto anche qualche videochiamata. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Al contempo, alcuni senior riflettono, con dispiacere, su come la situazione contingente abbia reso manifesta la debolezza degli attuali legami di vicinato, avvertiti come potenziali spazi di scambio quotidiano e supporto in occasione di bisogno.

In primis mi sarebbe piaciuto avere vicina la mia famiglia, però anche il vicinato avrebbe potuto essere un po' più presente, magari chiedendomi se mi servisse qualcosa quando andavano a fare la spesa oppure fare

anche solo qualche chiacchiera in più dai balconi, essendo comunicanti. Questa è una cosa che mi è dispiaciuta molto. Mi ricordo che quando ero piccola che ci si aiutava in tutti i modi ed è brutto vedere adesso quanto le cose siano cambiate, ci si limita a salutarsi e a scambiarsi qualche parola solo se ci si incontra per il pianerottolo. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, robusta)

Nell'impossibilità di godere delle occasioni di socialità cui i senior erano abituati in precedenza, la televisione e la radio, lasciati accesi nelle abitazioni, vengono riconosciuti come alcuni degli strumenti più utilizzati per sopperire da un lato alla solitudine e all'isolamento, dall'altro all'inevitabile monotonia delle giornate. Dai racconti degli intervistati emerge come il loro utilizzo sia diventato più frequente rispetto al passato.

Ringrazio di esistere i programmi televisivi, ad esempio quelli di Barbara D'Urso, "Una vita" e "Forum" che ora come ora mi aiutano a far passare le giornate. Anche i miei giornaletti mi aiutano a passare le ore. Durante il lockdown ascoltavo anche tanta musica grazie alla radio. Prima non la accendevo mai: l'ho riscoperta durante la quarantena. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione basso, robusta)

Le narrazioni dei senior rimandano, nonostante le difficoltà esperite, alla volontà di attivarsi per far fronte alla situazione con le proprie energie. Gli intervistati, a più riprese, sottolineano quanto per loro sia importante non essere costretti ad affidarsi a terzi nello svolgimento delle mansioni quotidiane. In questo senso, un ruolo importante viene riconosciuto alla capacità di auto-spronsarsi e mantenere un pensiero positivo.

Sono una persona molto autonoma, essendo rimasta vedova diciotto anni fa. Mi scoccia chiedere alla gente una mano, quindi svolgo le faccende il più possibile da sola. Per fortuna sono tutt'ora in grado di aggiustarmi a fare tutto, dai lavori in casa a quelli fuori. Ho tanto carattere, anche perché altrimenti non potrei vivere qui da sola. Solitamente, sebbene sia sola, riesco a non buttarmi giù. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione alto, robusta)

Altrettanto importante per alcuni degli over 65 sembra riuscire a non essere fonte di preoccupazione per i cari a causa della situazione di isolamento vissuta. L'intento è quello di non affaticare emotivamente i propri figli, già chiamati a dividersi tra l'attività lavorativa e la gestione dei nipoti in assenza di quell'aiuto che i nonni potevano garantire fino a prima del lockdown.

Con i figli ho cercato di evitare di far loro capire che avrei voluto averli a casa come al solito. Non ho manifestato nessun desiderio di vederli: anche se, in realtà, c'era tutto. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, robusta)

Infine, gli intervistati riconoscono come, seppure nella fatica e nella solitudine, siano più disponibili dei giovani ad accettare le limitazioni imposte dalla necessità di contenere la diffusione del Covid 19. In questo senso, il rigore e l'adesione alle norme vengono letti come elementi di valore e strumenti utili per giocare la propria parte nel contrasto all'epidemia.

Mi rendo conto che per i giovani è più difficile. Per me, che ho già una certa età, è più facile accettare le regole prontamente. Noi anziani siamo più ligi e abituati a seguire quello che ci viene detto, invece, i giovani di adesso lo prendono come un'imposizione e, per sfidare la società, appena possono non applicano ciò che gli viene detto. (Femmina, 65-74 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

Ritengo che sia davvero fondamentale rispettare le regole. Solo così potremo continuare a sperare e a credere che presto le cose cambieranno. Tutti dobbiamo, nel nostro piccolo, fare la nostra parte. (Femmina, over 75 anni, livello di istruzione medio, robusta)

8.3.6 *Gli anziani senza fissa dimora*²

Il profilo ritrae gli anziani senza fissa dimora che, già emarginati dalla società, durante il lockdown hanno dovuto affrontare un isolamento nell'isolamento. Si tratta di persone costrette a vivere per strada o dormire in un'auto per motivazioni diverse. La storia di alcuni di questi individui è caratterizzata dalla perdita dell'alloggio per morosità, quella di altri dall'impossibilità di affrontare le spese della separazione dal proprio coniuge, quella di altri ancora dalla mancanza di un lavoro. Questi anziani, che già vivevano in condizioni di isolamento e povertà, sono stati messi ulteriormente alla prova dalla pandemia e dalle sue ricadute socioeconomiche.

Mi sono trovato per caso in questa situazione perché ho perso il lavoro. Facevo il camionista e guadagnavo il mio stipendio. L'ultima ditta dove ero stato assunto mi ha licenziato perché non sono stato disponibile a sottostare ad un contratto che prevedeva di lavorare come uno schiavo.

² Un particolare ringraziamento va a Stefano Ciliberto per la funzione di *gatekeeping* svolta.

E mi sono ritrovato in mezzo a una strada. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

Per queste persone, prive di un'abitazione, è risultato impossibile rispondere all'invito di restare a casa per limitare la diffusione del Covid-19 ed evitare il rischio di contagio. Prive di un rifugio sicuro, hanno continuato a vivere per strada, arrangiandosi per reperire i beni di prima necessità, talvolta multati, talvolta oggetto di pregiudizio e discriminazione.

Durante il lockdown mi sono arrangiato dormendo con miei amici che avevano occupato un tugurio. Adesso sto dormendo in un furgone abbandonato dove c'è un letto! Quello che ci viveva prima mi ha fatto il favore di darmi il posto e lui è andato ad occuparne un altro lì vicino. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

Per alcuni di questi senior la difficoltà è stata, al contrario, quella di dover accettare di abbandonare la strada per vivere in una struttura emergenziale per senza fissa dimora, in compagnia di altri individui che condividevano, senza conoscersi, la stessa storia.

Il lockdown è stato per me un'attesa senza fine. I rapporti con gli altri ospiti sono stati molto freddi. Tutti si facevano i fatti loro. Vedevo la tv e mi sdraiavo a riposare. Quando era il momento mangiavo. Tutti i giorni così. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione medio, robusto)

Per due lunghi mesi la vita di queste persone, sgomberate dalla strada, è stata caratterizzata dal senso di solitudine e dalla monotonia. In alcuni casi, la mancanza di un telefono personale ha reso impossibile il mantenimento dei contatti preesistenti. I volontari hanno garantito l'assistenza loro possibile: una brandina per riposare, dei pasti caldi, la possibilità di usufruire di servizi igienici comuni e di tenersi informati sulla situazione di emergenza tramite un televisore, l'opportunità di reperire eventualmente i farmaci necessari. A mancare è stato, però, soprattutto il contesto urbano nel quale gli homeless sono abituati a vivere. Un contesto di pericolo e solitudine, ma dalla sembianza familiare. Un contesto che garantisce uno spazio di libertà individuale, percepito invece a rischio nelle strutture emergenziali di co-housing, caratterizzate da regole piuttosto rigide cui gli ospiti sono chiamati ad aderire.

Non sono rientrato per tre giorni perché ero con la mia amante e quando sono tornato mi hanno buttato fuori. Non pensavo che arrivassero a farlo. Mi sono ritrovato in un mare di guai seri. Quando non hai una casa, quando

non hai un appoggio dove lavarti, dove dormire è tragico, tragico, molto tragico! (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

Le parole di questi senior raccontano del disorientamento da loro vissuto durante il lockdown, della solitudine sofferta, dell'amarezza, della preoccupazione per il diffondersi della pandemia e dell'impossibilità di condividere con qualcuno i propri stati d'animo.

Mi sembrava una cosa talmente assurda, mi sembrava un inferno di Dante. Non lo auguro a nessuno, neanche a un cane. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

L'unica via d'uscita sembra essere quella di trovare rifugio nella compagnia offerta dalle sigarette o nel dar spazio, per quanto possibile, ai propri hobby nel tentativo di provare a evadere dalla realtà.

Studiavo la chitarra. Mi passavo il tempo così. Studiando la chitarra classica che è lo strumento a cui mi sono dedicato fin da ragazzino. Se non ci fosse stata la musica sarebbe stata molto più dura. (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione medio, robusto)

Non manca il coraggio e la forza di provare a rialzarsi per riuscire a ritrovare se stessi e le proprie abitudini. A questo proposito, gli intervistati riportano la volontà di attivarsi per rompere la monotonia, la solitudine e l'apatia visuta negli ultimi mesi. C'è chi sceglie di farlo mettendosi a disposizione della collettività, magari spazzando il cortile della struttura di accoglienza, e chi prova a progettare in maniera nuova il proprio futuro, tenendo a mente le difficoltà appena esperite.

Il mio stato d'animo è tranquillo perché io sono fatto così. Mi piace essere ottimista malgrado tutto quello che succede! Da domani mi prendo una stanza in affitto. Pagherò quattrocento euro al mese per dormire, lavarmi, mangiare e tutto il resto (Maschio, 65-74 anni, livello di istruzione medio, pre-fragile)

8.4 Conclusioni

I vissuti degli ultrasessantacinquenni relativi al lockdown qui raccolti appaiono molto diversificati. Ogni storia riporta alle difficoltà esperite personalmente e alle risorse attivate a livello individuale e familiare nel tentativo

di ritrovare un nuovo equilibrio. I profili tratteggiati rimandano a percorsi di resilienza multipli, in cui i diversi intervistati mostrano potenzialità differenti di resistenza alla pressione psicologica indotta dalla consapevolezza di un evento pandemico la cui lettura, *in primis* quella mediatica, ha da subito sottolineato il rischio particolarmente elevato che esso rappresentava e rappresenta proprio per la popolazione anziana. La resilienza non appare mai assoluta, ma sempre connessa a inevitabili condizioni di perdita che la persona è chiamata ad affrontare, autonomamente o con il supporto dei propri cari. Essa, nei racconti, non sembra costituire una qualità statica, ma appare piuttosto un processo attivo che si dispiega nella relazione dinamica fra la persona e il contesto (familiare, sociale, istituzionale) ed è, sovente, ancorata a un'esperienza di vita radicata in una fase storica in cui la propensione al sacrificio personale e alla solidarietà collettiva era certamente più marcata che non in quella attuale. In questo senso, il soggetto sembra avere un ruolo attivo nel modellare l'ambiente che lo circonda strutturando delle esperienze che, a loro volta, agiscono nel senso di promuovere lo sviluppo di sé o di inibirlo (Bandura, 1999).

I profili appena descritti rispecchiamo differenti posizionamenti (Davies e Harré, 1990; 1999) che i senior, in un processo discorsivo, offrono di se stessi (es. «anziano invalido», «persona molto attiva», «uomo di campagna») e degli altri (es. «le giovani generazioni sacrificate ingiustamente», «i medici dediti al lavoro», «i tanti professionisti costretti a reinventarsi», «gli anziani soli che vivono nelle RSA»), delineando diritti e doveri ad essi associati. Alcuni di tali posizionamenti appaiono maggiormente dinamici: è il caso, ad esempio, degli anziani che ancora autonomi ed attivi hanno dapprima subito le limitazioni imposte dalla necessità di contenere la diffusione del virus e poi trasformato in opportunità la necessità di rimanere a casa dando spazio alla creatività. Altri appaiono più statici, come nel caso degli anziani soli più in difficoltà nell'attivare strategie atte a superare la monotonia e l'isolamento imposto dal lockdown. Ancora, in una logica di interazione individuo-ambiente, alcuni posizionamenti descritti appaiono meno vantaggiosi di altri, poiché rischiano di derubare gli individui dei loro diritti ed etichettare le persone come vittime (es. gli anziani senza fissa dimora che sono chiamati con il lockdown ad affrontare un isolamento nell'isolamento). Tuttavia, alcune narrazioni rimandano alla possibilità e alla voglia di resistere a tali posizionamenti, come, ad esempio, nel caso dei senza fissa dimora che raccontano di aver attivato strategie per riuscire a ritrovare se stessi e le proprie abitudini.

Un ulteriore interessante tratto, che emerge da alcune interviste specie delle anziane di genere femminile, può essere individuato nella loro volontà di protezione dell'altro, che questo sia il coniuge magari ancor più fragile, che non vogliono mettere a rischio a costo di non tutelare se stesse, o che

siano i figli o i nipoti, che non vengono messi a parte della propria sofferenza psicologica per non esporli a spostamenti e connessi rischi di contagio.

La socializzazione, anche in emergenza pandemica, a quello che potremmo definire il ‘caregiving attivo’ lascia spazio, in altri casi, ad una comprensibile e giusta, ma purtroppo disattesa, aspettativa di ‘caregiving passivo’, sia da parte della rete familiare, amicale e di vicinato sia da parte delle istituzioni.

Le narrazioni raccolte mediante le interviste hanno permesso di evidenziare il processo di continua ridefinizione della propria e altrui immagine realizzato dagli ultrasessantacinquenni in relazione al particolare contesto di emergenza sanitaria attualmente sperimentato. La capacità di resilienza non designa, in questo senso, la semplice abilità di resistere agli eventi avversativi, ma definisce una dinamica positiva volta al controllo degli eventi e alla ricostruzione di un percorso di vita positivo.

9. Monitoraggio e valutazione del progetto PRESTIGE

Claudio Torrigiani

Dipartimento di Scienze della Formazione, Università di Genova

Questo capitolo riporta in sintesi le evidenze emerse dall'attività di monitoraggio e valutazione realizzata nell'ambito del progetto. Il primo paragrafo si focalizza sulle attività di monitoraggio e le realizzazioni del progetto, attraverso la valorizzazione degli indicatori previsti in fase progettuale. Il secondo paragrafo riporta invece il focus sulla valutazione del progetto e dei suoi risultati sugli anziani coinvolti.

9.1 Il monitoraggio e le realizzazioni di PRESTIGE

Per quanto concerne il monitoraggio, come da proposta progettuale, l'attività è stata coordinata dal DiSFor, con il coinvolgimento dei partner per la rilevazione dei dati inerenti alle attività sotto la loro diretta responsabilità.

Come previsto, sono stati realizzati con regolarità incontri di coordinamento tra i partner, oltre che con il soggetto finanziatore, grazie ai quali l'avanzamento delle attività è stato monitorato attraverso la lettura comune dei dati raccolti.

Tali dati hanno riguardato in particolare la realizzazione delle attività previste e i destinatari raggiunti, quali: numero di persone anziane intervistate, numero di colloqui di informazione e orientamento effettuati, numero di visite specialistiche realizzate, numero di beneficiari di percorsi di inclusione sociale, numero di percorsi di attivazione e inclusione sociale attivati.

In considerazione della rilevante criticità rappresentata dalla pandemia per lo svolgimento delle attività così come erano state previste a progetto, l'azione di monitoraggio ha avuto un'importanza particolare per consentire al partenariato una riflessione strutturata inerente al necessario riorientamento delle modalità specifiche di implementazione. Da questo punto di vista – come si è potuto osservare in questo ultimo anno in diversi ambiti,

quali quello lavorativo e scolastico – anche nel quadro del progetto PRESTIGE l'emergenza pandemica ha in qualche modo costretto a sperimentare modalità innovative che pure non erano state previste, come ad esempio l'intervento di teleconsulto sanitario in luogo delle visite ambulatoriali, di fatto impedito dal rischio di contagio ancor più forte per il target specifico considerato (cfr. cap. 6).

Nella tabella riportata di seguito è evidenziato, per ciascuno degli indicatori previsti, il target indicato a progetto (B), il dato di realizzazione registrato grazie al sistema di monitoraggio (A) e, infine, la percentuale di realizzazione (A/B%).

Tabella 37: Indicatori, target, realizzato e percentuale di realizzazione

Indicatore a progetto	Target (B)	Realizzato (A)	A/B %
Persone over 65 intervistate	1.500	1.354	90,3
Colloqui di informazione e orientamento/Persone over 65 in condizione di pre-fragilità e fragilità intervistate	1.200	1.354	112,8
Beneficiari di visite specialistiche* / Persone over 65 in condizioni di pre-fragilità e fragilità di salute individuate	212**	217	102
Beneficiari di visite specialistiche*/ stima iniziale a progetto	140	217	155
Beneficiari di percorsi di inclusione sociale/Persone over 65 in condizione di marginalità sociale e isolamento	50	157	314
Visite specialistiche: target almeno pari ai beneficiari di visite specialistiche di approfondimento	140	217	155
Percorsi di attivazione e inclusione sociale attivati: target n.d.	n.d.	7	n.p.
Incontri di lancio e diffusione delle attività di progetto	2	6	300

*interventi di telemedicina

**il numero soggetti risultati a maggior rischio di pre-fragilità e fragilità

Fonte: dati di monitoraggio

Lo screening della popolazione anziana potenzialmente fragile o vulnerabile, avviato a novembre 2019 con questionari in forma cartacea somministrati in presenza dall'intervistatore all'intervistato, è stato brusca-

mente interrotto dall'inizio della pandemia, che ha imposto di evitare ogni attività in presenza e in particolare con la popolazione anziana resa ancor più fragile dall'emergenza sanitaria. Ciò nonostante, sono state intervistate in tutto 1.354 persone con 65 anni e oltre, con una percentuale di realizzazione pari a circa il 90% rispetto al previsto. Gli intervistatori sono stati formati dal personale affinché, dopo la somministrazione del questionario, informassero gli anziani sui rischi di fragilità e vulnerabilità sociale sulla base di materiale informativo appositamente predisposto dai partner del progetto. Sono stati inoltre realizzati a questo scopo incontri appositi in collaborazione tra DiSFor e UniTE oltreché da AUSER: nell'insieme i colloqui di informazione e orientamento realizzati ammontano a 1.354, pari al 112% circa del target previsto inizialmente.

Come accennato sopra, le visite specialistiche geriatriche ambulatoriali sono state realizzate in forma di interventi di teleconsulto sanitario, contattando i soggetti risultati pre-fragili e fragili nel campione degli intervistati. Complessivamente sono stati individuati come potenziali beneficiari dell'intervento di teleconsulto sanitario 453 soggetti, estrapolati dai 1.354 soggetti arruolati nella fase di screening: 212 soggetti a maggior rischio di pre-fragilità e fragilità e 241 sui 1.142 soggetti a basso rischio fragilità. Sui 453 soggetti contattati sono stati registrati 58 rifiuti e 158 sono risultati non rintracciabili; è purtroppo stato ravvisato il decesso di 11 soggetti (2,4%), mentre 9 hanno risposto ma non partecipato perché istituzionalizzati. Hanno quindi beneficiato di teleconsulto 217 anziani, un valore comunque in linea con quello dei soggetti risultati a maggior rischio (212), con una percentuale di realizzazione pari al 102%.

Il numero di visite specialistiche, che coincide ovviamente con il numero di beneficiari, è di molto superiore rispetto al target iniziale (140), con una percentuale di realizzazione che in questo caso sale al 155%.

Anche i percorsi di inclusione sociale sono stati ripensati in modalità a distanza, tramite colloqui realizzati dagli operatori sociali formati dai partner, tramite un'intervista semi-strutturata adottata come strumento di ascolto e raccolta delle possibili situazioni di criticità, vissute dagli over 65 nel periodo di lockdown legato all'emergenza Covid-19. Complessivamente sono stati realizzati 157 colloqui, pari a tre volte il target definito in fase progettuale.

Anche i percorsi di attivazione e inclusione sociale previsti a progetto sono stati in parte ripensati per poter essere realizzati nella fase di emergenza pandemica: complessivamente sono state proposte 7 iniziative di cui 4 organizzate nei circoli Auser e 3 presso UniTE. In questo caso non era previsto un target definito che possa essere preso a riferimento per misurare la realizzazione.

Tra i percorsi di attivazione rispetto al tema dell'invecchiamento e della fragilità e vulnerabilità sociale delle persone anziane, benché non fosse previsto un indicatore specifico a progetto, pare opportuno sottolineare la realizzazione dei percorsi formativi rivolti agli intervistatori, che hanno riguardato complessivamente 365 persone tra studenti (340) e volontari Auser (25): questo dato assume un particolare significato in considerazione del fatto che la formazione non si è focalizzata esclusivamente sul piano tecnico, inerente all'uso dello strumento predisposto per l'intervista, ma ha previsto un preliminare percorso di sensibilizzazione alle condizioni di fragilità e vulnerabilità della persona anziana e alla riflessione sugli stereotipi diffusi inerenti ai processi di invecchiamento anche attraverso la simulazione con la tuta GERT (cfr. capitoli 3 e 7).

Per quanto concerne infine gli eventi di lancio e diffusione delle attività di progetto ne sono stati realizzati 6 e ne è previsto uno in forma di convegno di chiusura del progetto, pari anche in questo caso a oltre 3 volte quanto previsto inizialmente.

Nel complesso – nonostante la difficile congiuntura in cui è stata realizzata gran parte delle attività – emerge come la capacità realizzativa del partenariato sia stata soddisfacente, con punte di eccellenza per alcune attività e percentuali di realizzazione buone e ottime rispetto a una parte degli indicatori.

9.2 I risultati di PRESTIGE per gli anziani

Per quanto concerne gli *outcome* del progetto, ossia i risultati in termini di cambiamenti prodotti nelle condizioni dei destinatari, un primo risultato atteso era che i destinatari coinvolti nella rilevazione, fossero a conoscenza dei rischi connessi alle condizioni di pre-fragilità e fragilità di salute e di marginalità sociale nella popolazione e quindi sensibilizzati al problema.

A questo scopo, in accompagnamento al questionario di screening, ciascun intervistatore è stato munito di un prospetto in cui annotare, per ogni destinatario, le risposte a due semplici item in cui era richiesta la loro opinione su: a) l'adeguatezza dell'informazione proposta per rendere le persone anziane più sensibili e consapevoli riguardo ai rischi connessi alle condizioni di fragilità di salute e di marginalità sociale; b) un'autovalutazione sul grado di maggiore consapevolezza acquisito grazie all'informazione ricevuta. Gli item prevedevano una risposta su scala a quattro posizioni: per niente, poco, abbastanza, molto. Hanno risposto a queste domande 1.322 intervistati sui 1.354 raggiunti dalla campagna di screening.

Tabella 38: Adeguatezza dell'informazione fornita e autovalutazione di maggiore consapevolezza, valori percentuali

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Totale
Adeguatezza informazione proposta	3,2	6,4	74,7	15,7	100,0
Autovalutazione maggiore consapevolezza	7,0	15,4	73,0	4,5	100,0

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Come mostra la tabella 38, riguardo al primo aspetto, il 90,4% degli anziani intervistati ha valutato «molto» (15,7%) o abbastanza positivamente l'adeguatezza dell'informazione predisposta dai partner e veicolata tramite gli intervistatori, mentre le risposte polarizzate negativamente (poco, per niente) sono nel complesso pari al 10% circa. Per quanto concerne l'autovalutazione del grado di maggiore consapevolezza derivante da tale input informativo, la percentuale di risposte positive resta apprezzabile e pari al 77,5%: comprensibilmente, in questo caso, dato anche il carattere necessariamente sintetico dell'attività informativa svolta dagli intervistatori, la percentuale di feedback «molto» positivi scende al 4,5% circa, mentre sale al 15,4% la quota di anziani che ritengono che la propria consapevolezza sia aumentata solo in misura ridotta.

Il secondo risultato atteso del progetto era che le persone over 65 in condizione di pre-fragilità e fragilità di salute beneficiarie delle visite specialistiche di approfondimento, grazie a tali attività, conoscessero e fossero motivate a compiere le azioni necessarie per perseguire il miglioramento/mantenimento del proprio stato di salute. Al fine di rilevare il raggiungimento di questo obiettivo, nello strumento predisposto per l'intervento di telemedicina realizzato dall'Ente Ospedali Galliera è stato inserito un item apposito con cui è stato chiesto agli intervistati di esprimersi sull'utilità dell'intervento a renderli più sensibili e consapevoli dei rischi connessi alle condizioni di fragilità di salute e di marginalità sociale. Anche questo item prevedeva una risposta su scala a quattro posizioni: per niente, poco, abbastanza, molto. Hanno risposto a questa domanda 211 dei 217 anziani che hanno beneficiato del teleconsulto.

Osserviamo nella tabella riportata di seguito che l'intervento di telemedicina è ritenuto almeno abbastanza utile dal 60% circa degli intervistati, con il 33% di valutazioni «molto» positive.

Tabella 39: Utilità intervento telemedicina e autovalutazione consapevolezza e motivazione azioni necessarie, valori percentuali

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Totale
Utilità intervento telemedicina	23	17	27	33	100,0

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Il terzo risultato atteso del progetto era che gli over 65 in condizione di marginalità sociale e isolamento, beneficiari di percorsi di attivazione e inclusione sociale, risultassero soddisfatti dei percorsi realizzati e motivati a proseguire attività simili in futuro. A tale riguardo, come già evidenziato sopra, è da sottolineare che l'emergenza pandemica ha modificato sensibilmente il tipo di intervento che è stato possibile proporre agli anziani coinvolti. Ai soggetti, caratterizzati da livelli diversi di fragilità di salute e vulnerabilità sociale, è stata così proposta un'intervista semi-strutturata pensata come strumento di ascolto e raccolta delle situazioni di criticità vissute dagli over 65 nel periodo di lockdown legato all'emergenza Covid-19: sono emerse dalle interviste realizzate le percezioni individuali inerenti all'esperienza vissuta durante il lockdown, diffusamente illustrate nel capitolo 8, cui rimandiamo. Tali momenti di ascolto si sono di fatto concretizzati in un'opportunità di vicinanza, supporto e *voice* di soggetti anziani fragili e socialmente vulnerabili particolarmente coinvolti dagli effetti dell'attuale emergenza. Per valutare l'efficacia dell'intervento in base ai risultati attesi, nella traccia di intervista sono stati inseriti tre item in cui era richiesta la loro opinione su: a) l'utilità dell'iniziativa proposta per renderli più sensibili e consapevoli sui rischi connessi alle condizioni di fragilità di salute e di marginalità sociale; b) sulla sua 'utilità' per renderli più consapevoli e motivati sulle azioni da compiere per migliorare il proprio stato di salute e di attivazione; c) sulla loro disponibilità a essere ricontattati in futuro per iniziative simili.

I primi due item prevedevano una risposta su scala a quattro posizioni: per niente, poco, abbastanza, molto, mentre il terzo una risposta dicotomica (sì, no). Hanno risposto a queste domande tutti e 157 gli anziani contattati.

Tabella 40: Utilità dell'iniziativa per sensibilizzare ai rischi e per motivare ad agire per migliorare il proprio benessere, valori percentuali

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Totale
Utilità iniziativa per sensibilizzare ai rischi	0	8	92	0	100,0
Utilità iniziativa per motivare ad agire a contrasto	0	31	69	0	100,0

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

In questo caso le risposte degli anziani si sono concentrate nelle modalità centrali «poco» e «abbastanza»: in particolare il 92% degli intervistati ha dato un giudizio positivo sull'utilità di questo tipo di intervento in termini di sensibilizzazione rispetto ai rischi connessi alle condizioni di fragilità di salute e di marginalità sociale. Per quanto concerne il concreto effetto 'motivazionale' di

questa attività le valutazioni positive scendono al 69% del campione. Tutti gli intervistati si sono infine dichiarati disponibili a essere ricontattati in futuro nell'ambito di iniziative simili.

Si tratta comunque di un feedback complessivamente positivo soprattutto in considerazione del fatto che le attività a distanza proposte ai destinatari sono state comprensibilmente meno coinvolgenti e impattanti rispetto a quelle che sarebbero state realizzate potendo implementare – come previsto inizialmente – attività in presenza e diffuse sul territorio.

9.3 Oltre le realizzazioni e i risultati attesi: riflessioni conclusive dalla valutazione

Nel complesso, possiamo quindi dare un giudizio positivo riguardo alla capacità realizzativa e al raggiungimento dei risultati attesi del progetto.

Tuttavia, al di là degli obiettivi previsti in fase progettuale e dei relativi risultati attesi, rispetto ai quali si è dato conto in queste pagine, pare opportuno sviluppare alcune riflessioni su dimensioni di risultato e di impatto del progetto che non erano previste né prevedibili, ma che sono dal punto di vista del partenariato assolutamente rilevanti.

In primo luogo, il progetto ha certamente avuto l'effetto di rafforzare le relazioni e la fattiva collaborazione tra i partner del progetto, in particolare tra il DiSFor e l'E.O. Ospedali Galliera, ma anche tra questi e Auser Liguria e UniTE. Tale collaborazione non si è infatti limitata ad una dimensione di mero adempimento degli impegni assunti con il finanziatore, ma è sfociata nella collaborazione alle attività di ricerca e ricerca-intervento portate avanti dalle strutture che è testimoniata, tra l'altro, dalle numerose iniziative di diffusione realizzate (cfr. cap. 3) e dalle comunicazioni e pubblicazioni derivanti dai risultati delle consistenti attività di screening e di sensibilizzazione (cfr. all. 1). Anche questo volume è uno dei prodotti che, attraverso la sistematizzazione delle attività svolte e dei risultati ottenuti, volutamente in chiave divulgativa, testimonia la collaborazione sviluppata dal partenariato e l'effetto moltiplicatore del finanziamento di questo progetto. La produzione scientifica che è stata favorita dal finanziamento di questa ricerca-intervento avrà, tra i propri effetti positivi, anche quello di proporre a pubblici geograficamente anche molto distanti di esperti e di operatori sociali e sanitari un modello di analisi e di intervento sperimentato in un contesto peculiare, non solo a livello nazionale ma anche globale, rispetto ai fenomeni connessi all'invecchiamento (cfr. cap. 1).

Tra gli effetti positivi e inattesi, va certamente annoverata la sensibilizzazione di una coorte di studenti di alcuni corsi di laurea dell'Ateneo genovese ai temi dell'invecchiamento, della fragilità e vulnerabilità sociale delle per-

sone anziane, ai rischi di marginalità e di isolamento sociale e ai connessi stereotipi e pregiudizi, come ben evidenziato nel capitolo 7.

A tale riguardo, come si vede nella tabella 41, la valutazione dell'utilità di questa esperienza da parte degli studenti coinvolti è risultata estremamente positiva.

Tabella 41: Utilità della prova della tuta GERT, dell'esperienza di intervista e del laboratorio PRESTIGE per la comprensione dei processi di invecchiamento, valori percentuali

	Per Niente	Poco	Abbastanza	Molto	Totale
Utilità tuta GERT	0,4	2,7	38,7	58,2	100
Utilità interviste	0	2,6	38,8	58,6	100
Utilità del laboratorio	0,4	0,9	38,3	60,4	100

Fonte: elaborazioni su dati indagine diretta

Il 97% dei 225 studenti rispondenti ha infatti ritenuto questa esperienza «molto» (58-60%) o «abbastanza utile», dato peraltro confermato dai feedback verbali molto positivi, quando non entusiastici, ricevuti dai partecipanti alla conclusione dell'esperienza.

Agli occhi di chi scrive, questo è senz'altro un impatto molto positivo dell'iniziativa, proprio perché ne proietta gli effetti nel futuro professionale di persone ancora giovani che, nella propria carriera lavorativa, saranno senz'altro chiamate a operare con questo specifico target di utenti e che, anche grazie a questa esperienza, lo potranno fare con maggiore sensibilità e consapevolezza.

Pare opportuno, infine, sottolineare un ulteriore effetto inatteso ma quanto mai rilevante del progetto: se infatti, indubbiamente, questa emergenza pandemica ha messo a dura prova in particolare proprio la popolazione anziana, più fragile e vulnerabile di fronte a un evento di tale portata, le attività realizzate, che seppur opportunamente adattate sono proseguite anche nel corso dell'emergenza, hanno anche avuto il pregio di continuare ad offrire uno spazio e un momento di ascolto, di vicinanza e di interessamento autentico, proprio nel momento di maggiore bisogno.

PARTE TERZA

*I pilastri dell'invecchiamento
attivo ed in salute*

10. Alimentazione e nutrizione

*Alberto Cella, Monica Pomata, Romina Custureri
Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatría e Riabilitazione,
E.O. Ospedali Galliera, Genova*

L'alimentazione ha un ruolo fondamentale nel contribuire al mantenimento dello stato di salute anche in età avanzata, al pari di quanto avviene in tutte le altre fasi della vita. Deve quindi essere superato il pregiudizio ancora molto diffuso che per l'anziano sia sufficiente una alimentazione all'insegna della frugalità e meno ricca di nutrienti (la classica tazza di latte serale!).

10.1 Fabbisogni nutrizionali ed energetici nell'anziano

I fabbisogni nutrizionali dell'anziano, definiti in base ai LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia) non si discostano significativamente da quelli fissati per il giovane adulto.

Per quanto riguarda i macro-nutrienti (carboidrati, proteine, lipidi) viene sottolineata la necessità di garantire un adeguato apporto proteico nella dieta dell'anziano, talora anche superiore a quello della persona più giovane (circa 1-1,5 g/kg di peso corporeo): il fabbisogno proteico va infatti incrementato in caso di accelerato catabolismo in corso di malattie acute (o riacutizzazioni di quelle croniche), lesioni da decubito e altre condizioni disabilitanti (Volkert *et al.*, 2019). È invece ancora discussa l'opportunità di ridurre le proteine nel morbo di Parkinson (possibile interferenza con l'assorbimento del farmaco L-DOPA), mentre è unanime il consenso sulla necessità di ridurre l'apporto nel caso di insufficienza renale cronica. Giova ricordare che la piena utilizzazione delle proteine avviene solo in presenza di una adeguata attività fisica.

Per quanto riguarda i micronutrienti (vitamine e minerali), i LARN non segnalano fabbisogni specifici per l'anziano; la loro carenza, tuttavia, è molto frequente come conseguenza di diete inadeguate, malattie croniche, terapie

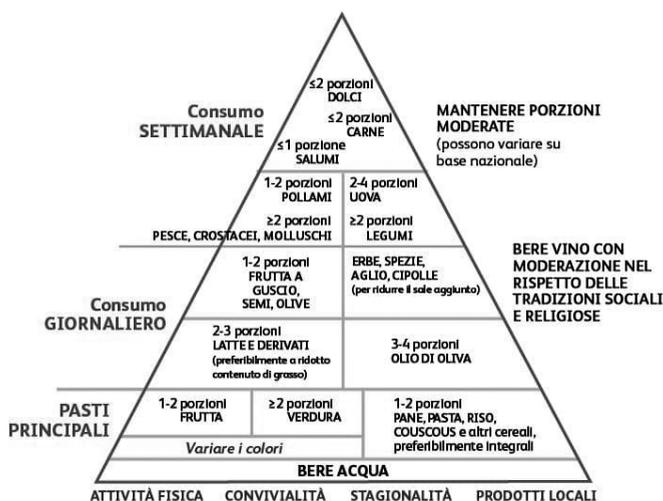
farmacologiche e abitudini di vita spesso non corrette (ad esempio scarsa esposizione alla luce solare per quanto riguarda la vitamina D).

Una sostanziale differenza rispetto al giovane adulto si riscontra invece per le necessità di apporto energetico complessivo giornaliero: anche a parità di peso corporeo e di livello di attività fisica il fabbisogno energetico si riduce dopo i 75 anni di circa il 5-10% (Volkert *et al.*, 2019).

10.2 Tipologia di dieta

Anche per l'anziano il tipo di alimentazione più raccomandabile è quella improntata ai canoni della dieta mediterranea, graficamente rappresentata dalla ben nota 'piramide' alimentare. La dieta mediterranea prevede, oltre al consumo regolare di frutta e verdura, una composizione equilibrata delle tre classi di macronutrienti: carboidrati 50-60% dell'apporto calorico giornaliero (di cui zuccheri semplici il 5-10%), lipidi 25-30% (di cui insaturi 60-70% da oli vegetali, in particolare l'olio di oliva), proteine 10-15% (sia di origine animale che vegetale). Viene inoltre data enfasi al consumo di prodotti locali secondo stagionalità, alla convivialità e al corretto stile di vita (*in primis* attività fisica regolare, vedi Fig. 3).

Figura 3: Piramide alimentare e dieta 'mediterranea'



Fonte: modificato da UNI – Ente Italiano di Normazione, <https://uni.com>

Tra i primi anni '60 e l'inizio del nuovo millennio si è tuttavia osservata una paradossale tendenza ad abbandonare questa dieta nelle aree del bacino del Mediterraneo, a favore di abitudini alimentari tipiche dell'occidente più industrializzato con eccesso di calorie, zuccheri semplici e grassi saturi di origine animale (Da Silva *et al.*, 2009); nello stesso arco di tempo la dieta mediterranea ha mostrato invece una crescente diffusione nei paesi del nord-Europa, per vari aspetti più sensibili a stili di vita più salutari e al rispetto dell'ecosistema.

Anche nel contesto del progetto PRESTIGE sono stati dimostrati i benefici della dieta mediterranea: i soggetti che alla scala Medi-Lite riferivano un maggior adesione alla dieta mediterranea presentavano un minor grado di 'fragilità' misurata con la scala per auto-somministrazione Selfy-MPI (Cella *et al.*, 2020a).

10.3 Come si misura lo stato nutrizionale nell'anziano

Lo stato nutrizionale deriva nel suo complesso dall'apporto di nutrienti, dal loro assorbimento e dalla loro utilizzazione. L'interazione di queste tre componenti dovrebbe essere accertata attraverso il bilancio energetico (responsabile dei cambiamenti a breve termine dello stato nutrizionale), la composizione corporea (rapporto tra massa muscolare e massa grassa, indicatore a lungo termine dello stato nutrizionale) e la funzionalità d'organo (indici biochimici come indicatore intermedio tra le due precedenti dimensioni e lo stato di salute/malattia). Nella pratica clinica geriatrica hanno importanza preminente:

- la misura del peso corporeo e soprattutto le sue variazioni in un arco temporale in genere di 6-12 mesi;
- alcuni parametri di laboratorio (ad es. albumina, transferrina, linfociti, emoglobina);
- scale di valutazione multidimensionale che, oltre a considerare l'apporto alimentare, valutano il livello di autosufficienza e mobilità, la presenza di deficit cognitivi, lo stato di malattia. Tra le più note e affidabili citiamo il *Mini Nutritional Assessment (MNA)*, che identifica non solo lo stato conclamato di malnutrizione ma anche le condizioni a rischio.

10.4 Prevalenza e conseguenze della malnutrizione nell'anziano

La malnutrizione nell'anziano è diffusa e variabile a seconda dell'ambito di osservazione: nel contesto di chi vive a domicilio circa il 4-6% dei soggetti anziani è malnutrito o a rischio di malnutrizione, nelle corsie ospedaliere si

arriva fino ad oltre il 20%, mentre nelle RSA si può arrivare ad una prevalenza di malnutrizione nel 30% dei soggetti (Cereda *et al.*, 2016). La presenza di malnutrizione espone gli anziani ad un aumentato rischio di mortalità, di ricovero ospedaliero, di sarcopenia¹, di disabilità, di istituzionalizzazione, di cadute, di osteoporosi e fratture ad essa correlate e di lesioni da decubito (Corcoran *et al.*, 2019).

10.5 Calo ponderale involontario

Un calo ponderale involontario superiore al 5% in un anno rappresenta un campanello di allarme per lo stato nutrizionale e di salute complessiva dell'anziano ed impone un accurato processo diagnostico, che tenga conto non solo di aspetti squisitamente clinici ma anche del livello di autosufficienza e di eventuali problematiche socioassistenziali, quali difficoltà economiche, isolamento sociale, ecc (vedi Fig. 4).

Tra le condizioni più impegnative nel garantire un adeguato apporto alimentare ricordiamo, con meccanismi chiaramente diversi, l'anoressia dell'invecchiamento (Chapman *et al.*, 2002) e le turbe della deglutizione; queste ultime, spesso associate a forme neurologiche o alla sarcopenia, impongono una alimentazione con cibi a consistenza modificata e nei casi estremi il ricorso anche alla nutrizione artificiale (Tulunay-Ugur e Eibling, 2018).

10.6 Obiettivi degli interventi nutrizionali nell'anziano

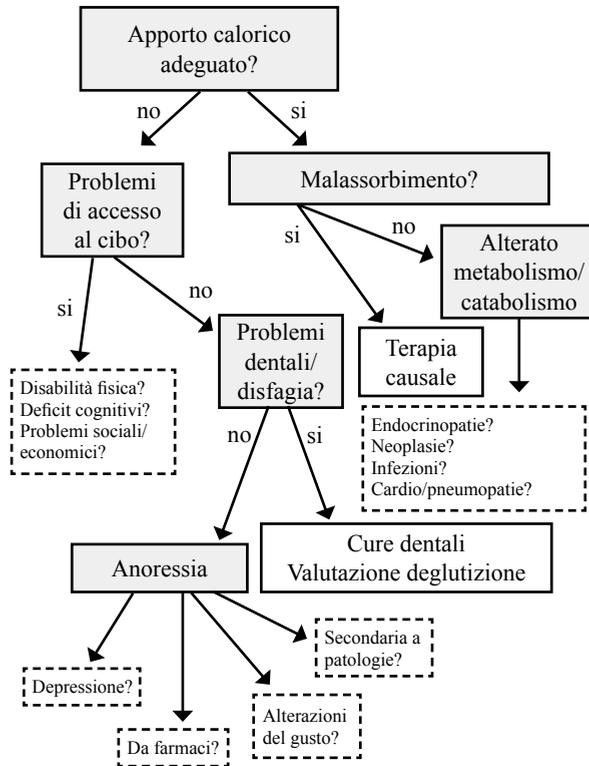
Se l'apporto nutrizionale con la dieta risultasse insufficiente rispetto alle necessità metaboliche dell'anziano, la valutazione degli interventi nutrizionali da intraprendere deve, in primo luogo, misurarsi con obiettivi realistici che consentano di migliorare, per quanto possibile, il decorso clinico e la qualità di vita della persona più che concentrarsi sul miglioramento di parametri di laboratorio o altri parametri surrogati.

Uno dei capisaldi attuali degli interventi nutrizionali è preservare il più a lungo possibile la funzione 'orale', eventualmente con integratori calorico-proteici liquidi o a consistenza modificata che vicarino quanto la semplice dieta non riesce a fare. Questo anche in rapporto alla valenza psicologica, edonistica e sociale che caratterizza l'alimentazione (Volkert *et al.*, 2019).

Il ricorso alla nutrizione artificiale (per sonda enterale in presenza di intestino funzionante, in caso contrario per via parenterale) deve essere limitato il

¹ Perdita età-correlata di massa e funzione muscolare.

Figura 4: Algoritmo decisionale in caso di calo ponderale superiore al 5% nell'anziano; in grigio i quesiti chiave del processo diagnostico



Fonte: modificato da Wallace, 2017

più possibile a ben precise fasi di acuzie di malattia o a condizioni in cui sia ben documentato il suo vantaggio nell'impiego cronico (ad es. la nutrizione enterale nella disfagia associata ad ictus).

Ne consegue la necessità di individualizzare l'intervento nutrizionale tenendo in debita considerazione la prognosi del singolo anziano per evitare un uso sproporzionato e 'futile' degli interventi di nutrizione artificiale (Veronese *et al.*, 2020a). Il ricorso alla nutrizione artificiale è purtroppo ancora frequente in situazioni cliniche in cui non ne è dimostrata l'efficacia (ad es. nelle fasi più avanzate della demenza), configurando di fatto forme di accanimento terapeutico che ignorano le implicazioni etiche connesse alla gestione della terminalità (Druml *et al.*, 2016).

10.7 Conclusioni

La cura e la adeguatezza della alimentazione assumono un significato di primo piano anche in età avanzata, rappresentando uno strumento essenziale al contrasto o al contenimento della disabilità, della ‘fragilità’ e delle malattie.

Tutti i professionisti sanitari che assistono o hanno in cura persone anziane dovrebbero valutarne regolarmente lo stato nutrizionale, mettendo tempestivamente in atto iniziative diagnostiche e terapeutiche appropriate ed individualizzate, volte a migliorare lo stato di salute e la qualità di vita dell’anziano.

Nei limiti del possibile gli interventi nutrizionali devono sempre porsi l’obiettivo di preservare la funzione ‘orale’ anche per le implicazioni psicologiche ed edonistiche ad essa associate.

Il ricorso alla nutrizione artificiale deve essere limitato alle sole condizioni cliniche in cui ne è accertata l’efficacia.

11. Attività fisica nell'anziano: investire il tempo in salute

Francesco Vallone

Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatría e Riabilitazione,

E.O. Ospedali Galliera, Genova

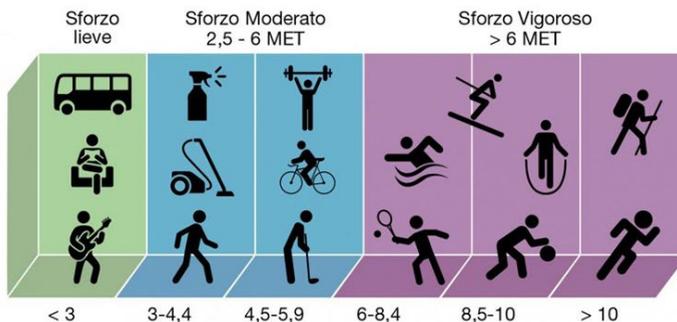
11.1 Introduzione

Con l'avanzare dell'età, anche se si è in buona salute, si va incontro ad una progressiva diminuzione della massa muscolare e quindi della forza, situazione che rende la persona anziana più vulnerabile. Tale fenomeno viene definito sarcopenia, è del tutto naturale e inevitabile, ma lo si può rallentare, contrastare o rinviare prendendosi cura di sé stessi e dedicando un po' del proprio tempo a quella che viene definita attività fisica adattata, che non è sinonimo di fatica, di sacrifici, ma di salute e benessere. Se tale allenamento, moderato, viene eseguito con costanza e in modo corretto, tenendo quindi conto dell'età e delle reali condizioni fisiche, si può continuare ad essere autonomi nelle attività giornaliere.

Lo svolgimento di un'attività fisica moderata (3-5,9 MET.) o vigorosa (> 6 MET) è risultato associato a un aumento della massa (l'unità di misura MET (Metabolic Equivalent of Task) indica l'intensità dello sforzo fisico, un MET è definito come la spesa energetica a riposo di un individuo adulto medio equivalente a 3,5 ml di ossigeno consumato per Kg di peso corporeo al minuto: 1 MET = 1 Kcal X 1 Kg corporeo X 1 h.).

Nell'anziano l'esercizio di resistenza si è dimostrato il più utile e adatto a migliorare la forza. L'associazione di una regolare attività aerobica e anaerobica determina un miglioramento della performance. In assenza di fattori perturbanti esterni (malattie, interventi chirurgici, immobilità) la fisiologica evoluzione della massa muscolare prevede il raggiungimento del picco tra i 25 e i 40 anni di età seguito da una perdita di massa quantificabile come pari a circa -8% per ogni decade dai 40/50 ai 70 anni e -15% per ogni decade oltre i 70 anni. La maggior parte degli individui che adottano uno stile di vita sedentario, intorno ai 65 anni di età, perde sino al 50% della propria massa muscolare.

Figura 5: Correlazione tra diverse tipologie di attività/sport e l'intensità dello sforzo necessario per compierla espressa in MET



Fonte: <https://movimento.apotecanatura.it/attivita-fisica>

Le conseguenze della sarcopenia sono la perdita di forza, di potenza e di resistenza muscolare che comportano, a cascata, una riduzione della massa ossea, problemi di equilibrio, una riduzione del metabolismo basale e una perdita d'acqua. Le conseguenze cliniche sono: insorgenza di disabilità, osteoporosi, aumento del rischio di cadute e fratture, aumento del tessuto adiposo e un peggioramento del profilo di rischio vascolare.

Le fibre muscolari di tipo II, ad alta velocità di contrazione, si riducono in misura maggiore rispetto alle fibre di tipo I. Le prime intervengono prioritariamente nelle contrazioni muscolari rapide di potenza (sono percentualmente più numerose nei muscoli gran pettorale, gran dorsale, tricipiti, vasto mediale, tibiale anteriore, muscoli erettori della colonna nella porzione toracico-media e glutei), mentre le fibre muscolari di tipo I, a contrazione più lenta, sono implicate nel mantenimento della postura e nello svolgimento di esercizi ripetitivi e di resistenza.

11.2 Livelli di intervento

1° livello: Prevenzione primaria

In prevenzione primaria giocano un ruolo chiave il medico di medicina generale, al quale occorre fornire degli adeguati strumenti di screening, e l'educazione comportamentale rivolta al paziente. L'individuo deve essere educato precocemente, idealmente già dall'età scolare, al controllo del peso, ad assumere una postura corretta, a spostare i carichi in maniera ergonomica, ad avere uno stile di vita il più possibile attivo.

2° livello: prevenzione su gruppi a rischio

Sui soggetti a rischio si interviene a scopo preventivo tramite lo svolgimento di esercizi atti a mantenere/migliorare la funzionalità muscolare (trofismo,

elasticità, forza), l'articolarietà (*range* di movimento passivo e attivo), la coordinazione/equilibrio, la postura ecc.

3° livello: attività mirata alla patologia

Figura 6: Schematizzazione dei livelli di intervento necessari per la prevenzione/trattamento della sarcopenia



Fonte: Saccomani, 2016

11.3 Tipi di esercizio fisico

L'attività fisica permette alle persone anziane di migliorare la forza e il tono muscolare, la capacità vitale respiratoria, la resistenza allo sforzo ed il mantenimento dell'equilibrio attraverso un effetto combinato sui diversi sistemi ed apparati dell'organismo costituendo di fatto un intervento multidimensionale di prevenzione e mantenimento per una vita attiva ed in buona salute.

Uno stile di vita sedentario è spesso sinonimo di apatia, perdita di motivazione e isolamento emotivo e può condurre all'insorgenza di:

- Menomazioni: sarcopenia, alterata flessibilità articolare, decondizionamento cardiovascolare, osteoporosi, osteopenia ecc.
- Limitazioni funzionali: limitazioni nella deambulazione, difficoltà di equilibrio, ridotta resistenza agli sforzi, alterata manualità.
- Disabilità: difficoltà/incapacità a svolgere le attività quotidiane sia indoor che *outdoor*, perdita dell'autonomia.

Per poter impedire l'istaurarsi di un circolo vizioso di questo tipo i pazienti devono adottare uno stile di vita attivo caratterizzato dallo svolgimento di un'adeguata attività fisica.

11.3.1 Esercizio Aerobico

È una attività con movimenti ripetitivi, programmati e strutturati, al fine di migliorare la forma fisica e la salute, ad intensità sub-massimale per prevenire accumulo di acido lattico. Si intende l'allenamento di grandi masse muscolari che si muovono ritmicamente per periodi prolungati. Rientrano in questa attività la pratica della camminata veloce (circa 4 km/h), il nuoto, bicicletta (< 8km/h), danza (tango), ginnastica aerobica.

Questo tipo di esercizio ha comprovati effetti positivi, in particolare le linee guida americane ACC/AHA affermano che possa ridurre la mortalità cardiovascolare del 24%.

11.3.2 Esercizio Anaerobico

Attività ad intensità adattata, contrazioni isometriche e isotoniche (8-10 esercizi per gruppo muscolare, durata massima 30 min). L'attività anaerobica costruisce la forza fisica lavorando contro resistenza. L'allenamento è rivolto ai principali gruppi muscolari: quadricipite e ischio crurali per l'arto inferiore; glutei per il cingolo pelvico; pettorali, gran dorsale e addominali per tronco-schiena-addome; deltoide per il cingolo scapolare; bicipiti e tricipiti per l'arto superiore. Vengono inseriti in questo gruppo anche esercizi specifici per il rinforzo dell'avambraccio e il miglioramento della forza della presa della mano. La frequenza ideale nell'anziano è di almeno due volte a settimana.

11.3.3 Stretching

Attività da svolgere sempre prima dell'esercizio sia aerobico che anaerobico. È utile a sviluppare la flessibilità muscolare, protegge i muscoli dalle lesioni preparandoli allo sforzo.

11.3.4 Esercizi Robot assistiti

I dispositivi robotici sono sempre più frequentemente utilizzati in ambito riabilitativo. Uno di questi è Hunova, in uso presso la SC Recupero e Riabilitazione Funzionale dell'E.O. Ospedali Galliera (Dipartimento cure geriatriche, ortogeriatrica e riabilitazione) che combina due piattaforme mecatroniche e sensorizzate, una sotto la seduta ed una sotto la pedana, ed un sensore inerziale per una mobilizzazione *full body*. Questo dispositivo non sostituisce bensì supporta il fisioterapista permettendogli di allenare anca, ginocchio, tronco, sistemi vestibolari e cognitivi del paziente attraverso quattro differenti modalità: statica (il paziente si posiziona su una super-

Figura 7: Esercizi Robot assistiti



ficie statica o su un piano inclinato), attiva (il paziente esegue attivamente gli esercizi ai quali Hunova risponde con una forza selezionabile: proprio-cettiva, elastica, fluida e contro resistiva), passiva (mobilizzazione passiva continua o perturbazioni impulsive), assistiva (il dispositivo interviene e aiuta il paziente a terminare l'esercizio qualora sia in difficoltà). Hunova permette lo svolgimento di una serie di test che valutano l'equilibrio, la capacità di reagire a perturbazioni esterne, il controllo volontario dei movimenti, la coordinazione ecc. I risultati ottenuti sugli oltre 100 pazienti testati presso il Dipartimento Cure geriatriche, ortogeriatrica e riabilitazione dell'E.O. Ospedali Galliera mostrano l'esistenza di un'elevata correlazione e concordanza tra gli esiti dei test di performance fisica, svolti dal fisioterapista, e quelli delle valutazioni robotiche; questo è indice di elevata accuratezza ed affidabilità attribuibili al macchinario. Anche sulla base di queste evidenze risulta chiaro come l'intervento riabilitativo robot-assistito introduca prospettive innovative nella prevenzione e nel trattamento della sarcopenia e delle cadute nell'anziano.

11.4 Esercizi consigliati

Lo stretching, e l'attività aerobica sono consigliati a tutti i soggetti anziani mentre l'attività anaerobica si consiglia solo in alcuni casi e attraverso lo svolgimento di esercizi mirati. Gli esercizi robot assistiti, al momento, sono ancora oggetto di studi clinici e rappresentano una prospettiva futura. Gli sport consigliati sono quelli a minimo impiego come bocce, golf, tiro a segno, pesca, nuoto, biliardo, giardinaggio, camminata veloce (<4 km/h) e bicicletta (< 8 km/h).

Sono consigliati anche programmi riabilitativi multifattoriali basati su un'attività fisica adattata come ad esempio thai chi, yoga, danza, esercizio te-

rapeutico. Insieme ad uno stile di vita attivo si raccomanda ai soggetti anziani di sottoporsi periodicamente al controllo della vista, di utilizzare ausili/ortesi se necessarie e di socializzare per mantenere un positivo tono dell'umore. Può essere utile fornire ai pazienti delle spiegazioni dettagliate, meglio se per iscritto, su come svolgere gli esercizi prescritti¹. Allo scopo di favorire l'effettivo svolgimento delle attività assegnate è molto importante invitare i propri pazienti a tenere un diario degli esercizi da portare sempre con sé in sede di visita.

¹ Si rimanda all'allegato 2 per un esempio di materiale cartaceo di supporto fornito ai pazienti in sede di visita.

12. Monitoraggio delle malattie croniche: la appropriatezza prescrittiva

Clarissa Musacchio, Ilario Indiano, Romina Custureri, Alberto Pilotto
Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatría e Riabilitazione,
E.O. Ospedali Galliera, Genova

12.1 Le malattie croniche nell'anziano

Le malattie croniche (o malattie non trasmissibili) affliggono circa 24 milioni di persone in Italia. Queste condizioni hanno un impatto importante sulla qualità e sull'attesa di vita della popolazione. Tali malattie interessano tutte le fasi della vita, anche se i segmenti di popolazione più frequentemente colpiti sono gli anziani (soffre di malattie croniche oltre l'85% degli over 75) e le donne, in particolare dopo i 55 anni. È importante quindi migliorare le conoscenze sui meccanismi e sui fattori di rischio che portano allo sviluppo di malattie croniche, così come sulle possibili strategie e programmi per la prevenzione e trattamento di queste condizioni al fine di garantire un invecchiamento in salute della popolazione.

L'aspettativa di vita è costantemente aumentata, negli ultimi decenni, in tutto il mondo occidentale. Il miglioramento complessivo delle condizioni di salute, l'aumento della sopravvivenza e il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione rappresentano un importante traguardo raggiunto dalla società, ma allo stesso tempo una sfida. È necessario che l'allungamento della vita media si accompagni anche al mantenimento di buone condizioni di salute e una qualità di vita soddisfacente. Con le società che invecchiano infatti il peso delle patologie croniche-degenerative e delle disabilità che esse comportano diventa sempre più rilevante; le patologie cronicodegenerative rappresentano oggi le principali cause di morbilità e di perdita di anni di vita in buona salute e sono spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, imponendo anche un cambiamento profondo dello scenario di cura e della presa in carico dei pazienti che ne sono affetti.

Secondo i dati ISTAT 2019, in Italia la condizione di multicronicità, cioè la presenza di almeno tre malattie croniche contemporaneamente, riguarda

circa un anziano su 2 (49,6%): è più frequente nelle donne (55,2% contro il 42,4% negli uomini) ed aumenta con l'avanzare dell'età (40% tra i soggetti con età compresa tra 65 e 74 anni contro un 59% nei soggetti over 75). Le patologie croniche più frequentemente riferite dagli anziani sono ipertensione arteriosa (50,2%), artrosi (48%), diabete mellito (18%), malattie del cuore (angina e infarto del miocardio) (13,8%), broncopatia cronica ostruttiva (BPCO) (12,6%), ipoacusia (12,2%) e problemi renali (8,4%). Anche i sintomi depressivi sono più frequenti con l'avanzare dell'età (raggiungono il 22% dopo gli 85 anni), soprattutto nella popolazione femminile (17% contro il 9% negli uomini), tra le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (il 31% contro l'8% in chi non riferisce difficoltà economiche) o con bassa istruzione (17% fra coloro che hanno la licenza elementare contro l'8% fra i laureati), tra chi vive solo (16%) e fra le persone con diagnosi di patologia cronica (26% in chi riferisce due o più patologie croniche *versus* 7% di chi non ne ha) il diabete (20%) e i tumori (13%) (Istituto Superiore di Sanità).

Visto il grande impatto clinico e socio-economico delle malattie croniche, già nel 2005 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (World Health Organization, 2005) segnalava come fosse diventato urgente intervenire su queste patologie in chiave preventiva. L'OMS definiva le malattie cronicodegenerative come invisibili epidemie e sottostimate cause di povertà e sottosviluppo economico di molti Paesi, evidenziando come queste, se non affrontate con un giusto e tempestivo approccio, graveranno pesantemente sulle generazioni future sia dal punto di vista clinico che sociale ed economico.

In questo contesto, i test di screening rivestono un ruolo importante nella gestione delle malattie croniche. Sono usati per consentire la diagnosi precoce, valutare i rischi e guidare la gestione della malattia. I medici di assistenza primaria si affidano alle linee guida per la gestione dei fattori di rischio delle malattie più comuni come, per esempio, l'ipertensione arteriosa e il diabete mellito di tipo 2, raccomandando ai pazienti quali esami effettuare e con quale frequenza.

Nonostante tutto ciò, le malattie cronicodegenerative hanno tutt'oggi un impatto notevole in termini sociali ed economici sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Soprattutto le malattie croniche complesse rappresentano una sfida per l'attuale configurazione dei servizi sanitari, che talvolta dimostrano incertezza organizzativa e gestionale (Elwenspoek *et al.*, 2019).

Efficace gestione delle malattie croniche significa oggi sottoporsi alle vaccinazioni previste per l'anziano (antinfluenzale, anti-pneumococcica, anti-herpes zoster, anti-Covid-19), eseguire controlli periodici dei fattori di rischio cardiovascolari (pressione arteriosa, elettrocardiogramma, esami del sangue, ecc.) e della neurodegenerazione (test della memoria), e anche effettuare con il proprio medico curante un ri-esame periodico della terapia in atto:

a volte il controllo delle malattie croniche significa, infatti, modificare la cura farmacologica, magari riducendo il numero dei farmaci, soprattutto quando questi sono molto numerosi.

12.2 Approccio personalizzato alle malattie croniche nell'anziano

Quando parliamo di anziani ci troviamo di fronte ad una realtà eterogenea. Ogni individuo anziano ha caratteristiche sue proprie per cui le strategie di promozione e di prevenzione della salute devono essere personalizzate attraverso l'approccio clinico multidimensionale.

Numerosi studi attestano che gli *outcome* di salute e la soddisfazione del paziente migliorano significativamente se vi è un rapporto medico-paziente aperto al dialogo, che ponga al centro la persona e non solo il singolo problema sanitario da trattare.

Altrettanto importante è promuovere un'adeguata informazione del paziente e favorire sessioni di *training* educativo-pratico su determinate procedure o interventi sanitari (Holman, 2000; Royal College of General Practitioners, 2014).

Le manifestazioni più comuni di scarsa efficacia nella gestione delle malattie croniche sono l'assenza dei cambiamenti nello stile di vita richiesti per il controllo della malattia (ad esempio aderenza ad una dieta o svolgimento di attività fisica), la mancata aderenza alla terapia farmacologica, il ritardo diagnostico delle complicanze (per scarsa valutazione dei sintomi o scarsa attenzione alla esecuzione di controlli medici previsti), mancata soddisfazione del paziente per la qualità delle cure ricevute, la presenza di sintomi depressivi, un aumento del numero di ospedalizzazioni.

Un piano di cura personalizzato che tenga conto dei fattori individuali e delle aspettative e prospettive del paziente, sicuramente può favorire il coinvolgimento e la collaborazione dell'assistito ed è uno dei punti cardine del sistema di 'cura centrata sul paziente' (*patient-centered care*).

Nel caso in cui il soggetto affetto da malattia cronica non sia autonomo è opportuno identificare il *caregiver* principale ed instaurare con lei/lui un rapporto fiduciario di condivisione, evitando di frammentare le informazioni tra le diverse persone che prestano assistenza.

A tal proposito il progetto EFFICHRONIC rappresenta un modello di cura per i malati cronici aiutandoli a mantenere l'autonomia e a migliorare la gestione personale delle proprie malattie (Boone *et al.*, 2019). Il progetto EFFICHRONIC è uno strumento innovativo per favorire l'auto-gestione delle malattie, basato sull'interazione tra l'indice MPI (Multidimensional Prognostic Index) nella sua versione auto-somministrabile (SELFY-MPI) (Pilotto *et al.*, 2019b) ed il Programma di Autogestione delle Malattie Croniche (Chronic Disease

Self-Management Program-CDSMP). Quasi 3000 persone hanno partecipato al progetto EFFICHRONIC, nell'ambito di un programma co-finanziato dall'Unione Europea e condotto in cinque Paesi europei (Spagna, Francia, Paesi Bassi, Italia e Regno Unito). L'Ospedale Galliera di Genova, centro di riferimento in Italia per questo progetto, dal 2017 al 2020 ha organizzato programmi di autogestione coinvolgendo oltre 400 cittadini affetti da malattie croniche e loro *caregiver*. Dai risultati raccolti 6 mesi dopo la conclusione del programma CDSMP si è osservato tra i partecipanti un significativo miglioramento della qualità della vita, la riduzione degli accessi in Pronto Soccorso, la riduzione del numero di visite presso gli ambulatori specialistici e di medicina generale. Ciò conferma che coinvolgendo la persona nell'autogestione della propria condizione patologica migliorano la presa di coscienza della malattia e l'aderenza alla terapia ed anche i comportamenti e stili di vita non appropriati, come ad esempio la sedentarietà ed il consumo di bevande alcoliche.

12.3 I farmaci nell'anziano

Nella popolazione anziana, l'uso regolare di farmaci, e spesso di più farmaci contemporaneamente, è frequente perché è alta la prevalenza di malattie croniche concomitanti (multimorbilità). I farmaci curano le malattie, ne alleviano i sintomi, ne prevengono le complicazioni e quindi contribuiscono in maniera sostanziale a migliorare la qualità e la durata della vita; talvolta tuttavia i farmaci possono avere anche effetti negativi, soprattutto se sommati l'uno all'altro, complicando il quadro generale nell'anziano. In queste circostanze è molto importante l'uso consapevole dei farmaci e l'aderenza (*compliance*) al piano terapeutico prescritto.

Il ruolo del medico è cruciale non solo per la scelta appropriata dei farmaci per il paziente ma anche per il monitoraggio e l'aderenza al piano terapeutico.

L'invecchiamento della popolazione pone problematiche farmacologiche specifiche. In seguito all'aumentata prevalenza delle malattie croniche, infatti, il ricorso alla polifarmacoterapia è molto frequente in età avanzata. Ne consegue, un aumentato rischio di reazioni avverse a farmaci (Adverse Drug Reaction-ADR) con talvolta esiti clinici sfavorevoli.

Il processo dell'invecchiamento comporta la progressiva compromissione della riserva funzionale di organi e sistemi con conseguente modificazione della farmacodinamica e della farmacocinetica dei farmaci, rendendo l'anziano più suscettibile a eventi avversi da farmaci (Cutroneo *et al.*, 2014).

Alcune indagini epidemiologiche collocano le ADR tra la quarta e la sesta causa di morte nei Paesi industrializzati e si stima che circa il 10-15% dei ricoveri in ospedale, in età geriatrica, siano riconducibili ad una ADR (Lazarou

et al., 1998; Kongkaew *et al.*, 2008). Inoltre, i ricoveri correlati ad ADR negli anziani sono in continuo e costante aumento, con conseguente aggravio dei SSN (Burgess *et al.*, 2005)

L'assunzione concomitante di più farmaci espone il soggetto anziano ad un' aumentata incidenza di ADR correlate anche alla comparsa di potenziali interazioni tra le diverse molecole farmacologiche. Le interazioni farmacologiche rappresentano la principale causa di sviluppo di ADR nell'anziano, con un'incidenza stimata del 15-20%; tali eventi aumentano esponenzialmente con il numero dei farmaci assunti.

12.4 Inappropriatezza prescrittiva e reazioni avverse ai farmaci

L'inappropriatezza prescrittiva si definisce come un non appropriato impiego di farmaci, per durata della cura o per dosaggio, sia in eccesso che in difetto, che può comportare un aumento rischio di ADR. Tecnicamente l'inappropriatezza prescrittiva può identificarsi nell'uso contemporaneo di più farmaci che interagiscono negativamente fra loro (interazione farmaco-farmaco) o con le malattie di cui il paziente è affetto (interazione farmaco-malattia). Aspetti particolari sono la sopra- e la sotto-prescrizione di un farmaco sulla base dell'età e delle caratteristiche cliniche o funzionali del paziente.

Prescrizione inappropriata può infine essere legata alla scelta di farmaci non raccomandati per la malattia da curare (prescrizioni *off-label*), scelta che può essere intenzionale o non intenzionale; oppure alla scelta terapeutica che non tenga conto a sufficienza delle condizioni cliniche del paziente.

12.5 I criteri di appropriatezza prescrittiva nell'anziano

Per valutare il potenziale rischio correlato all'utilizzo dei farmaci inappropriati sono stati messi a punto e validati alcuni strumenti di appropriatezza prescrittiva nell'anziano.

Al riguardo, i più utilizzati nella pratica clinica sono i criteri di Beers e i criteri STOPP-START.

1) I criteri di Beers sono stati il primo set di indicatori espliciti di inappropriatezza prescrittiva nel paziente anziano. Inizialmente elaborati nel 1991 negli USA (Beers *et al.*, 1991) per la popolazione di anziani istituzionalizzati, sono stati successivamente rivisti e aggiornati regolarmente; gli attuali criteri di Beers sono applicabili ai pazienti anziani over 65 in tutti i *setting* assistenziali (ospedale, RSA, ambulatorio).

I criteri di Beers sono strutturati come una lista di farmaci o classi di farmaci, i “potentially Inappropriate Medications” (PIM), divisi nelle seguenti classi:

- farmaci potenzialmente lesivi nell’anziano indipendentemente dalle condizioni cliniche del paziente;
- farmaci potenzialmente pericolosi nell’anziano affetto da specifiche condizioni cliniche;
- associazioni di farmaci responsabili di interazioni potenzialmente severe nell’anziano.
- farmaci che dovrebbero essere evitati o di cui è opportuno aggiustare il dosaggio in caso di insufficienza renale.

2) I criteri STOPP (Screening Tool of Older Person’s Prescriptions) & START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment), divisi in due classi:

- a) farmaci da non prescrivere nel paziente anziano (STOPP)
- b) farmaci che sarebbe appropriato prescrivere (START) nell’anziano.

La prima versione di questi criteri è stata elaborata da un gruppo di specialisti in farmacologia geriatrica mediante l’impiego del metodo di condivisione delle opinioni di esperti denominato Metodo Delphi (Gallagher *et al.*, 2008).

Numerosi studi osservazionali e “*trial*” clinici hanno applicato i criteri STOPP&START (Hill-Taylor *et al.*, 2013) dimostrando buona sensibilità anche rispetto ai criteri di Beers (Gallagher *et al.*, 2008).

Nel 2014 è stato pubblicato un aggiornamento ai criteri STOPP&START con incluse raccomandazioni elaborate da esperti in farmacologia geriatrica di 13 Paesi europei. Attualmente i criteri STOPP sono 80 e i criteri START sono 34.

Recenti studi multicentrici europei come il SENATOR (Software ENgine for the Assessment and optimisation of drug and non-drug Therapy in Older persons) e l’OPERAM (Optimising thERapy to Prevent Avoidable Hospital Admissions in the Multimorbid Older People) hanno esaminato l’impatto dei criteri STOPP&START sugli incidenti ADR (SENATOR) e sui ricoveri in ospedale correlati ai farmaci (OPERAM) negli anziani multimorbidi (O’Mahony, 2020). Gli studi hanno dimostrato che l’ausilio tecnologico digitale di un software (SENATOR) può aiutare il medico nella de-prescrizione farmacologica (Dalton *et al.*, 2020) e che un approccio multistrutturato, integrando la revisione dei farmaci attraverso i criteri STOPP&START e le decisioni cliniche prese dopo un confronto tra medico prescrittore e paziente, è efficace nel definire i problemi di inappropriatezza prescrittiva nell’anziano (Crowley *et al.*, 2020). Questi dati confermano esperienze precedenti condotte anche in Italia (Grion *et al.*, 2016).

Un ulteriore strumento suggerito dalle linee guida per appropriatezza prescrittiva nell’anziano è l’Indice di Appropriatezza del Farmaci (Medication

Appropriateness Index-MAI). Sviluppato negli USA nel 1992, si basa sulla valutazione di 10 criteri impliciti che sono stati creati con lo scopo di assistere il medico nella valutazione della qualità delle prescrizioni farmacologiche nel paziente anziano (Hanlon, 2013). Ciascuna prescrizione viene classificata sulla base di un punteggio finale in appropriata (score 1), marginalmente appropriata (score 2) o inappropriata (score 3).

12.6 La politerapia nell'anziano

L'uso di farmaci non necessari come causa di polifarmacoterapia è un fenomeno tutt'altro che raro. La politerapia è un fattore indipendente di fragilità nell'anziano (Veronese *et al.*, 2017b). Solo un approccio strutturato di Valutazione Multidimensionale (VMD) è in grado di ridurre la polifarmacoterapia non necessaria e l'inappropriatezza prescrittiva rispetto all'approccio clinico tradizionale (Sergi *et al.*, 2011).

In particolare, nel SAFE-Project (Safety Alerts for Frail Elderly Project), studio condotto presso il reparto di Geriatria per acuti dell'E.O. Ospedali Galliera per valutare le prescrizioni a rischio di ADR in una popolazione di soggetti anziani fragili prima e dopo il ricovero, si è visto che l'approccio multidimensionale e multidisciplinare determina una riduzione del rischio di reazioni avverse (Musacchio *et al.*, 2016).

Anche l'impiego di supporto informatico chiamato INTERCheck®, software sviluppato presso l'Istituto di Ricerca Mario Negri di Milano, può aiutare il clinico nel prevenire l'interazione tra farmaci e le ADR.

12.7 Conclusioni

La prescrizione farmacologica all'anziano è un atto sanitario complesso. Le regole dettate dalle linee guida non sono sempre applicabili in maniera rigida nell'anziano la cui prescrizione deve essere adattata in base alle caratteristiche cliniche e funzionali dell'individuo. I criteri di prescrizione inappropriata sono strumenti utili per identificare i farmaci potenzialmente pericolosi per gli anziani. Seppur nessuno di questi criteri possa sostituirsi al giudizio clinico né essere rigidamente adottato all'atto della prescrizione farmacologica, essi rappresentano un valido supporto per il medico nell'ambito di una valutazione multidimensionale che consideri i bisogni e le priorità del paziente anziano.

È importante sensibilizzare i medici a un'attenta prescrizione e a continue revisioni della terapia cronica per effettuare eventualmente la de-prescrizione

terapeutica. La de-prescrizione rappresenta un processo sistematico di identificazione e ‘discontinuazione’ di farmaci o regimi farmacologici in circostanze in cui evidenti o potenziali effetti negativi superano i benefici, tenendo conto degli obiettivi di cura, del livello funzionale, dell’aspettativa di vita, dei valori e delle preferenze del singolo paziente.

13. Le vaccinazioni nell'anziano

Simone Dini, Lisa Nunziata Cammalleri e Alberto Pilotto
Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatria e Riabilitazione,
E.O. Ospedali Galliera, Genova

13.1 Introduzione

I vaccini rappresentano in qualsiasi momento della vita un'opzione terapeutica fondamentale ed insostituibile nella lotta ad alcune infezioni. I principali vantaggi comunemente riconosciuti sono, oltre alla riduzione del numero di casi di infezione, anche quelli indiretti come la riduzione del numero di ricoveri in ospedale, la riduzione di nuove disabilità ed il minore utilizzo di antibiotici con conseguente calo di eventi avversi correlati (come ad esempio tossicità, coliti e selezione di batteri resistenti) (Kim *et al.*, 2016; Nichol *et al.*, 1994).

Per quanto riguarda la popolazione anziana, i vaccini costituiscono una componente fondamentale per il conseguimento di una vita sana tanto quanto una corretta alimentazione ed una regolare attività motoria. Nell'anziano, infatti, le malattie infettive sono sempre state associate ad un rischio elevato di mortalità o di comparsa di disabilità aggiuntive con perdita dei livelli di autonomia oltre che una possibile causa di ricovero ospedaliero con tutti i rischi che esso rappresenta (Lapi *et al.*, 2019). Basti pensare alla polmonite, storicamente causa di ricovero e di decesso tra gli anziani, o ai dati osservati nell'attuale pandemia di Covid-19, nella quale l'età media dei pazienti deceduti è stata 81 anni e che ha portato, tra l'inizio dell'epidemia ed il 31 dicembre 2020, a percentuali di letalità dello 0,7% nei soggetti di età compresa tra 0 e 59 anni, del 3,3% nei soggetti di età 60-69 anni, dell'11,4% nei soggetti di età 70-79 anni, del 20,3% nei soggetti di età 80-89 anni e del 23,7% nei soggetti con oltre i 90 anni di età (dati ISTAT)¹.

Oltre alla mortalità sono inoltre importanti le conseguenze secondarie correlate alle patologie infettive prevenibili mediante le vaccinazioni, come

¹ ISTAT <https://www.quotidianosanita.it> > allegato8034297

l'aumento significativo del rischio di ictus o attacco ischemico transitorio (TIA) e la progressione di malattie cardiovascolari quali si osservano in corso di polmonite, infezione influenzale o un episodio di Herpes Zoster (Zhang, 2017).

I meccanismi che rendono un anziano maggiormente a rischio di sviluppare infezioni e di avere manifestazioni cliniche più severe sono molteplici; i più comunemente noti sono:

- alterazioni organiche legate direttamente all'invecchiamento, come la trasformazione delle mucose, la riduzione del tessuto muscolare, le alterazioni del microbiota intestinale ed il deterioramento di meccanismi di difesa come la motilità ciliare a livello delle mucose ed il riflesso della tosse;
- immunosenescenza: il malfunzionamento del sistema immunitario, dovuto alla ridotta produzione di alcuni tipi di linfociti ed all'alterazione della loro capacità di legarsi alle molecole estranee (agglutinazione) e di ricordare quelle incontrate in passato (memoria immunitaria) per stimolare successivamente le difese. Questo meccanismo determina una risposta alle infezioni più lenta e meno efficiente. A questa situazione si associa il determinarsi di uno stato di infiammazione generale dell'organismo, significativamente maggiore rispetto a quello di soggetti giovani, detto *inflammaging*. Questo fenomeno, dimostrato dall'aumento nel sangue di proteine infiammatorie prodotte dalle cellule (citochine), determina la progressione dei livelli di fragilità dell'organismo a livello sistemico (Fulop *et al.*, 2018).
- comorbidità: malattie per lo più croniche (come ad esempio insufficienza renale cronica, diabete mellito, broncopneumopatia cronica ostruttiva, depressione, ecc.), che presentandosi contemporaneamente nello stesso individuo possono complicare significativamente il mantenimento di uno stato di equilibrio. Tale situazione è inoltre comunemente associata alla presenza di multiple terapie, con conseguente aumento del rischio di interazioni ed eventi avversi (Hata *et al.*, 2011).
- fattori comportamentali ed ambientali: malnutrizione, calo dell'attività motoria, fumo di sigaretta, elevato consumo di alcol sono solo alcuni tra i principali fattori comportamentali modificabili che influenzano la suscettibilità allo sviluppo di infezioni. A questi si aggiunge la presenza di fattori stressogeni a livello ambientale, come l'inquinamento, l'inadeguato mantenimento dell'igiene, l'inadeguato riscaldamento.

La conoscenza di tutti questi aspetti ha fatto sì che sia stata riconosciuta ormai da anni l'importanza di proteggere gli anziani dallo sviluppo di alcune infezioni comuni prevenibili. Per questo il Sistema Sanitario Nazionale ha inserito da tempo nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) (Fig. 8) alcune vaccinazioni raccomandate nei soggetti ultra65enni (PNPV 2020-2022):

- Anti-influenzale
- Anti-pneumococcica
- Anti Herpes Zoster
- il richiamo della vaccinazione antidifterite-tetano-pertosse (DTPa) da eseguire ogni 10 anni dalla conclusione del primo ciclo (raccomandato in età pediatrica).

A questo elenco bisogna aggiungere il vaccino anti-Covid19 raccomandato solo recentemente in quanto disponibile da gennaio 2021.

Figura 8: Vaccinazioni nell'adulto secondo il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2020

Vaccino	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni
DTPa	1 dose dTpa ogni 10 anni		
Pneumococco			PCV+PPSV
Influenza			1 dose all'anno
Herpes Zoster			1 dose

DTPa: Vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare

PCV: Vaccino pneumococcico coniugato

PPSV: Vaccino pneumococcico polisaccaridico

Fonte: Ministero della salute

Le controindicazioni assolute di questi vaccini sono rare e consistono nell'ipersensibilità a componenti vaccinali e nella presenza di immunosoppressione per l'attuale vaccino anti Zoster. Non ci sono controindicazioni specifiche correlate all'età anziana.

È importante tuttavia ricordare che la risposta vaccinale nell'anziano può essere inferiore rispetto al giovane per diversi motivi:

- a causa del fenomeno dell'immunosenescenza la funzione di memoria dei linfociti peggiora con conseguenti effetti sulla risposta vaccinale;
- a causa di alterazioni del microbiota, cioè quell'insieme di germi che normalmente colonizzano il nostro organismo (prevalentemente nell'intestino, vie respiratorie, urinarie e cute) convivendo pacificamente ed interagendo continuamente con l'organismo. Nell'anziano è stato osservato come il cambiamento della composizione del microbiota intestinale influisca nelle alterazioni a livello del sistema immunitario e della risposta vaccinale (Ciabattini *et al.*, 2019).

A seguire verranno descritti i vaccini attualmente indicati nel soggetto anziano.

13.2 Vaccino anti-influenzale

Si tratta di un vaccino da somministrare in un periodo compreso tra metà ottobre e l'inizio dell'ondata influenzale. In un'unica somministrazione attraverso l'iniezione intramuscolare di frammenti di virus influenzali (2 ceppi di tipo A e 2 di tipo B nei vaccini quadrivalenti mentre 2 tipo A e 1 di tipo B nei vaccini trivalenti). Vista la tendenza del virus influenzale a presentarsi ogni anno sotto forma di tipi differenti è necessario eseguire ogni anno il nuovo vaccino comprensivo dei tipi la cui diffusione è prevista nell'anno in corso.

La protezione indotta dal vaccino comincia circa due settimane dopo la vaccinazione e perdura per un periodo di sei/otto mesi per poi decrescere².

Attualmente esistono in commercio forme diverse di vaccini anti-influenzali: vaccino tetravalente su uova, tetravalente su coltura cellulare e trivalente adiuvato, cioè composto dai frammenti di virus più una sostanza adiuvante (in grado di stimolare maggiormente il sistema immunitario). Proprio quest'ultimo, a causa della sua maggior capacità di stimolazione del sistema immunitario, è stato raccomandato nell'anziano. Per lo stesso motivo è stato recentemente sperimentato un altro vaccino pensato per il soggetto anziano, il vaccino trivalente ad alto dosaggio. Questo vaccino ha dato ottimi risultati in fase di studi clinici, risultando in grado di indurre risposte anticorpali significativamente più elevate e fornire una protezione superiore contro l'influenza e minori tassi di ospedalizzazione rispetto a quello a dose standard tra gli over 65 (Lee *et al.*, 2018).

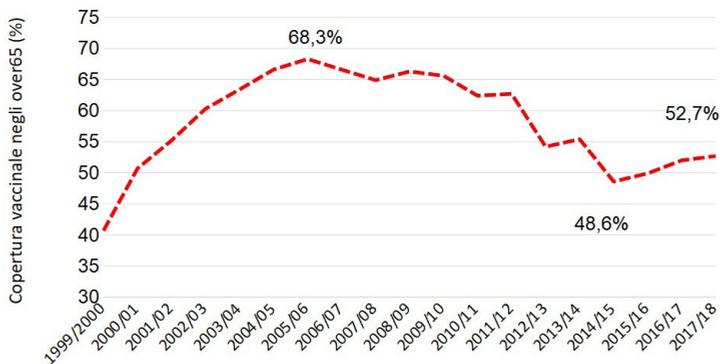
Un dato dolente, purtroppo, riguarda la copertura vaccinale. Sebbene il Ministero della Salute, per ridurre significativamente morbosità, complicanze e mortalità influenzali, abbia stimato la necessità di raggiungere un obiettivo minimo di copertura vaccinale stagionale del 75% ed uno ottimale del 95%, i dati reali di copertura vaccinale sono persistentemente inferiori a tali percentuali. I valori degli ultimi anni, riferiti alla popolazione anziana italiana, non hanno mai raggiunto il 70% raggiungendo solo durante la stagione 2005-2006 un picco pari al 68,3%³ (Grafico 5).

In ogni caso, pur con i limiti legati alla copertura, la vaccinazione anti-influenzale è risultata in grado di ottenere un calo della mortalità per influenza del 44% ed un calo delle ospedalizzazioni per polmonite ed eventi cerebro/cardiovascolari (Bella *et al.*, 2019). È inoltre importante sottolineare che tutti i nuovi vaccini anti-influenzali hanno mostrato un livello di sicurezza soddisfacente (tra le reazioni comuni si annotano eritema al sito di inoculo, astenia, mialgia, iperpiressia, irritabilità e cefalea, tutti effetti che comunemente si risolvono entro pochi giorni mentre sono molto rari i casi di reazioni allergiche).

² Ministero della salute <http://www.salute.gov.it>

³ Ministero della salute <http://www.salute.gov.it/portale/influenza>

Grafico 5: Andamento della copertura vaccinale influenzale



Fonte: <https://movimento.apotecanatura.it/attivita-fisica>

13.3 Vaccino anti-Herpes Zoster

L'Herpes Zoster (comunemente definita a livello popolare come 'fuoco di Sant'Antonio') è una malattia tipica dell'anziano e del soggetto immunocompromesso. È determinata dalla riattivazione dell'infezione latente del virus varicella zoster, la cui infezione è molto frequente in età infantile, e si manifesta con la comparsa di una eruzione cutanea micro-bollosa (usualmente al dorso, ma può comparire anche in altre parti del corpo) metamerica, cioè in corrispondenza del percorso di innervazione di nervi periferici; tale eruzione si associa a un dolore neuropatico importante che può persistere per oltre un mese (nel 6,5-38% dei casi) fino a 3 mesi (nel 2,6-27% dei casi) risultando fortemente invalidante (nevralgia post-erpetica).

La vaccinazione anti-Herpes Zoster è risultata in grado di dimezzare i casi clinici di malattia acuta e di ottenere una riduzione di circa il 65% dei casi di nevralgia post-erpetica (Oxman *et al*, 2005).

Approvato in Europa nel 2006, il vaccino anti-Herpes Zoster consiste nella somministrazione per via intramuscolare di un'unica dose (nella vita) di un vaccino virus vivo attenuato. Per questo motivo vi sono controindicazioni alla somministrazione nel paziente immunocompromesso. Una soluzione a questo problema è stata di recente trovata con la creazione di un vaccino composto da una glicoproteina del virus, per cui eseguibile anche in presenza di immunosoppressione, che sarà presto disponibile essendo già stato approvato dalle principali agenzie di vigilanza sui farmaci. La sua efficacia nell'anziano sarebbe apparsa ottima negli studi essendo risultato efficace in quasi il 100% dei soggetti tra i 60 e i 69 anni ed in più del 90% nei soggetti con oltre 80 anni

di età. Inoltre questa nuova formulazione del vaccino risulterebbe utile anche in chi ha già avuto la malattia Herpes Zoster, somministrandolo immediatamente dopo che l'eruzione dell'Herpes Zoster si sia conclusa senza dover attendere un intervallo di tempo (Syed, 2018).

13.4 Vaccino anti-pneumococcico

Consiste nella somministrazione intramuscolo di una prima dose con vaccino polisaccaridico coniugato (PCV13) seguito, dopo circa 6-12 mesi, ma non prima di 8 settimane, da una seconda dose con vaccino polisaccaridico (PPV23). Non è previsto alcun periodo specifico per la vaccinazione e, una volta eseguito il ciclo comprensivo dei 2 vaccini, non sono necessari ulteriori richiami in tutto l'arco della vita.

Questo vaccino è risultato in grado di ottenere una riduzione di circa il 45% delle polmoniti da diversi ceppi di *Pneumococcus* compresi nel vaccino ed un calo del 75% delle malattie invasive (sepsi e meningite, globalmente caratterizzate dal 70% di letalità nell'anziano) dai tipi di pneumococco compresi nel vaccino (Huijts *et al*, 2017).

L'attuale obiettivo di copertura vaccinale stabilita dal Sistema Sanitario Nazionale è di almeno il 75%⁴. Il profilo di sicurezza è risultato molto buono, osservandosi unicamente, oltre alle comuni reazioni al sito di iniezione, alcune reazioni sistemiche (come astenia o affaticamento, mialgia e cefalea) entro 3 giorni dalla vaccinazione e con completa risoluzione entro il 5° giorno.

13.5 Vaccino anti-Covid-19

Questo vaccino è in assoluto quello di più recente approvazione ed introduzione (gennaio 2021). Gli anziani nella maggior parte dei Paesi, così come in Italia, sono stati tra i primi destinatari del vaccino essendo riconosciuti popolazione a maggior rischio di sviluppare forme severe di malattie e mortalità⁵.

Il meccanismo generale di tutti i vaccini attualmente in commercio è quello di indurre una risposta immunitaria contro la proteina spike, una proteina di superficie del virus SARS-Cov-2, responsabile della malattia Covid-19 (CoronaVirus Disease-19), che agisce come una chiave permettendo l'accesso del virus nelle cellule dell'organismo umano per poi riprodursi. Le proteine

⁴ PNPV 2020-2022 - <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2414138.pdf>

⁵ Rapporto del Ministero della salute: 'Covid-19 - Anziani e persone fragili'.

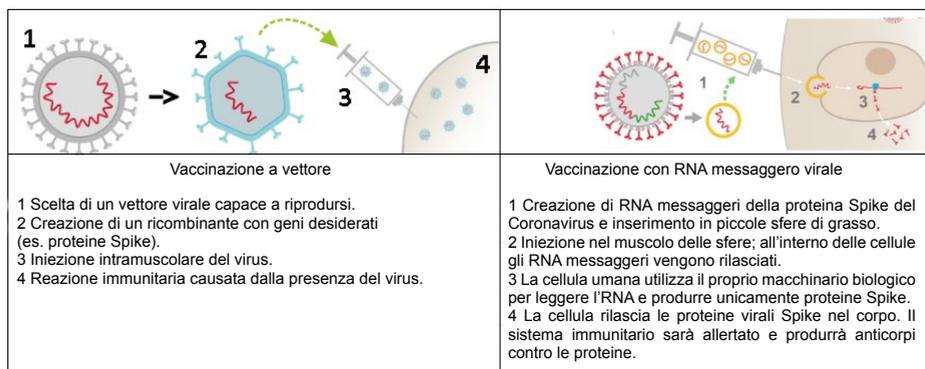
introdotte nell'organismo attraverso la vaccinazione stimolano il sistema immunitario a produrre anticorpi specifici.

Se il soggetto vaccinato viene a contatto con il virus SARS-Cov-2, vengono prodotti anticorpi che bloccano le proteine spike impedendo così l'ingresso del virus nelle cellule.

La vaccinazione, inoltre, attiva le cellule linfociti T che preparano il sistema immunitario a rispondere ad eventuali ulteriori esposizioni al virus. Il sistema immunitario produce infine cellule dotate di memoria difensiva contro la proteina spike del coronavirus, facilitando il riconoscimento e la risposta immunitaria rapida in caso di futura esposizione.

Attualmente i vaccini a disposizione sono a base di mRNA (Pfizer mRNA-BNT162b2 (Comirnaty) e Covid-19 Vaccine Moderna mRNA-1273) o a vettore virale (Vaccino Vaxzevria-ex Covid-19 Vaccine AstraZeneca e Covid-19 Vaccine Janssen) (Fig. 9).

Figura 9: Meccanismi di vaccini anti-Covid-19: vaccini a vettore e vaccini con RNA virale



Fonte: <https://movimento.apotecanatura.it/attivita-fisica>

I dati ad oggi disponibili non permettono di confrontare i dati di efficacia tra i vaccini a vettore virale e vaccini a vettore mRNA; infatti non esistono ancora studi di comparazione con casistiche confrontabili. Tutti i vaccini anti-Covid-19 attualmente approvati dagli organi regolatori (Food and Drug Administration-FDA, organo regolatorio americano; European Medicines Agency-EMA, organo regolatorio europeo; Agenzia Italiana del Farmaco-AIFA, organo regolatorio italiano) rappresentano l'unica opzione per la prevenzione del Covid-19, mostrando una ottima maneggevolezza d'uso ed un rapporto costo/beneficio assolutamente favorevole nelle persone al di sopra dei 18 anni⁶.

⁶ Indicazioni AIFA - <https://www.aifa.gov.it/web/guest/vaccini-Covid-19>

Dal punto di vista del profilo di sicurezza i dati finora osservati si sono rivelati soddisfacenti: il 93% delle segnalazioni sono risultate eventi non gravi, insorti il giorno della vaccinazione o il giorno seguente e regrediti spontaneamente nel giro di 4-5 giorni (febbre, cefalea, dolori muscolari/articolari, dolore in sede di iniezione, brividi e nausea). Tali reazioni sono inoltre risultate più frequenti nei giovani e meno frequenti e più lievi nei partecipanti con più di 65 anni. Il numero delle segnalazioni non è inoltre risultato differente tra prima e seconda dose per i vaccini Pfizer e Moderna, mentre per il vaccino Vaxzevria le iniezioni di seconde dosi (previste dopo 12 settimane) sono, al momento in cui viene scritto il presente testo, ancora troppo poche per poter fornire dati conclusivi.

Come per tutti i farmaci (inclusi i vaccini) sono possibili, seppur rarissime, le reazioni di tipo allergico, anche severe fino allo stato di shock anafilattico. Le segnalazioni severe, per le quali la correlazione è in corso di valutazione, corrispondono infine a meno dello 0,6% del totale. Tra queste, per Vaxzevria, è stata recentemente inserita un'avvertenza su specifici eventi rarissimi (meno di 1 caso su 1 milione di vaccinazioni) associati a trombi, sui quali continuano le valutazioni. EMA e AIFA hanno tuttavia dichiarato che «I benefici di Vaxzevria, Comirnaty e Moderna nel prevenire la malattia Covid-19 continuano a superare i rischi e non vi sono raccomandazioni che modifichino le condizioni d'uso di questi vaccini»⁷.

I tipi di vaccini anti-Covid-19 attualmente disponibili sono:

13.5.1 Vaccini con RNA messaggero (mRNA) virale

a) Vaccino Pfizer mRNA BNT162b2 (Comirnaty)

- **Meccanismo specifico:** Il Covid-19 mRNA BNT162b2 (Comirnaty) contiene un RNA messaggero che non può propagare sé stesso nelle cellule dell'ospite e induce la sintesi di antigeni del virus SARS-CoV-2 (che esso stesso codifica). Gli antigeni S del virus stimolano la risposta anticorpale della persona vaccinata con produzione di anticorpi neutralizzanti. L'RNA messaggero è racchiuso in liposomi per facilitare l'ingresso nelle cellule e si degrada subito dopo la vaccinazione.
- **Conservazione:** può rimanere tra -25 e -15 gradi centigradi (°C) per 14 giorni mentre può essere conservato chiuso per tempi più lunghi a -70 gradi centigradi.
- **Somministrazioni:** 2 dosi a distanza di almeno 21 giorni l'una dall'altra.
- **Inizio copertura:** dimostrata dopo una settimana dalla seconda dose per una durata ancora non nota.

⁷ Indicazioni AIFA - <https://www.aifa.gov.it/-/ema-pubblica-un-aggiornamento-sulla-sicurezza-dei-vaccini-Covid-19-comirnaty-moderna-e-astrazeneca>

b) Covid-19 Vaccine Moderna mRNA -1273.

- Meccanismo specifico: contiene le molecole di mRNA protetto da una vescicola lipidica per prevenire la rapida degradazione e favorire la penetrazione nella cellula. Possiede le indicazioni per costruire la proteina spike. Una volta prodotte le proteine, esse stimolano la produzione di anticorpi specifici.
- Conservazione: deve essere conservato a una temperatura tra -25°C e -15°C per massimo 7 mesi.
- Somministrazioni: due dosi intramuscolo con un intervallo di 28 giorni
- Inizio copertura: 2 settimane dopo l'esecuzione della seconda somministrazione

1.3.5.2 Vaccini a vettore virale

Un vaccino a vettore virale utilizza un virus (generalmente un adenovirus incapace di riprodursi) per portare all'interno della cellula i geni per creare la proteina spike. Così il sistema immunitario può attivarsi contro la proteina e produrre gli anticorpi che proteggano in caso di esposizione al virus. I linfociti T che riconoscono la proteina spike aiutano i linfociti B a produrre anticorpi che neutralizzano il virus e danno origine a una risposta immunitaria cellulare citotossica che uccide le cellule infettate dal virus.

c) Vaccino Vaxzevria-ex Covid-19 Vaccine AstraZeneca

- Meccanismo specifico: è composto da un adenovirus di scimpanzé modificato per veicolare l'informazione genetica per la proteina spike.
- Conservazione: può essere conservato per 6 mesi a temperature comprese tra 2°C e 8°C .
- Somministrazioni: 2 dosi a distanza di dodici settimane e comunque non meno di dieci settimane.
- Inizio copertura: la protezione inizia da circa 3 settimane dopo la somministrazione della prima dose e persiste fino a 12 settimane. Tuttavia, fino a 15 giorni dopo la seconda dose la protezione potrebbe essere incompleta. Non è nota al momento la durata della protezione.

d) Vaccino Covid-19 Janssen

- Meccanismo specifico: è composto da un adenovirus umano modificato per esprimere la proteina spike stimolando la produzione di anticorpi così come la creazione di risposte immunitarie cellulari contro Covid-19.
- Somministrazioni: somministrazione unica per via intramuscolare.
- Inizio copertura: a partire da 14 giorni dalla somministrazione, per una durata ancora non nota.

13.6 Conclusioni

Ancora oggi le patologie infettive rappresentano un grosso problema sanitario per l'anziano in particolare se multimorbido e fragile, per il quale sussiste un alto rischio di ospedalizzazione, insorgenza di disabilità e mortalità. Questo rende i vaccini una componente fondamentale per il conseguimento di una vita attiva e in salute dell'anziano.

La ricerca ha portato progressi mediante lo sviluppo di nuovi vaccini, alcuni dei quali ideati su misura dell'anziano tenendo conto del possibile deficit di risposta immunitaria associata all'invecchiamento. Grazie ai vaccini sono stati già raggiunti risultati soddisfacenti in termini di prevenzione, ottenendo il calo dei tassi di ospedalizzazione e di mortalità per cause infettive e cardiovascolari correlate.

Purtroppo, la copertura vaccinale non risulta ancora soddisfacente per nessuna delle vaccinazioni offerte dal PNPV all'anziano e in questa direzione sono ancora necessari numerosi sforzi.

Discorso a parte riguarda la vaccinazione anti-Covid19, per la quale grossi sforzi sono stati compiuti in tempi molto rapidi, raggiungendo in breve tempo la creazione di diverse opzioni vaccinali per le quali i dati di sicurezza e quelli di efficacia risultano molto promettenti ma, vista la recentissima introduzione, non è ancora possibile disporre di dati consolidati in termini di tassi di ospedalizzazione e mortalità. Anche nella promozione del vaccino anti-Covid-19 è stata dimostrata attenzione nei confronti dell'anziano fragile, riconosciuto tra gli individui meritevoli di precedenza nella somministrazione ed anche in questo caso diventa adesso fondamentale il raggiungimento in tempi rapidi della maggior copertura vaccinale possibile.

14. La stimolazione cognitiva

Sabrina Zora, Barbara Senesi e Camilla Prete
Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatría e Riabilitazione,
E.O. Ospedali Galliera, Genova

14.1 Le abilità cognitive

Le abilità cognitive riguardano l'insieme dei processi attraverso cui l'uomo entra in contatto e si muove nel mondo. Di seguito vengono descritte alcune tra le principali abilità cognitive di base.

- Memoria: consiste nella capacità di immagazzinare e recuperare i ricordi. Una fondamentale distinzione viene operata tra i processi di memoria a breve termine che permettono di mantenere l'informazione per un tempo limitato e i processi a lungo termine che consentono il mantenimento della traccia in modo duraturo. Mentre i primi processi permettono di memorizzare in un tempo limitato informazioni utili su cui operare (ad esempio calcolare il costo totale della spesa), i secondi archiviano eventi autobiografici, ad esempio il primo giorno di scuola (memoria episodica), conoscenze, ad esempio la capitale d'Italia (memoria semantica) e procedure, come guidare (memoria procedurale) (Stowe e Ricci, 2019).
- Attenzione: permette la selezione di certi stimoli e l'organizzazione delle informazioni provenienti dall'ambiente esterno. Generalmente si distingue in: attenzione selettiva quando è focalizzata su un unico obiettivo (ad esempio durante una cena quando si presta attenzione alle parole di un commensale nonostante il brusio intorno); attenzione divisa quando vengono svolti più compiti contemporaneamente (ad esempio guidare e ascoltare la musica alla radio); attenzione sostenuta o vigilanza quando è necessario prestare attenzione ad uno stimolo per un tempo prolungato e allerta ossia la velocità dei tempi di risposta ad uno stimolo (Stowe e Ricci, 2019).
- Linguaggio: consiste nella capacità di comunicare organizzando una serie di cosiddette 'unità' quali tratti, fonemi, parole e frasi (Stowe e

Ricci, 2019). Il linguaggio permette di comprendere e generare i suoni e le parole scritte.

- Funzioni esecutive: consistono in processi cognitivi superiori tesi a dirigere le funzioni cognitive di base (percezione, attenzione, memoria, linguaggio) nella regolazione di un comportamento teso ad un determinato scopo (Flavell *et al.*, 1996).

Ogni compito affrontato nella quotidianità si avvale di processi cognitivi: quando andiamo a fare la spesa, ad esempio, mettiamo assieme una serie di processi mentali che ci permettono di orientarci, di ricordare cosa comprare, di parlare con il commesso e di immaginare come metteremo insieme gli ingredienti per preparare un pasto.

Nell'arco di vita di un individuo le abilità cognitive subiscono diverse variazioni: la prima infanzia e la prima fanciullezza sono connotate da importanti trasformazioni del sistema cognitivo che nel corso del tempo si arricchisce attraverso stimolazioni e nuovi apprendimenti e che va anche incontro a modifiche indotte dal processo di invecchiamento dell'individuo (Flavell *et al.*, 1996).

14.2 La stimolazione cognitiva

Quotidianamente sono molteplici le occasioni di stimolo che contribuiscono a preservare il nostro sistema cognitivo: relazioni sociali, lettura di quotidiani, gestione delle attività domestiche e amministrative, partecipazione ad attività fisica e attività ludico-ricreative sono solo alcuni esempi dei potenziali stimoli. Tuttavia, alcuni fenomeni patologici legati all'invecchiamento (come la demenza o la malattia di Alzheimer) sono noti per ridurre il potenziale cognitivo ma anche i periodi di isolamento e di ospedalizzazione, riducendo le occasioni di stimolazione cognitiva, possono avere un impatto negativo sulle abilità cognitive.

Abilità cognitive efficienti, anche in presenza di processi fisiologici che ne alterano il potenziale, comportano una miglior qualità di vita (Spector *et al.*, 2003; Londos *et al.*, 2008) maggior possibilità di adattamento ai contesti di vita, mantenimento di attività significative per la persona e un'immagine di sé come individuo attivo e competente (Winocur *et al.*, 2007).

In letteratura, da diversi anni è stato dimostrato da evidenze sperimentali come sia possibile contrastare il calo delle prestazioni cognitive associato a lesioni cerebrali o ai fisiologici processi di invecchiamento attraverso la 'stimolazione cognitiva'. La stimolazione cognitiva è un insieme pianificato di attività calibrate sul profilo cognitivo individuale tese a stimolare la curiosità, mantenere la motivazione e catturare l'attenzione dell'individuo per affrontare processi cognitivi che nel tempo possono diventare più faticosi (ad esempio

la memoria a breve termine). La stimolazione cognitiva poggia le proprie basi sul concetto di plasticità neuronale, ossia la capacità delle cellule neurone di adattarsi al cambiamento. Inizialmente si riteneva che la plasticità neuronale fosse una caratteristica propria dei primi anni di vita; studi successivi (Pascual-Leone *et al.*, 2005; Sasmita *et al.*, 2018) hanno dimostrato come invece tale fenomeno permanga nel corso dell'intera vita.

Per questo la stimolazione cognitiva rappresenta un intervento non farmacologico utile all'anziano, con l'obiettivo di rallentare il fisiologico o patologico decorso progressivo di deterioramento cognitivo e di mantenere il miglior livello di funzionalità psicologica e sociale possibile (Clare *et al.*, 2003) attraverso l'esercizio e la stimolazione delle funzioni cognitive residue.

Nelle Linee guida al management delle demenze del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)¹ si evidenzia come:

Le persone con demenza lieve/moderata di tutti i tipi devono avere l'opportunità di partecipare a gruppi di stimolazione cognitiva strutturata svolti da operatori con formazione adeguata e supervisione [...], indipendentemente da qualsiasi tipo di trattamento farmacologico.

Nel quadro della Regione Liguria la Determina del Commissario Straordinario n. 105 del 30/09/2016 Atto di indirizzo per l'adozione del Piano Regionale Demenze² è il documento che ha declinato a livello regionale il Piano Nazionale Demenze (PND-DGR 990/2016) su tre aspetti essenziali:

- la riorganizzazione della rete clinico-assistenziale per le demenze con la costituzione dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD);
- l'elaborazione degli indirizzi regionali per il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA);
- la stesura delle linee per lo sviluppo di programmi formativi-informativi.

L'obiettivo della proposta regionale è di garantire uniformità e standard diagnostici, clinici, assistenziali, di formazione degli operatori del settore sociosanitario e dei caregiver informali e di informazione per la popolazione in genere. In quest'ottica gli interventi di stimolazione cognitiva vengono designati come trattamenti non farmacologici la cui attivazione riveste un

¹ NICE (2018). *Assessment, management and support for people living with dementia and their carers*, disponibile all'indirizzo www.nice.org.uk/guidance/ng97

² ARS Liguria. *Determina del Commissario Straordinario n. 105 del 30/09/2016. Atto di indirizzo per l'adozione del "Piano Regionale Demenze"*, disponibile all'indirizzo: https://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=321&limit=10&limitstart=0&order=ordering&dir=ASC&Itemid=609

indicatore di continuità assistenziale nella presa in carico del paziente e dei suoi familiari. Inoltre, la Determina assegna alle Associazioni dei familiari il compito di:

supportare i CDCD e i Distretti Sociosanitari nella promozione e organizzazione dei corsi di Memory Training per persone over 60, senza deficit mnesici e di Stimolazione Cognitiva per persone con lieve perdita di memoria, durante i quali è anche possibile individuare precocemente casi di sospetta demenza.

14.3 Esercizi di stimolazione cognitiva

Innanzitutto, è opportuno apportare una doverosa differenziazione tra la stimolazione cognitiva come attività strutturata e proposta da un professionista del settore (ad esempio il neuropsicologo) e le proposte ludico-ricreative. Seppur le seconde siano valide alleate nel mantenimento e nel rafforzamento delle abilità cognitive, è importante, in presenza di quadri di deterioramento cognitivo funzionale, affidarsi a professionisti del settore che, lavorando in équipe multiprofessionali, a seguito della diagnosi e del diverso grado e della qualità di capacità presenti, possono individualizzare e personalizzare le esercitazioni calibrandole a seconda dell'obiettivo.

La consegna dell'esercizio deve essere chiara ed è necessario assicurarsi che la persona e/o i suoi familiari comprendano bene gli obiettivi delle attività proposte affinché possano essere accettate e perseguite con impegno.

La scelta del materiale è un aspetto delicato che merita una particolare attenzione in quanto esercizi di stimolazione realizzati attraverso materiale non adatto o troppo infantile possono essere rifiutati dalla persona che li percepisca come umilianti. Perciò le attività proposte devono favorire una sana autostima e il mantenimento di una buona immagine personale.

Diversi autori (Bergamaschi *et al.*, 2015; Gardini *et al.*, 2015; Gollin *et al.*, 2007; Gueli, 2019) hanno messo a punto esercizi e attività di stimolazione cognitive tarate a seconda delle risorse residue della persona. Gli esercizi scelti per la stimolazione hanno la caratteristica di essere semplici, familiari, possibilmente divertenti e/o stimolanti per l'individuo, affinché la motivazione ad eseguirli rimanga alta e permetta di stimolare le risorse cognitive residue. Inoltre, è opportuno che il set di esercizi di stimolazione cognitiva tenga conto del livello di scolarità dell'individuo e del grado di patologia di cui è affetta la persona (ad esempio il livello di severità del deficit cognitivo: lieve, moderato o severo).

Infine, costituisce un valore aggiunto la possibilità che la persona possa eseguirli in maniera autonoma ritagliandosi dei momenti in cui possa dedicarsi o anche che possa eseguirli in compagnia di familiari o di un gruppo di

persone come ad esempio in circoli ricreativi e/o associazioni. La dimensione di gruppo amplifica gli aspetti positivi dell'esperienza di condivisione e di relazione e spesso è un valido incentivo per la persona e per i suoi familiari. Infatti, la partecipazione ad un gruppo che sta affrontando simili difficoltà pur presentando ancora determinate risorse rafforza la fiducia nelle proprie capacità mitigando anche l'ansia che spesso può elicitare forme di isolamento maggiormente dannose.

Diversi studi hanno dimostrato come un'azione multimodale (ad esempio interventi di promozione della salute connessi ad attività di stimolazione cognitiva) fornisca buoni risultati in termini di miglioramento del rendimento cognitivo globale e ridotta percezione soggettiva del deficit (Londos *et al.*, 2008; Winocur *et al.*, 2007; Levine *et al.*, 2007). Inoltre, interventi in sinergia possono avere un buon impatto sulla vita relazionale della persona, riducendo la solitudine delle persone anziane e dei loro familiari.

14.4 Conclusioni

L'elemento cardine di tutte le attività di stimolazione cognitiva, sia di prevenzione in assenza di un quadro di deterioramento cognitivo sia nell'ambito di attività all'interno di un piano terapeutico prescritte da un'équipe curante, è il fatto che la persona venga gratificata e motivata nell'eseguire gli esercizi; essi possono prendere spunto da hobby e attività del tempo libero come il gioco delle carte, parole crociate, rebus, sudoku, ma anche la manipolazione di materiali, la lettura e tutte le attività ludiche, sociali e culturali a cui la persona nel corso della vita si è dedicata e con le quali possa esserci non solo uno scopo 'riabilitativo' ma anche affettivo e ludico.

In questo contesto si inseriscono le attività culturali e sociali (frequentazione ai corsi dell'Università della Terza età o conferenze, incontri su argomenti che stimolino interessi personali, partecipazione a spettacoli teatrali, cineforum, concerti, ecc.), ma anche le attività artistiche, quali svolgimento o approfondimento di arti visive (dipingere, disegnare o svolgere visite di opere artistiche in ambito museale o mostre), la fruizione musicale (sia come ascolto ma anche in maniera partecipativa attraverso il fare musica con la voce – ad esempio in un coro – o attraverso l'apprendimento nel suonare uno strumento musicale).

La scienza ci dice oggi che l'invecchiamento attivo passa attraverso il mantenimento in attività e in salute del corpo, ma anche del sistema nervoso centrale e delle capacità cognitive; esattamente come con l'attività fisica e la corretta alimentazione teniamo allenato il corpo e preveniamo le sue malattie, così esercizi di stimolazione cognitiva servono a mantenere il cervello allenato e a prevenire gli effetti negativi delle sue malattie.

CONCLUSIONI

*La nuova sfida alla pandemia
e la condizione dell'anziano*

15. La nuova sfida alla pandemia e la condizione dell'anziano

Stefano Poli, Claudio Torrigiani

Dipartimento di Scienze della Formazione, Università di Genova

Alberto Pilotto

Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatría e Riabilitazione,

E.O. Ospedali Galliera, Genova

15.1 Dopo il Covid 10: una rinnovata solidarietà intergenerazionale oltre pareidolie e mancate responsabilità¹

Buona parte dei costrutti comunicativi intorno al Covid-19 si sono risolti in una semplificazione impropria che, contrapponendo ‘giovani per lo più asintomatici’ a ‘vecchi e, pertanto, a rischio’, ha promosso la negazione sia della trasversalità dell’infezione per tutte le fasce d’età, sia di un’adeguata cultura di solidarietà intergenerazionale (Phillipson, 2020).

Al contempo, questo ha alimentato il rischio di pericolose dicotomizzazioni tra pazienti salvabili o meno, con il pericolo, in caso di emergenza e indisponibilità di risorse, di orientare i protocolli di cura e accesso alle terapie intensive o alla ventilazione assistita, presumendo le possibilità di sopravvivenza anche in base a imprecise soglie d’età (Le Couteur *et al.*, 2020)

Simili derive comunicative rimandano a una costruzione sociale del rischio interpretabile in un approccio tipicamente costruttivista, che definisce le misure in base a strutture sociali latenti, quanto meno discutibili.

In questo senso, la rappresentazione del rischio per Covid-19 per gli anziani risponde ai canoni di un processo di internalizzazione sistemica della minaccia (Luhmann 1986; 1990), progressivamente affrontata a livello istituzionale secondo strutture ideologiche non necessariamente appropriate, bensì generate da stereotipi e in grado di generare profonde disuguaglianze.

¹ Il presente capitolo è frutto di una riflessione comune tra gli autori. Ai fini delle attribuzioni individuali, Stefano Poli ha redatto il paragrafo 15.1, Alberto Pilotto il paragrafo 15.2 e Claudio Torrigiani il paragrafo 15.3.

In altri termini, gli anziani avrebbero subito un processo di costruzione sociale del rischio sulla base dell'età, in grado di aggravare una situazione di già elevata criticità.

Riassumendo gli eventi, un allarme tanto imprevisto, quanto remoto, e, almeno in parte in una primissima fase, forse sottovalutato, è giunto dai mercati di Wuhan, imprecisata località degli antipodi, per lo più sconosciuta ai tanti. Alla velocità incontrollabile ed esponenziale di un mondo globalizzato, questo segnale di pericolo è mutato in una situazione critica di portata internazionale.

In sostanza, rileggendo in prospettiva sistemico-istituzionale l'evento, un pericolo in una prima fase esterno e lontano è stato progressivamente convertito dai *decision maker* in un rischio interno, ovvero, valutato nella sua probabilità e nella portata delle sue conseguenze per il sistema e le sue componenti.

In particolare, l'iniziale lentezza nella risposta all'epidemia è nata dai costi che le contromisure necessarie avrebbero comportato per i due principali sottosistemi, ovvero il comparto sanitario e quello economico, che, a loro volta a fronte dell'emergenza, hanno proposto soluzioni ed esigenze antitetiche.

Da un lato, il sottosistema sanitario premeva per l'immediata realizzazione di zone rosse e cordoni di confinamento dell'epidemia, soprattutto per il rischio di collasso del sistema ospedaliero a fronte dell'espansione virale.

Dall'altro, il sottosistema economico vedeva nella chiusura delle attività una misura che avrebbe determinato una grave recessione economica, specie per il tessuto italiano, tipicamente strutturato sulla piccola-media impresa, costantemente costretta a competere per la conservazione e l'espansione di una domanda che avrebbe presto rivolto altrove le sue necessità, qualora non corrisposte.

A ciò bisogna aggiungere che, come tipico delle emergenze, la valutazione del rischio è stata ulteriormente condizionata da fattori di complessità, incertezza e ambiguità (Kasperson *et al.*, 1988; Leach *et al.*, 2010; Rosa *et al.*, 2013; Duckett e Busby, 2013).

La complessità di affrontare un nuovo virus è dipesa sin da subito dalle difficoltà nel cogliere prima possibile i nessi eziologici tra una molteplicità di fattori intervenienti e potenzialmente generativi del contagio. L'assenza di evidenze empiriche e l'insufficiente conoscenza scientifica di un fenomeno nuovo hanno generato incertezza nelle risposte. Al contempo, l'estrema variabilità delle situazioni cliniche, tra pazienti in condizioni sin da subito disperate e soggetti asintomatici, ha prodotto un'ambiguità diffusa rispetto all'infezione.

Quanto sopra è stato alimentato dalle contraddizioni esibite sul piano mediatico tra gli esperti, quando una divulgazione scientifica non esattamente appropriata ha trasformato epidemiologi e virologi in *opinion leader* nei talk show, estremizzando tra posizioni ansiogene e pressapochismi semi-negazionisti.

In un simile scenario, l'età avanzata, invero non esattamente la condizione più favorevole per affrontare qualsiasi malattia, è divenuta sin da subito il più facile degli espedienti esplicativi, per di più acclarato dai numerosi decessi nella popolazione anziana.

In tal modo, nella convulsa e rapida successione di eventi che hanno portato al lockdown nazionale, gli anziani hanno subito due distinti, quanto contrapposti, modelli di comunicazione.

Da un lato, rafforzando la visione binaria tra 'giovani semi-immuni o, al più, asintomatici' vs 'anziani in pericolo', si è calcata l'esposizione indifferenziata al rischio per tutta la popolazione senior, amplificando la minaccia per questo target di popolazione, senza considerare le evidenti diversità in termini di comorbidità pregresse all'infezione e di potenziale resilienza.

Dall'altro, è innegabile il parziale occultamento e la tardiva attenzione verso la situazione che nel primo lockdown si stava verificando nelle RSA, dove aumentavano esponenzialmente le vittime da Covid-19 proprio tra gli anziani più fragili e vulnerabili (ISS e ISTAT, 2020).

Tanto la targettizzazione del pericolo sugli anziani, quanto il confinamento dell'epidemia nelle case di cura, in alcune aree del Paese, assurti a prima linea di contenimento per limitare il possibile collasso del sistema ospedaliero, si sono rivelati tristemente funzionali alla risposta al rischio interiorizzato secondo le logiche di sistema.

Non a caso, entrambe le situazioni di cui sopra interpretano l'età avanzata spesso secondo paradigmi negativi, tipici e assai diffusi nei due sottosistemi coinvolti.

Il rafforzamento comunicativo, più o meno esplicito o indiretto, di un nesso eziologico tra Covid-19 e anzianità rimanda, infatti, a stereotipi tipicamente ageisti, quali, da un lato, la medicalizzazione della vecchiaia, che vede il processo d'invecchiamento essenzialmente come un deficit progressivo, se non come una malattia in sé (Chan *et al.*, 2019), dall'altro, la marginalità e la disfunzionalità delle persone anziane rispetto al sistema produttivo, ancora largamente ancorato agli obsoleti paradigmi della società industriale (Ayalon e Tesch-Römer, 2018).

In realtà, un significativo grado di rischio da Covid-19 non si sovrappone tanto all'età, quanto più alla fragilità delle persone e, considerando l'esperienza drammatica vissuta nelle RSA durante la pandemia, il rischio aumenta in presenza di un'elevata concentrazione di soggetti fragili (Phillipson, 2020; Poli *et al.*, 2020).

Diversamente detto, indipendentemente dall'età, un soggetto ultrasettantenne in buona salute ha probabilmente più chance di sopravvivenza all'infezione da Covid-19 di un individuo fragile, seppur molto più giovane.

È evidente che la comunicazione diffusa non ha sufficientemente evidenziato tali differenze e tutt'oggi considera l'età quale fattore di rischio, pur

nell'impossibilità di stabilire soglie precise e continuando a promuovere una visione binaria del rischio; aspetto che ha sicuramente contribuito a un aumento del contagio tra i più giovani soprattutto nella seconda fase epidemica, dopo un'estate vissuta quasi immaginando la pandemia alle spalle (Kluge, 2020).

Non di meno, gli attuali ritardi nella vaccinazione di molti fragili e l'aver concepito il piano vaccinale essenzialmente sull'età e non altrettanto sulle condizioni di fragilità di salute, al di là dell'aver facilitato discutibili priorità nella vaccinazione di soggetti giovani, ma appartenenti a categorie professionali definite a rischio in modo puramente aprioristico e non su criteri di oggettiva valutazione delle situazioni professionali individuali (spesso proficuamente condotte in smartworking), spiega purtroppo come, tuttora, a un possibile superamento del *plateau* delle infezioni non segua una discesa altrettanto consistente dei decessi.

In realtà, la costruzione sociale del rischio da Covid-19 sottintende a un altro errore di rappresentazione, ovvero concepire il virus un essere senziente e intelligente.

Tutt'oggi si assiste a una diffusa rappresentazione comunicativa, un'autentica pareidolia, in cui il virus è rappresentato con personificazioni quasi antropomorfe. Si è passati da 'un virus clinicamente morto' (quasi nella corporeità di un'autopsia), alla necessità 'd'imparare a conviverci' (come con un partner con cui si coabita da separati in casa), ribadendo come il virus 'abbia fatto strage tra gli anziani, specie nelle case di riposo' (senza chiedersi chi lo abbia fatto entrare).

Reificare e umanizzare il Covid-19 in terza persona sottintende una negazione di responsabilità, tanto individuale, quanto collettiva.

Il virus resta poco più di una membrana di RNA e DNA, a cui, neppur troppo convintamente, sul piano scientifico si attribuisce una blanda proprietà vitale, determinata da un'agentività meccanica, ma non razionale e definita semplicemente dalla sua capacità di replicarsi.

Ma siamo noi a permetterglielo. Il virus non contagia, siamo noi a trasmetterlo agli altri, non osservando precauzioni o negandone l'esistenza, o rifiutando la vaccinazione in linea di principio, perché il virus non esiste come entità senziente, ma come effetto dei nostri comportamenti.

Resta una domanda, ovvero, quanti morti in meno si sarebbero registrati se nella fase iniziale si fossero davvero protette le persone più fragili, specie quelle concentrate nelle RSA e nelle case di cura.

Non di meno, memori di quella tragica lezione e giunti alla disponibilità di presidi vaccinali, si può solo riflettere sul numero di decessi tra soggetti fragili che si sarebbe potuto evitare attivando sin da subito un piano vaccinale effettivamente funzionale ai rischi derivanti da condizioni di salute precaria. E ancora, domandarsi il costo in vite umane conseguente al non aver messo

subito in sicurezza le persone in base all'anamnesi delle loro condizioni individuali, definendo invece genericamente le priorità per classi di età o, in modo ancor più discutibile, per categoria professionale, in base agli interessi e alle esigenze dei settori produttivi.

Tali domande senza risposta mostrano che il vero nesso eziologico del Covid-19 non è tanto nella discutibile associazione con l'età, ma nella responsabilità, pubblica e individuale, di una collettività più o meno disposta a proteggere i propri membri più fragili e vulnerabili, indipendentemente dalla loro età o da ogni altra caratteristica.

15.2 Anziano e Covid-19: le conseguenze sanitarie

15.2.1 Dietro ai numeri un impatto clinico, funzionale e psico-emotivo enorme

Siamo abituati da oltre un anno a sentire giornalmente i 'numeri' della malattia da coronavirus-19 (Covid-19). Il 18 marzo 2021, giornata nazionale delle vittime da Covid-19, in Italia i soggetti infettati da Sars-Cov-2 documentati sono 3.306.711, i deceduti 103.855: di questi oltre l'85% ha un'età superiore ai 70 anni con indici di mortalità (numero di deceduti/numero di soggetti totali di una determinata fascia di età) di circa il 10% negli ultrasettantenni, il 20% negli ultraottantenni e quasi il 25% nei soggetti ultranovantenni. Questi numeri, decisamente impressionanti, non ci dicono tuttavia nulla sulle caratteristiche peculiari che la malattia Covid-19 presenta nell'anziano.

Innanzitutto, la presentazione clinica. Covid-19 è una malattia multi-sistemica che determina danni severi sia per un effetto diretto del virus sugli organi bersaglio (polmoni, ma anche apparato cardiovascolare, sistema coagulativo, cervello, apparato gastroenterico) sia indirettamente scatenando una reazione infiammatoria diffusa (la cosiddetta 'tempesta citochinica') che si manifesta con ridotta efficienza del sistema immunitario, astenia, anoressia, debolezza muscolare e rallentamento psico-motorio. Tutti gli studi condotti in questo ultimo anno concordano nel ritenere che la multimorbilità e soprattutto la condizione di fragilità influenzano non solo la presentazione clinica iniziale (spesso con sintomi atipici e sfumati), ma anche l'evoluzione della malattia che risulta essere nell'anziano più severa in fase acuta e più prolungata e disabilitante nella fase di convalescenza, che può perdurare anche mesi dopo l'evento acuto. La cosiddetta sindrome post-Covid impatta pesantemente sull'equilibrio psico-emotivo e sulla disabilità fisica, motoria e cognitiva soprattutto negli anziani fragili più a rischio.

15.2.2 I 'diritti dell'anziano' ed il Sistema Sanitario in tempo di pandemia

La pandemia ha fatto emergere con chiarezza le principali esigenze della popolazione anziana; il Sistema Sanitario ha la responsabilità oggi di fornire risposte adeguate ai seguenti punti (Fig. 10).

a) Equità ed eticità degli atti medici.

Le decisioni cliniche – lo dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – non possono essere basate esclusivamente sull'età anagrafica, ma devono considerare la prognosi clinica del soggetto, i dati di efficacia e sicurezza delle cure proposte (valutazione rischio/beneficio), e le preferenze individuali; il che implica da una parte la conoscenza delle alternative di cura disponibili, dall'altra anche la valutazione della qualità di vita percepita dall'individuo in relazione al trattamento proposto. Oltre 35 anni di ricerca scientifica attestano che l'approccio multidimensionale geriatrico con la Valutazione Multidimensionale (VMD) e l'impiego di strumenti clinici da essa derivati quali il Multidimensional Prognostic Index (MPI), sono oggi i metodi più accurati ed efficaci per definire questi parametri. Anche EMA (Agenzia Europea del Farmaco) recentemente ha ribadito che l'approccio multidimensionale è il metodo «standard di riferimento» per attuare percorsi diagnostici e terapeutici personalizzati secondo una logica di «etica sanitaria verticale», cioè guidata dalle specifiche esigenze del soggetto quale superamento dell'etica sanitaria orizzontale (sistema di cura e assistenza garantita ed uguale per tutti).

b) Accesso a strutture e servizi sanitari dedicati agli anziani.

La pandemia ha dimostrato che i soggetti anziani rappresentano la quota prevalente delle richieste di assistenza medica in urgenza quali accessi al pronto soccorso e ricoveri in ospedale per acuti. Il Ministero della Salute già nel 2015 ha raccomandato alle Regioni di adeguare il numero dei posti letto per acuti dedicati agli anziani (Unità Operative di Geriatria) tenendo conto della realtà demografica di invecchiamento della popolazione, al fine di garantire appropriatezza delle cure specialistiche ai malati anziani. Una recente indagine (giugno 2020) promossa dalle Società Scientifiche di Geriatria (SIGOT e SIGG) per conto del Ministero della Salute ha documentato, tuttavia, che solo alcune regioni (Veneto, Provincia autonoma di Trento e Bolzano, Emilia Romagna) hanno un numero di unità di Geriatria adeguato al numero dei residenti anziani, mentre alcune popolose regioni (ad esempio Lombardia e Sicilia) hanno completamente disatteso le indicazioni del Ministero della Salute. A ciò va aggiunta la necessità di una rete sanitaria territoriale funzionante ed efficiente che preveda la capillare penetrazione della assistenza sanitaria, anche specialistica, sino al livello domiciliare. Questa rete non può

prescindere dal coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale e dei distretti sanitari, veri punti di riferimento locale per la salute degli anziani soprattutto in epoca di isolamento sociale indotto dalla pandemia.

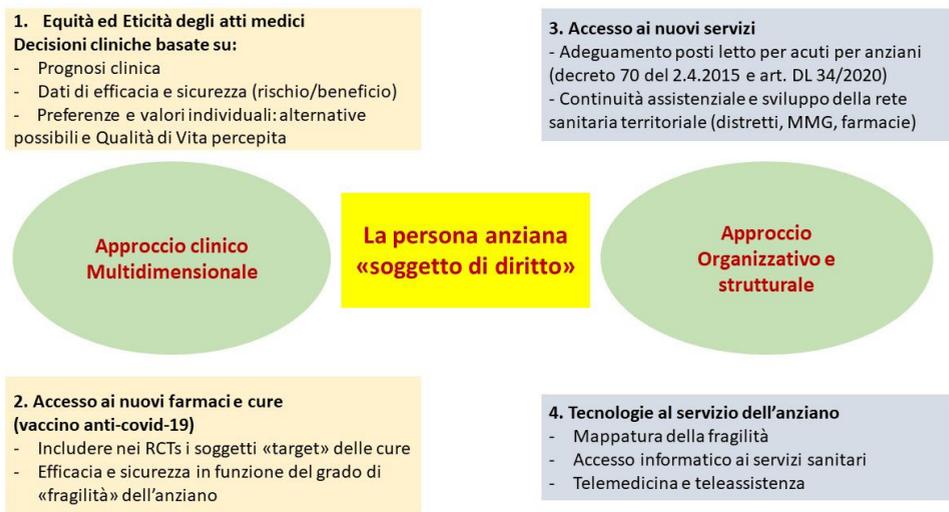
c) Accesso ai nuovi farmaci e agli studi clinici.

L'EMA ha più volte sottolineato come le ricerche e gli studi che esplorano l'efficacia e la sicurezza dei farmaci (trial clinici randomizzati) tendono ancora oggi ad escludere i soggetti anziani, che pure sono la fascia di popolazione che maggiormente utilizza i farmaci. Questa discrepanza si è resa ancora più marcata durante il periodo Covid-19 in cui la stragrande maggioranza degli studi sui nuovi farmaci non è dedicata specificamente agli anziani, che pure sono i soggetti più a rischio di forme severe di malattia e di mortalità. Inoltre, gli studi che includono soggetti anziani, quasi mai prevedono l'impiego di strumenti multidimensionali in grado di identificare e misurare la fragilità della persona, elemento cruciale per definire prognosi e traiettorie cliniche della malattia Covid-19.

15.2.3 Tecnologie e vaccini: più che una speranza, soluzioni concrete

Il Covid-19 ci ha fatto vedere cosa veramente è utile per superare la crisi. Innanzitutto, un sistema tecnologico e digitale in grado di fornire la mappatura dell'anziano fragile nei diversi contesti (ospedale, RSA, ambulatorio del MMG) e che, allo stesso tempo, permetta un accesso ai servizi sanitari rapido, sicuro e in autonomia da parte dell'anziano senza dover forzatamente ricorrere all'assistenza da parte di familiari o *caregiver*. La ricerca ha dimostrato ampiamente che teleassistenza e telemedicina sono metodi utili ed efficaci nella cura e nel monitoraggio delle persone anziane, soprattutto a domicilio. Per vedere operativi questi sistemi, tuttavia, è necessaria una rete internet efficiente e ampiamente diffusa nel territorio, una disponibilità degli strumenti (tablet, PC, cellulari, sensori di monitoraggio, ecc.) a prezzi accessibili a tutti e la garanzia della sicurezza della trasmissione dati, in termini di privacy, dal momento che con le tecnologie vengono trasmesse informazioni sensibili del singolo individuo.

I dati clinici ci dicono che la risposta vaccinale è efficace e sicura negli anziani. Gli studi biologici più avanzati dimostrano che il vaccino anti-Covid-19 ristabilisce l'equilibrio tra immunità umorale (gli anticorpi) e immunità cellulare (linfociti) che nell'anziano è modificato per il fenomeno dell'immuno-senescenza. L'effetto finale è un miglioramento della risposta immunitaria ed una riduzione della tempesta citochinica, la maggiore responsabile della severità del Covid-19 nell'anziano. Più che una speranza, la vaccinazione anti-Covid-19 ampia e diffusa nella popolazione anziana è una soluzione concreta per porre fine a questa crisi pandemica.



15.3 Next Senior Generation: guardare agli anziani di oggi e di domani dopo il Covid-19

L'assunzione piena, da parte della collettività, della responsabilità di protezione e tutela delle persone più fragili e vulnerabili (cfr. par. 15.1) richiede, oggi più che mai, di adottare una prospettiva che radichi la lettura dei problemi del presente non solo all'emergenza pandemica, ma anche alla consapevolezza delle croniche arretratezza, inefficienza e frammentazione del *welfare state* italiano e che sia in grado non solo di fornire risposte convincenti ai bisogni della popolazione anziana (e non) di oggi, ma anche di immaginare e costruire, per i senior di oggi e per quelli di domani, un futuro diverso in cui gli stereotipi e le disuguaglianze, di cui si è detto bene sopra, possano lasciare spazio al dialogo, alla comprensione reciproca, alla partecipazione attiva e ad un patto di autentica solidarietà infra e intergenerazionale.

Riguardo all'arretratezza, uno dei tratti tipici del *welfare state* italiano è la prevalenza della spesa per i trasferimenti monetari rispetto a quella che finanzia i servizi sociali e, per l'appunto, la tendenziale arretratezza di questi ultimi (Madama, 2019). Questo è vero in generale, ma lo è in particolar modo per quanto riguarda la popolazione senior: a questa infatti, come è naturale, è destinata la gran parte della spesa pensionistica che,

come noto, rappresenta in media oltre il 58%² della spesa sociale italiana a fronte di una media europea prossima al 46%. Tale caratteristica strutturale impedisce di fatto di erogare servizi sociali adeguati, sia dal punto di vista quantitativo sia qualitativo, *in primis* alla stessa popolazione anziana, che di questi necessita anche per prevenire l'insorgenza di condizioni di fragilità e di vulnerabilità sociale o di mitigarle, secondo un approccio di *social investment welfare state* (Morel *et al.*, 2012) che enfatizzi il ruolo dell'intervento pubblico in campo sociale quale fattore produttivo e di promozione delle chance di vita delle persone.

Anche nell'ambito del progetto PRESTIGE – proposto prima della pandemia come misura sperimentale proprio in questa direzione – sono stati rilevati i molteplici fattori generativi che associano lo stato fisico e cognitivo dell'individuo a variabili di tipo socioeconomico altre rispetto al reddito, come gli stili di vita, il capitale sociale e culturale, l'isolamento delle persone ecc. (cfr. cap. 4 e, per maggiori dettagli, Poli *et al.*, 2020): sulla adeguata manutenzione e implementazione di tali fattori dovrebbero essere investite adeguate risorse, a maggior ragione durante e dopo una fase emergenziale come questa, che ha e sta continuando a peggiorare notevolmente condizioni già al limite della criticità anche prima del Covid-19, tenendo conto, tra l'altro, che un investimento di tal fatta in chiave preventiva consentirebbe ingenti risparmi sui costi molto più elevati per cure sanitarie nei casi di cronicizzazione.

Questo non significa certo che dovrebbero essere ridotti i trasferimenti monetari in forma di pensioni a favore della spesa in servizi sociali dedicati: viceversa, se da un lato abbiamo già sottolineato che una quota elevata della popolazione anziana economicamente dipendente dai trasferimenti pubblici si trova al di sotto delle soglie di povertà relativa e assoluta (cfr. cap. 1), dall'altro non dobbiamo dimenticare che, nel *welfare state* delle solidarietà familiari e parentali (Naldini, 2003), sovente il senior beneficiario di un reddito pensionistico, proprio nei momenti di maggiore necessità e bisogno, come è stato a seguito della crisi del 2008 e in questo anno di pandemia, ha agito e agisce nelle veci dello Stato come erogatore di ammortizzatori sociali a favore di familiari in età attiva non garantiti o solo parzialmente garantiti da misure spesso frammentarie e poco incisive³.

² Nel 2020 la spesa complessiva annua per le pensioni è stata pari a 212,9 miliardi di euro, di cui 190 miliardi sostenuti dalle gestioni previdenziali e 22,9 miliardi da quelle assistenziali: il calo del PIL seguito alle misure restrittive adottate a seguito dell'emergenza pandemica ha comportato un repentino incremento del rapporto tra spesa per pensioni e PIL che solo lentamente scenderà nei prossimi anni (www.inps.it).

³ Non dimentichiamo che solo dal 2018, con l'introduzione prima del REI e poi del Reddito di Cittadinanza, anche l'Italia si è dotata di una misura di contrasto alla povertà a carattere universalistico e non categoriale e ancora non esente da criticità.

Il problema, casomai, è conciliare il necessario sostegno alla qualità della vita della popolazione senior con politiche che intervengano per la sostenibilità sociale, contrastando la denatalità e la dinamicità migratoria dei giovani, sul territorio o all'Estero (cfr. cap. 1), oppure bilanciando tali flussi con analoghi spostamenti in entrata di popolazione giovane che possa essere allettata da prospettive lavorative e di qualità di vita realmente incentivanti.

Un altro tratto, che fin dai suoi albori caratterizza il *welfare state* italiano, ma che è stato messo in estrema evidenza dalla pandemia, riguarda la sua elevata e peculiare frammentazione in sistemi di *welfare* regionali differenziati tra loro per livello qualitativo e per esigibilità delle prestazioni sanitarie e socioassistenziali (Kazepov e Barberis, 2013) e in particolare per quanto riguarda le politiche rivolte alla popolazione anziana (Costa, 2013). Si tratta di un aspetto evidenziato anche nel paragrafo precedente con particolare riguardo all'accesso a strutture e servizi sanitari dedicati agli anziani e alla rete sanitaria territoriale. Vogliamo qui sottolineare quanto, anche nella prospettiva dello sviluppo dei servizi sociosanitari con un approccio orientato alla loro integrazione sostanziale (IRS, 2020), sia necessario muoversi con estremo vigore per garantire l'omogeneità dei servizi sociali erogati su tutto il territorio nazionale e la loro equa accessibilità da parte di tutta la popolazione anziana in condizione di bisogno.

A questo scopo se, come è giustamente evidenziato sopra, la capillare infrastrutturazione tecnologica e digitalizzazione del territorio, associata alla accessibilità economica di dispositivi, possono rappresentare fondamentali prerequisiti per fornire interventi di teleassistenza e telemedicina quale quello realizzato nell'ambito di PRESTIGE (cfr. cap. 6) non dobbiamo dimenticare tra questi il possesso di adeguate competenze digitali – o per dire ancor meglio di una consona *digital literacy*. Questo potrebbe essere uno degli ambiti di intervento di un rinnovato *welfare state* comunitario e di prossimità insieme ai numerosi altri evidenziati nel capitolo 2, dove è ben descritta, da un lato, l'associazione della fragilità con le caratteristiche della rete di relazione in termini di solitudine e di senso di isolamento, con la tendenza al disimpegno, la mancanza di partecipazione sociale e la scarsa integrazione e, dall'altro, l'associazione tra il mantenimento delle funzionalità cognitive e fisiche e livelli soddisfacenti di espressione di sé e di connessione sociale, di fruizione culturale e di attivazione sociale.

In questo momento di grande incertezza sul presente e sul futuro del nostro Paese, ci pare che la decisione dell'Unione Europea di finanziare piani nazionali di ripresa e resilienza nell'ambito del Next Generation EU – cui si ispira, non a caso, il titolo di questo paragrafo – rappresenti una grande opportunità anche per ripensare e rinnovare le politiche e gli interventi rivolti alla popolazione senior. La necessità di programmare l'uso di queste risorse ha infatti

sollecitato un'ampia riflessione e confronto sul modello di sviluppo su cui investire per il futuro, riflessione che non può e non deve esimersi dall'assegnare un ruolo di primo piano non solo ai giovani ma anche agli anziani di oggi e di domani. Le missioni individuate per orientare tali investimenti (digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute) aprono spazi importanti per progettare interventi innovativi e risolutivi, anche in chiave sistemica, e per imprimere una spinta significativa allo sviluppo e al rilancio del nostro Paese, trasformando bisogni e rischi in opportunità e benessere per le attuali e le future generazioni.

ALLEGATI

Allegato 1

Contributi, volti a diffondere i risultati del progetto PRESTIGE, presentati a convegni scientifici

Cella, A., Zora, S., Torrigiani, C., Zini, E., Giannoni, P., Pandolfini, V., Zigoura, E., Senesi, B., Poli, S. & Pilotto, A. (2020a). *Adherence to the Mediterranean diet and frailty in community-dwelling older people*. EuGMS E-Congress 2020. Covid-19: Lessons and Challenges for health care for older adults, 7-9 Ottobre 2020.

Zini, E., Giannoni, P., Pandolfini, V., Poli, S., Torrigiani, C., Cella, A., Zora, S., Pilotto, A. (2020). *Frailty and social vulnerability in community-dwelling older subjects*. 34° Congresso Nazionale della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. La complessità clinica del paziente anziano e la transizione nei diversi sistemi di cura, Edizione telematica, 22 Settembre - 22 Dicembre 2020.

Cella, A., Zora, S., Torrigiani, C., Zini, E., Giannoni, P., Pandolfini, V., Zigoura, E., Senesi, B., Poli, S. & Pilotto, A. (2020). *Self-assessed frailty and poor adherence to the Mediterranean diet: A population-based survey in community-dwelling older people*. 34° Congresso Nazionale della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. La complessità clinica del paziente anziano e la transizione nei diversi sistemi di cura, Edizione telematica, 22 Settembre - 22 Dicembre 2020.

Torrigiani, C., Giannoni, P., Pandolfini, V., Zini, E. e Poli, S.. *Cosa pensano i giovani degli anziani? Un'esperienza di laboratorio intergenerazionale per ricercare, in azione, inclusione e collaborazione*. XXIII Congresso Nazionale Associazione Italiana di Valutazione. Contesti, attori e pratiche della valutazione: quali usi? Abstract accettato a convegno

Contributi, volti a diffondere i risultati del progetto PRESTIGE, su riviste scientifiche o volumi

Poli, S. (2021). Gli anziani e l'epidemia di Covid-19: la costruzione sociale del rischio tra amplificazione occultamento, in A. Favretto, A.F. Maturò & S. Tomelleri (a cura di) *L'impatto sociale del Covid-19*, Milano: FrancoAngeli.

Poli, S. (2020), Invecchiamento e Coronavirus: la costruzione sociale del rischio e la marginalizzazione degli anziani oltre il lockdown, *SocietàMutamentoPolitica*, 67, 11, pp. 271-280, ISSN:2038-3150 vol. 11.

Poli, S., Pandolfini V. & Torrigiani, G. (2020). Frailty and Its Social Predictors Among Older People: Some Empirical Evidence and a Lesson from Covid-19 for Revising Public Health and Social Policies, *Italian Journal of Sociology of Education*, 12, pp. 151-176, ISSN:2035-4983 vol. 12.

Allegato 2

Esempio di materiale cartaceo di supporto fornito ai pazienti in sede di visita con una spiegazione dettagliata di come svolgere l'esercizio prescritto.

Per la serie completa degli esercizi consultare:

<https://www.galliera.it/20/58/strutture-sanitarie/179/brochure/esercizi-domiciliari-di-attivita-fisica-per-lanziano-1>

Gli esercizi fisici descritti nelle pagine seguenti devono essere intesi come una proposta di percorso di attività fisica autogestita che naturalmente deve essere svolta secondo indicazioni personalizzate fornite dal personale sanitario. Per attuare questi esercizi sono necessari: 1) abbigliamento comodo; 2) una sedia rigida con schienale, 3) due cavagliere da 1 kg; 4) due pesetti a manubrio da 1 Kg.

Figura 12: Mobilizzazione dell'articolazione della caviglia



Estendere il ginocchio e, tenendolo sollevato (come in figura), disegnare un cerchio con la punta della scarpa, ruotando la caviglia prima in senso orario e poi antiorario. Ripetere l'esercizio 4 volte per piede.

Figura 13: Stretching degli arti inferiori (tricipite surale)



Sostenere la schiena appoggiando le mani sulla sedia, estendere un ginocchio sino a che la punta della scarpa tocchi il pavimento; flettere poi la caviglia portando verso di voi la punta del piede e contare fino a 5. Ripetere 10 volte per arto.

Figura 14: Rinforzo degli arti superiori



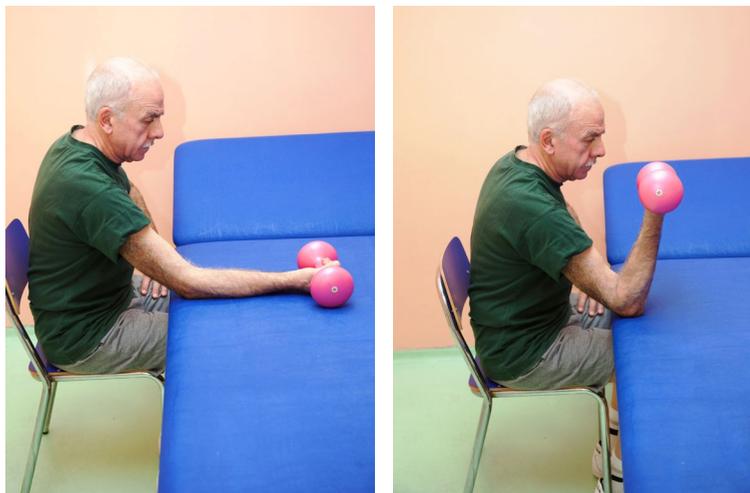
Tenere i pesetti in mano con le braccia lungo i fianchi e i gomiti tesi, sollevare lateralmente entrambe le braccia portandole in linea con le spalle, e quindi ancora in alto sopra la testa. Ripetere 10 volte. I pesetti devono essere da 1 kg ciascuno.

Figura 15: Rinforzo degli arti superiori



Tenere i pesetti in mano con i gomiti flessi; estendere verticalmente entrambe le braccia portando i pesetti verso l'alto, sopra la testa. Ripetere 10 volte.

Figura 16: Rinforzo dei muscoli bicipite e tricipite brachiale



Stringere il pesetto con la mano, tenendo il gomito flesso appoggiato sul tavolo. Estendere l'avambraccio fino a toccare il tavolo con il dorso della mano, quindi flettere nuovamente il gomito portando verso di sé il pesetto. Ripetere 10 volte per lato.

Figura 17: Rinforzo dei muscoli flessori plantari



In piedi, dietro la sedia, mani sullo schienale, gambe unite. Alzare i talloni e stare sulla punta dei piedi per 3 secondi. Abbassare lentamente i talloni sul pavimento. Ripetere l'esercizio per 10 volte.

Figura 18: Rinforzo dei muscoli estensori dell'anca



In piedi, dietro la sedia, mani sullo schienale, gambe poco divaricate. Flettere il ginocchio all'indietro e fino a 90°, tenere il tallone a martello, quindi abbassare lentamente il piede fino a toccare il pavimento. Ripetere 8 volte per lato.

Figura 19: Rinforzo dei muscoli abduttori dell'anca



In piedi, dietro la sedia, mani sullo schienale, gambe divaricate. Sollevare lentamente la gamba destra verso l'esterno, con il ginocchio esteso e il piede a martello. Abbassare la gamba lentamente fino alla posizione iniziale. Ripetere 8 volte per lato.

Figura 20: Rinforzo dei muscoli flessori dell'anca



Indossare la cavigliera (peso 1 kg). Sollevare alternativamente i piedi dal pavimento, flettendo l'anca e portando il ginocchio verso l'alto. Ripetere 10 volte per lato.

Figura 21: Rinforzo dei muscoli estensori del ginocchio



Indossare la cavigliera. Sollevare l'arto inferiore estendendo il ginocchio, piede a martello. Contare fino a 5. Quindi flettere il ginocchio riportando il piede sul pavimento. Ripetere 10 volte per lato.

Bibliografia

- Aliberti, M.J.R., & Avelino-Silva, T.J. (2021). Beyond Age:Improvement of Prognostication Through Physical and Cognitive Functioning for Nursing Home Residents With COVID-19. *JAMA Internal Medicine*, 181(4), 448-449.
- Andrew, M.K., Mitnitski, A.B., & Rockwood, K. (2008). Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLOS ONE*, 3(5), e2232.
- Angleman, S.B., Santoni, G., Pilotto, A., Fratiglioni, L., Welmer, A.-K., & Investigators, M.P. (2015). Multidimensional Prognostic Index in association with future mortality and number of hospital days in a population-based sample of older adults: Results of the EU funded MPI_AGE project. *PLOS ONE*, 10(7), e0133789.
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2018). Ageism: Concept and origins. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (a cura di), *Contemporary Perspectives on Ageism* (Vol. 19, pagg. 1-10). Springer.
- Ayalon, Liat, Dolberg, P., Mikulionienė, S., Perek-Białas, J., Rapolienė, G., Stypinska, J., Willińska, M., & Fuente-Núñez, V. de la. (2019). A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Research Reviews*, 54, 100919.
- Baltes, M.M., & Wahl, H.-W. (1996). Patterns of communication in old age: The dependence-support and independence-ignore script. *Health Communication*, 8(3), 217-231.
- Bandura, A. (1999). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In R. F. Baumeister (a cura di), *The Self in Social Psychology. Key Readings in Social Psychology*. (pagg. 285-298). Psychology Press/Taylor & Francis.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H.M., Hickey, A., & Conroy, R.M. (2007). Cross-sectional validation of the aging perceptions questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(1), 1-13.
- Beers, M.H., Ouslander, J.G., Rollinger, I., Reuben, D.B., Brooks, J., & Beck, J.C. (1991). Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine*, 151(9), 1825-1832.

- Bella, A., Gesualdo, F., Orsi, A., Arcuri, C., Chironna, M., Loconsole, D., Napoli, C., Orsi, G.B., Manini, I., & Montomoli, E. (2019). Effectiveness of the trivalent MF59 adjuvated influenza vaccine in preventing hospitalization due to influenza B and A (H1N1) pdm09 viruses in the elderly in Italy, 2017-2018 season. *Expert Review of Vaccines*, 18(6), 671-679.
- Bergamaschi, S., Iannizzi, P., Mondini, S., & Mapelli D. (2015). *Il Training cognitivo per le demenze e le cerebro lesioni acquisite. Guida pratica per la riabilitazione*. Cortina Raffaello Editore.
- Bodner, E., Palgi, Y., & Wyman, M.F. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. *Contemporary Perspectives on Ageism*, 241-262.
- Boone, A.L., Pisano-Gonzalez, M.M., Valsecchi, V., Tan, S.S., Pers, Y.-M., Vazquez-Alvarez, R., Peñacoba-Maestre, D., Baker, G., Pilotto, A., & Zora, S. (2019). EFFICHRONIC study protocol: A non-controlled, multicentre European prospective study to measure the efficiency of a chronic disease self-management programme in socioeconomically vulnerable populations. *BMJ Open*, 9(12), e032073.
- Branine, M., & Glover, I. (2001). *Ageism in Work and Employment*. Ashgate Publishing Ltd.
- Brigola, A.G., Alexandre, T. da S., Inouye, K., Yassuda, M.S., Pavarini, S.C.I., & Mioshi, E. (2019). Limited formal education is strongly associated with lower cognitive status, functional disability and frailty status in older adults. *Dementia & Neuropsychologia*, 13(2), 216-224.
- Brown, J., Pengas, G., Dawson, K., Brown, L.A., & Clatworthy, P. (2009). Self administered cognitive screening test (TYM) for detection of Alzheimer's disease: Cross sectional study. *BMJ*, 338.
- Brunello, G., Fort, M., Schneeweis, N., & Winter-Ebmer, R. (2016). The causal effect of education on health: What is the role of health behaviors? *Health Economics*, 25(3), 314-336.
- Burgess, C.L., Holman, C.D.J., & Satti, A.G. (2002). Adverse drug reactions in older Australians, 1981-2002. *Medical Journal of Australia*, 182(6), 267-270.
- Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4_Part1), 243-246.
- Butler, R.N. (1975). *Why Survive? Being Old in America*. Harper & Row.
- Butler, R.N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11.
- Caillet, P., Pamoukdjian, F., Obratzsova, A., & Paillaud, E. (2014). Comprehensive geriatric assessment in cancer patients. In A. Pilotto & F.C. Martin (a cura di), *Comprehensive Geriatric Assessment* (pagg. 111-121). Springer.
- Caillet, P., Laurent, M., Bastuji-Garin, S., Liuu, E., Culine, S., Lagrange, J.L. Canoui-Poitrine, F., & Paillaud, E. (2014). Optimal management of elderly cancer patients: Usefulness of the comprehensive geriatric assessment. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1645-1660.

- Caroli, E., & Weber-Baghdiguian, L. (2016). Self-reported health and gender: The role of social norms. *Social Science & Medicine*, *153*, 220-229.
- Cary, L.A., Chasteen, A.L., & Remedios, J. (2017). The ambivalent ageism scale: Developing and validating a scale to measure benevolent and hostile ageism. *The Gerontologist*, *57*(2), e27-e36.
- Cella, A., Zora, S., Torrigiani, C., Zini, E., Giannoni, P., Pandolfini, V., Zigoura, E., Senesi, B., Poli, S., & Pilotto, A. (2020a). Adherence to the Mediterranean diet and frailty in community dwelling older people. *European Geriatric Medicine*, *11* (suppl. 1), S1-S309.
- Cella, A., Zora, S., Torrigiani, C., Zini, E., Giannoni, P., Pandolfini, V., Zigoura, E., Senesi, B., Poli, S., & Pilotto, A. (2020b). *Self-assessed frailty and poor adherence to the Mediterranean diet: a population-based survey in community-dwelling older people*. 34° Congresso Nazionale della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. La complessità clinica del paziente anziano e la transizione nei diversi sistemi di cura, Edizione telematica, 22 Settembre-22 Dicembre 2020.
- Cella, A., Ferrari, A., Rengo, G., Solfrizzi, V., Veronese, N., Puntoni, M., Zora, S., Pilotto, A., Fimognari, F., & Investigators, S.-M.S. (2020c). Agreement of a short form of the self-administered multidimensional prognostic index (SELFY-MPI-SF): A useful tool for the self-assessment of frailty in community-dwelling older people. *Clinical Interventions in Aging*, *15*, 493-499.
- Cereda, E., Pedrolli, C., Klersy, C., Bonardi, C., Quarleri, L., Cappello, S., Turri, A., Rondanelli, M., & Caccialanza, R. (2016). Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA. *Clinical Nutrition*, *35*(6), 1282-1290.
- Cesareo, V. (a cura di). (2007). *La distanza sociale: una ricerca nelle aree urbane italiane*. FrancoAngeli.
- Chan, E., Kanno, S., Levy, S., Wang, S., Lee, J., & Levy, B. (2019). Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. *PLoS ONE*, *15*(1), 1-24.
- Chapman, I.M., MacIntosh, C.G., Morley, J.E., & Horowitz, M. (2002). The anorexia of ageing. *Biogerontology*, *3*(1), 67-71.
- Ciabattini, A., Olivieri, R., Lazzeri, E., & Medagliani, D. (2019). Role of the microbiota in the modulation of vaccine immune responses. *Frontiers in Microbiology*, *10*, 1305.
- Clare, L., & Woods, B. (2003). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*.
- Collard, R.M., Boter, H., Schoevers, R.A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*(8), 1487-1492.
- Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., Litwin, C., Hsu, A. T., Lane, N., & Fernández, J.-L. (2020). Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: Early international evidence. *International Long-Term Care Policy Network*, *26*.

- Corcoran, C., Murphy, C., Culligan, E.P., Walton, J., & Sleator, R.D. (2019). Malnutrition in the elderly. *Science Progress*, 102(2), 171-180.
- Cornwell, E.Y., & Waite, L.J. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(S1), i38-i46.
- Costa, G. (2013). L'Italia del patchwork: Le politiche regionali per gli anziani. In Y.E. Kazepov & E. Barberis (a cura di), *Il Welfare Frammentato. Le Articolazioni Regionali delle Politiche Sociali Italiane*. Carocci.
- Crowley, E.K., Sallevelt, B.T., Huibers, C.J., Murphy, K.D., Spruit, M., Shen, Z., Boland, B., Spinewine, A., Dalleur, O., & Moutzouri, E. (2020). Intervention protocol: Optimising thERapy to prevent avoidable hospital Admission in the Multi-morbid elderly (OPERAM): A structured medication review with support of a computerised decision support system. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-12.
- Cruz-Jentoft, A.J., Daragjati, J., Fratiglioni, L., Maggi, S., Mangoni, A.A., Mattace-Raso, F., Paccalin, M., Polidori, M.C., Topinkova, E., & Ferrucci, L. (2020). Using the Multidimensional Prognostic Index (MPI) to improve cost-effectiveness of interventions in multimorbid frail older persons: Results and final recommendations from the MPI_AGE European Project. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(5), 861-868.
- Custodero, C., Senesi, B., Pinna, A. et al. (2021). Validation and implementation of telephone-administered version of the Multidimensional Prognostic Index (TELE-MPI) for remote monitoring of community-dwelling older adults. *Aging Clinical Experimental Research*, 18, 1-7.
- Cutroneo, P. M., & Caputi, A. P. (2014). Farmacocinetica e farmacodinamica nell'anziano. *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione*, 6(3), 17-23.
- Da Silva, R., Bach-Faig, A., Quintana, B.R., Buckland, G., de Almeida, M.D.V., & Serra-Majem, L. (2009). Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961–1965 and 2000–2003. *Public Health Nutrition*, 12(9A), 1676–1684.
- Dalton, K., O'Mahony, D., Cullinan, S., & Byrne, S. (2020). Factors affecting prescriber implementation of computer-generated medication recommendations in the SENATOR Trial: A qualitative study. *Drugs & Aging*, 37(9), 703-713.
- Dannefer, D., & Huang, M.G.S. (2017). Precarity, inequality, and the problem of agency in the study of the life course. *Innovation in Aging*, 1(3), 1-10.
- Davies, B., & Harré, R. (1999). Positioning and personhood. In R. Harré & L. van Langenhove (a cura di), *Positioning Theory: Moral Contexts of Intentional Action* (pagg. 32-52). Blackwell.
- Davies, Bronwyn, & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43-63.

- De Luigi, N., Rizza, R., & Santangelo, F. (2016). Il traguardo è lontano e l'arrivo in salita: Donne e pensioni in Italia. *Stato e Mercato*, 36(3), 451-482.
- Dent, E., Martin, F.C., Bergman, H., Woo, J., Romero-Ortuno, R., & Walston, J.D. (2019). Management of frailty: Opportunities, challenges, and future directions. *The Lancet*, 394(10206), 1376-1386.
- Deschodt, M., Flamaing, J., Haentjens, P., Boonen, S., & Milisen, K. (2013). Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 11, 48.
- Dhesi, J., & Partridge, J. (2018). Comprehensive geriatric assessment in geriatric medicine. In A. Pilotto & F.C. Martin (a cura di), *Comprehensive Geriatric Assessment* (pp. 149-157). Springer.
- Doherty, T.J. (2003). Invited review: Aging and sarcopenia. *Journal of Applied Physiology*, 95(4), 1717-1727.
- Dolberg, P., Sigurðardóttir, S.H., & Trummer, U. (2018). Ageism and older immigrants. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (a cura di), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pagg. 177-191). Springer.
- Donini, L.M., Marrocco, W., Marocco, C., & Lenzi, A. (2018). Validity of the self-mini nutritional assessment (Self-MNA) for the evaluation of nutritional risk. A cross-sectional study conducted in general practice. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(1), 44-52.
- Druml, C., Ballmer, P.E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A., & Bischoff, S. C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 35(3), 545-556.
- Duckett, D., & Busby, J. (2013). Risk amplification as social attribution. *Risk Management*, 15(2), 132-153.
- Ellis, G., Whitehead, M.A., O'Neill, D., Langhorne, P., & Robinson, D. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD006211.
- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R.H., Conroy, S. P., Kircher, T., Somme, D., & Saltvedt, I. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD006211.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D., & Brummell, K. (2001). Effectiveness of home-based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323, 719-725.
- Elwenspoek, M.M., Patel, R., Watson, J.C., & Whiting, P. (2019). Are guidelines for monitoring chronic disease in primary care evidence based? *BMJ*, 365, 12319.
- European Medicines Agency. Committee for Medicinal Products for Human Use. (2018). *Reflection paper on physical frailty: Instruments for baseline characterization of older populations in clinical trials*, disponibile all'indirizzo <https://>

- www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/reflection-paper-physical-frailty-instruments-baseline-characterisation-older-populations-clinical_en.pdf
- Evans, S.C. (2018). Ageism and dementia. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (a cura di), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pagg. 263-275). Springer, Cham.
- Ferrucci, L., Guralnik, J.M., Cavazzini, C., Bandinelli, S., Lauretani, F., Bartali, B., Repetto, L., & Longo, D. L. (2003). The frailty syndrome: A critical issue in geriatric oncology. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 46(2), 127-137.
- Flavell, J.H., Miller, S. A., & Miller, P. H. (1996). *Psicologia dello Sviluppo Cognitivo*. Il Mulino.
- Foster-Burns, S.B. (1999). Sarcopenia and decreased muscle strength in the elderly woman: Resistance training as a safe and effective intervention. *Journal of Women & Aging*, 11(4), 75-85.
- Fraboni, M., Saltstone, R., & Hughes, S. (1990). The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillessement*, 9(1), 56-66.
- Franse, C.B., van Grieken, A., Qin, L., Melis, R.J.F., Rietjens, J.A.C., & Raat, H. (2017). Socioeconomic inequalities in frailty and frailty components among community-dwelling older citizens. *PLOS ONE*, 12(11), e0187946.
- Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L., Taler, V., & Adam, S. (2020). Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49(5), 692-695.
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., & Burke, G. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.
- Fulop, T., Larbi, A., Dupuis, G., Le Page, A., Frost, E.H., Cohen, A.A., Witkowski, J.M., & Franceschi, C. (2018). Immunosenescence and inflamm-aging as two sides of the same coin: Friends or foes? *Frontiers in Immunology*, 8, 1960.
- Gale, C.R., Westbury, L., & Cooper, C. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: The English longitudinal study of ageing. *Age and Ageing*, 47(3), 392-397.
- Galenkamp, H., Gagliardi, C., Principi, A., Golinowska, S., Moreira, A., Schmidt, A.E., Winkelmann, J., Sowa, A., van der Pas, S., & Deeg, D.J. (2016). Predictors of social leisure activities in older Europeans with and without multimorbidity. *European Journal of Ageing*, 13(2), 129-143.
- Gallagher, P., & O'Mahony, D. (2008). STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): Application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing*, 37(6), 673-679.
- Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Kennedy, J., & O Mahony, D. (2008). STOPP (screening tool of older person's prescriptions) and START (screening tool to

- alert doctors to right treatment). Consensus validation. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 46(2), 72-83.
- Garcia Gonzalez, J.V., Diaz Palacios, E., Salamea Garcia, A., Cabrera Gonzalez, D., Menendez Caicoya, A., Fernandez Sanchez, A., & Acebal Garcia, V. (1999). An evaluation of the feasibility and validity of a scale of social assessment of the elderly. *Atencion Primaria*, 23(7), 434-440.
- Gardini, S., Pradelli, S., Faggian, S., & Borella, E. (2015). *La Stimolazione Cognitiva: Un Intervento Efficace per la Persona con Demenza. Programma Base e di Mantenimento della Cognitive Stimulation Therapy (CST)*. FrancoAngeli.
- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017). Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. *Frontiers in Psychology*, 8, 2003.
- Gething, L. (1994). Health professional attitudes towards ageing and older people: Preliminary report of the Reactions to Ageing Questionnaire. *Australian Journal on Ageing*, 13(2), 77-81.
- Giusti, A., & Kammerlander, C. (2018). Comprehensive geriatric assessment in orthogeriatrics. In A. Pilotto & F. C. Martin (a cura di), *Comprehensive Geriatric Assessment* (pagg. 123-132). Springer.
- Golini A. (1999). *La popolazione del pianeta*. Il Mulino.
- Gollin, D., Ferrari, A., & Peruzzi, A. (2007). *Una Palestra per la Mente. Stimolazione Cognitiva per l'Invecchiamento Cerebrale e le Demenze*. Edizioni Erickson.
- Gomez-Cabello, A., Vila-Maldonado, S., Pedrero-Chamizo, R., Villa-Vicente, J.G., Gusi, N., Espino, L., Gonzalez-Gross, M., Casajús, J.A., & Ara, I. (2018). Organized physical activity in the elderly, a tool to improve physical fitness during ageing. *Revista Espanola de Salud Publica*, 92, e201803013.
- Grenier, A., & Phillipson, C. (2013). Rethinking agency in late life: Structural and interpretive approaches. In J. Baars, J. Dohem, A. Grenier, & C. Phillipson (a cura di), *Ageing, Meaning and Social Structure: Connecting Critical and Humanistic Gerontology* (pagg. 55-79). Policy Press Scholarship Online.
- Grigoryan, K.V., Javedan, H., & Rudolph, J.L. (2014). Orthogeriatric care models and outcomes in hip fracture patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 28, e49-55.
- Grion, A.M., Gallo, U., Tinjala, D.D., Daragjati, J., Loreggian, M., Cardaci, G., Mangoni, A., & Pilotto, A. (2016). A new computer-based tool to reduce potentially inappropriate prescriptions in hospitalized geriatric patients. *Drugs & Aging*, 33(4), 267-275.
- Grossman, E.S., Hoffman, Y.S., Palgi, Y., & Shrira, A. (2021). COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults: Worries and resilience as potential moderators. *Personality and Individual Differences*, 168, 110371.
- Gueli, C. (2019). *Ginnastica Mentale. Quaderno di Esercizi*. Maggioli Editore.

- Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B.J., & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people: A systematic search and narrative review. *Aging & Mental Health, 18*(6), 683-693.
- Hajek, A., Bock, J.-O., Saum, K.-U., Matschinger, H., Brenner, H., Holleczeck, B., Haefeli, W.E., Heider, D., & König, H.-H. (2018). Frailty and healthcare costs-longitudinal results of a prospective cohort study. *Age and Ageing, 47*(2), 233-241.
- Hanlon, J.T., & Schmader, K.E. (2013). The medication appropriateness index at 20: Where it started, where it has been, and where it may be going. *Drugs & Aging, 30*(11), 893-900
- Hansen, T.K., Shahla, S., Damsgaard, E.M., Bossen, S.R.L., Bruun, J.M., & Gregersen, M. (2021). Mortality and readmission risk can be predicted by the record-based Multidimensional Prognostic Index: A cohort study of medical inpatients older than 75 years. *European Geriatric Medicine, 12*(2), 253-261.
- Hata, A., Kuniyoshi, M., & Ohkusa, Y. (2011). Risk of Herpes zoster in patients with underlying diseases: A retrospective hospital-based cohort study. *Infection, 39*(6), 537-544.
- Heap, J., Fors, S., & Lennartsson, C. (2017). Coexisting disadvantages in later life: Demographic and socio-economic inequalities. *Journal of Population Ageing, 10*(3), 247-267.
- Hehman, J.A., & Bugental, D.B. (2015). Responses to patronizing communication and factors that attenuate those responses. *Psychology and Aging, 30*(3), 552-560.
- Henriques, A., Silva, S., Severo, M., Fraga, S., & Barros, H. (2020). Socioeconomic position and quality of life among older people: The mediating role of social support. *Preventive Medicine, 135*, 106073.
- Herr, M., Robine, J.-M., Aegerter, P., Arvieu, J.-J., & Ankri, J. (2015). Contribution of socioeconomic position over life to frailty differences in old age: Comparison of life-course models in a French sample of 2350 old people. *Annals of Epidemiology, 25*(9), 674-680. e1.
- Hess, T.M. (2006). Attitudes toward aging and their effects on behavior. In J. E. Birren, R. P. Abeles, T. A. Salthouse, K. Warner Schaie, & M. Gatz (a cura di), *Handbook of the Psychology of Aging* (pagg. 379-406). Elsevier.
- Hill-Taylor, B., Sketris, I., Hayden, J., Byrne, S., O'sullivan, D., & Christie, R. (2013). Application of the STOPP/START criteria: A systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 38*(5), 360-372.
- Hill-Taylor, B., Walsh, K.A., Stewart, S., Hayden, J., Byrne, S., & Sketris, I.S. (2016). Effectiveness of the STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treat-

- ment) criteria: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 41(2), 158-169.
- Holman, H., & Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*, 320(7234), 526-527.
- Hoogendijk, E.O., Afilalo, J., Ensrud, K.E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L.P. (2019). Frailty: Implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365-1375.
- Hoogendijk, E.O., van Hout, H.P., Heymans, M.W., van der Horst, H.E., Frijters, D.H., van Groenou, M.I.B., Deeg, D.J., & Huisman, M. (2014). Explaining the association between educational level and frailty in older adults: Results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands. *Annals of Epidemiology*, 24(7), 538-544. e2.
- Huijts, S.M., Coenjaerts, F.E.J., Bolkenbaas, M., van Werkhoven, C.H., Grobbee, D.E., Bonten, M.J.M., & team, Cap. study. (2018). The impact of 13-valent pneumococcal conjugate vaccination on virus-associated community-acquired pneumonia in elderly: Exploratory analysis of the CAPiTA trial. *Clinical Microbiology and Infection*, 24(7), 764-770.
- Hunt, S.A., Baker, D.W., Chin, M. H., Cinquegrani, M.P., Feldman, A.M., Francis, G.S., Ganiats, T.G., Goldstein, S., Gregoratos, G., & Jessup, M.L. (2001). ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: Executive summary: A report of the american college of cardiology/american heart association task force on practice guidelines (committee to revise the 1995 guidelines for the evaluation and management of heart failure) developed in collaboration with the international society for heart and lung transplantation endorsed by the heart failure society of america. *Journal of the American College of Cardiology*, 38(7), 2101-2113.
- Ige, J., Gibbons, L., Bray, I., & Gray, S. (2019). Methods of identifying and recruiting older people at risk of social isolation and loneliness: A mixed methods review. *BMC Medical Research Methodology*, 19(1), 1-11.
- IRS - Istituto per la Ricerca Sociale. (2020). *Integrazione e Sviluppo dei Servizi Sociosanitari*, disponibile all'indirizzo <https://welforum.it/il-punto-presentazione/integrazione-e-sviluppo-dei-servizi-sociosanitari/>
- ISS. (2021a). *Caratteristiche dei Pazienti Deceduti Positivi all'Infezione da SARS-CoV-2 in Italia al 20 marzo 2021*. ISS.
- ISS. (2021b). *Epidemia Covid-19. Aggiornamento Nazionale 7 aprile 2021*. ISS.
- ISS, & ISTAT. (2020). *Cause di Morte nei Deceduti Positivi a Sars-Cov-2*. ISTAT e ISS.
- Iversen, T.N., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4-22.
- Juang, C., Knight, B. G., Carlson, M., Schepens Niemiec, S.L., Vigen, C., & Clark, F. (2018). Understanding the mechanisms of change in a lifestyle intervention for older adults. *The Gerontologist*, 58(2), 353-361.

- Kasperson, R.E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H.S., Emel, J., Goble, R., Kasperson, J.X., & Ratick, S. (1988). The social amplification of risk: A conceptual framework. *Risk Analysis*, 8(2), 177-187.
- Katz for the Association of Rheumatology Health Professionals Outcomes Measures Task Force, P. P. (2003). Measures of adult general functional status: The barthel index, katz index of activities of daily living, health assessment questionnaire (HAQ), MACTAR patient preference disability questionnaire, and modified health assessment questionnaire (MHAQ). *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 49(S5), S15-S27.
- Kazepov, I. A. K., & Barberis, E. (2013). *Il Welfare Frammentato. Le Articolazioni Regionali delle Politiche Sociali Italiane*. Carocci.
- Kelley-Moore, J. (2013). Disability and ageing: The social construction of causality. In D. Dannefer & C. Phillipson (a cura di), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pagg. 96-110). Sage.
- Kemper, S., Othick, M., Warren, J., Gubarchuk, J., & Gerhing, H. (1996). Facilitating older adults' performance on a referential communication task through speech accommodations. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 3(1), 37-55.
- Kim, L., McGee, L., Tomczyk, S., & Beall, B. (2016). Biological and epidemiological features of antibiotic-resistant streptococcus pneumoniae in pre- and post-conjugate vaccine eras: A United States perspective. *Clinical Microbiology Reviews*, 29(3), 525-552.
- Klasa, K., Galaitsi, S., Wister, A., & Linkov, I. (2021). System models for resilience in gerontology: Application to the COVID-19 pandemic. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1-12.
- Kluge, H.H.P. (2020). *Statement – Older people are at highest risk from Covid-19, but all must act to prevent community spread*, disponibile all'indirizzo <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19,-but-all-must-act-to-prevent-community-spread>. OMS.
- Kogan, N. (1961). Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(1), 44-54.
- Kojima, G., Iliffe, S., Jivraj, S., & Walters, K. (2016). Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(7), 716-721.
- Kongkaew, C., Noyce, P.R., & Ashcroft, D.M. (2008). Hospital admissions associated with adverse drug reactions: A systematic review of prospective observational studies. *Annals of Pharmacotherapy*, 42(7-8), 1017-1025.
- Krause, M., Crognale, D., Cogan, K., Contarelli, S., Egan, B., Newsholme, P., & De Vito, G. (2019). The effects of a combined bodyweight-based and elastic

- bands resistance training, with or without protein supplementation, on muscle mass, signaling and heat shock response in healthy older people. *Experimental Gerontology*, *115*, 104-113.
- Krekula, C., Nikander, P., & Wilińska, M. (2018). Multiple marginalizations based on age: Gendered ageism and beyond. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (a cura di), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pagg. 33-50). Springer, Cham.
- Laidlaw, K., Power, M.J., & Schmidt, S. (2007). The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): Development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, *22*(4), 367-379.
- Lapi, F., Marconi, E., Simonetti, M., Baldo, V., Rossi, A., Sessa, A., & Cricelli, C. (2019). Adjuvanted versus nonadjuvanted influenza vaccines and risk of hospitalizations for pneumonia and cerebro/cardiovascular events in the elderly. *Expert Review of Vaccines*, *18*(6), 663-670.
- Laroche, M.-L., Van Ngo, T.H., Sirois, C., Daveluy, A., Guillaumin, M., Valnet-Rabier, M.-B., Grau, M., Roux, B., & Merle, L. (2021). Mapping of drug-related problems among older adults conciliating medical and pharmaceutical approaches. *European Geriatric Medicine*, 1-13.
- Lasher, K.P. (1987). *Development and Initial Validation of the Anxiety about Aging Scale*. The University of Southern Mississippi.
- Laslett, P. (1972). La famille et le ménage: Approches historiques. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, *27*(4-5), 847-872.
- Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, *9*(3_1), 179-186.
- Lazarou, J., Pomeranz, B.H., & Corey, P.N. (1998). Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: A meta-analysis of prospective studies. *Jama*, *279*(15), 1200-1205
- Le Couteur, D.G., Anderson, R.M., & Newman, A.B. (2020). Erratum to: COVID-19 through the lens of gerontology. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *20*(20), 1-2.
- Leach, M., Scoones, I., & Stirling, A. (2010). Governing epidemics in an age of complexity: Narratives, politics and pathways to sustainability. *Global Environmental Change*, *20*(3), 369-377.
- Lee, J.K.H., Lam, G.K.L., Shin, T., Kim, J., Krishnan, A., Greenberg, D.P., & Chit, A. (2018). Efficacy and effectiveness of high-dose versus standard-dose influenza vaccination for older adults: A systematic review and meta-analysis. *Expert Review of Vaccines*, *17*(5), 435-443.
- Levine, B., Stuss, D. T., Winocur, G., Binns, M.A., Fahy, L., Mandic, M., Bridges, K., & Robertson, I.H. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: Effects on strategic behavior in relation to goal management. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, *13*(1), 143-152.

- Levy, B.R., Kasl, S.V., & Gill, T.M. (2004). Image of Aging Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 99(1), 208-210.
- Levy, S.R. (2018). Toward reducing ageism: PEACE (positive education about aging and contact experiences) model. *The Gerontologist*, 58(2), 226-232.
- Li, T., & Zhang, Y. (2015). Social network types and the health of older adults: Exploring reciprocal associations. *Social Science & Medicine*, 130, 59-68.
- Linn, B.S., LINN, M.W., & Gurel, L.E.E. (1968). Cumulative illness rating scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16(5), 622-626.
- Londos, E., Boschian, K., Lindén, A., Persson, C., Minthon, L., & Lexell, J. (2008). Effects of a goal-oriented rehabilitation program in mild cognitive impairment: A pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 23(2), 177-183.
- Luhmann, N. (1986). *Ökologische Kommunikation [Ecological communication]*. Verlag
- Luhmann, Niklas. (1990). Technology, environment and social risk: A systems perspective. *Industrial Crisis Quarterly*, 4(3), 223-231.
- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., Hinchliff, S., Malta, S., & Dow, B. (2018). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1456-1464.
- Madama, I. (2019). La politica socioassistenziale. In M. Ferrera (a cura di), *Le politiche Sociali*. Il Mulino.
- Mahoney, F., & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. A simple index of the independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-66.
- Marzetti, E., Calvani, R., Tosato, M., Cesari, M., Di Bari, M., Cherubini, A., Broccatelli, M., Saveria, G., D'Elia, M., Pahor, M., Bernabei, R., Landi, F., & on behalf of the SPRINTT Consortium. (2017). Physical activity and exercise as countermeasures to physical frailty and sarcopenia. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(1), 35-42.
- Mattace-Raso, F., & Pilotto, A. (2021). *The challenge of the multifaceted prognosis in the older people and the Multidimensional Prognostic Index*. Springer.
- Mazzonna, F. (2014). The long-lasting effects of family background: A European cross-country comparison. *Economics of Education Review*, 40, 25-42.
- McPhee, J.S., French, D.P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., & Degens, H. (2016). Physical activity in older age: Perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567-580.
- Meyer, A. M., Siri, G., Becker, I., Betz, T., Bödecker, A. W., Robertz, J. W., Krause, O., Benzing, T., Pilotto, A., & Polidori, M. C. (2019). The Multidimensional Prognostic Index in general practice: One-year follow-up study. *International Journal of Clinical Practice*, 73(12), e13403.

- Morel, N. (2012). *Towards a Social Investment Welfare State? Ideas, Policies and Challenges*. Policy Press.
- Morley, J.E., Malmstrom, T.K., & Miller, D.K. (2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 16(7), 601-608.
- Musacchio, C., Rossi, M., Mello, A.M., Cericola, A., Ferelli, E., Arena, V. et al. (2016). Usefulness of the Multidimensional Prognostic Index to identify potentially inappropriate prescriptions in hospitalized older patients. *European Geriatric Medicine*, 7(S1), s98-99, P263.
- Naegele, L., De Tavernier, W., & Hess, M. (2018). Work environment and the origin of ageism. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (a cura di), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pagg. 73-90). Springer.
- Naldini, D. (2003). *The Family in the Mediterranean Welfare States*. Cass.
- Naylor, M.D., Aiken, L.H., Kurtzman, E.T., Olds, D.M., & Hirschman, K.B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746-754.
- Nelson, T.D. (2016). Promoting healthy aging by confronting ageism. *American Psychologist*, 71(4), 276-282.
- Nichol, K.L., Margolis, K.L., Wuorenma, J., & Von Sternberg, T. (1994). The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *New England journal of medicine*, 331(12), 778-784.
- O'Mahony, D. (2020). STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potential prescribing omissions in older people: Origin and progress. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 13(1), 15-22.
- O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M.N., Ryan, C., & Gallagher, P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213-218.
- Onder, G., Rezza, G., & Brusaferro, S. (2020). Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*, 323(18), 1775-1776.
- O'Rourke, H.M., Collins, L., & Sidani, S. (2018). Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1-13.
- Oxman, M.N., Levin, M.J., Johnson, G.R., Schmader, K.E., Straus, S.E., Gelb, L.D., Arbeit, R.D., Simberkoff, M.S., Gershon, A.A., & Davis, L. E. (2005). A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *New England Journal of Medicine*, 352(22), 2271-2284.
- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and Positive*. Springer Publishing Company.
- Palmore, E. (1977). Facts on aging: A short quiz. *The Gerontologist*, 17(4), 315-320.
- Pascual-Leone, A., Amedi, A., Fregni, F., & Merabet, L.B. (2005). The plastic human brain cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 28, 377-401.

- Partridge, J.S., Harari, D., Martin, F.C., & Dhesi, J.K. (2014). The impact of pre-operative comprehensive geriatric assessment on postoperative outcomes in older patients undergoing scheduled surgery: A systematic review. *Anaesthesia*, 69, suppl 1, 8-16.
- Petrini, E., Caviglia, G.P., Pellicano, R., Saracco, G. M., Morino, M., & Ribaldone, D. G. (2020). Risk of drug interactions and prescription appropriateness in elderly patients. *Irish Journal of Medical Science*, 189(3), 953-959.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Phillipson, C. (2020). *Covid-19 and the crisis in residential and nursing home care*, disponibile all'indirizzo <https://ageingissues.wordpress.com/2020/04/08/covid-19-and-the-crisis-in-residential-and-nursing-home-care/>
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2018). *2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. Department of Health and Human Services.
- Pilotto, A. (2020). Comprehensive geriatric assessment. In G. Danan & M. E. Dupre (a cura di), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Springer Nature Switzerland AG.
- Pilotto A., Azzini M, Cella A et al. On behalf of the SIGOT (Società Italiana Geriatria Ospedale e Territorio) Study Group (2021). The Multidimensional Prognostic Index (MPI) for the prognostic stratification of older inpatients with Covid-19: a multicenter prospective observational cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104415.
- Pilotto, A., Panza, F. (2017). Comprehensive geriatric assessment: Evidence. In J. P. Michel, B.L. Beattie, F.C. Martin, & J.D. Walston (a cura di), *Oxford Textbook of Geriatric Medicine* (3rd edizione). Oxford University Press.
- Pilotto, A., Cella, A., Daragjati, J., Veronese, N., Musacchio, C., Mello, A.M., Logroscino, G., Padovani, A., & Prete, C. (2017). Three decades of comprehensive geriatric assessment: Evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 192. e1-192. e11.
- Pilotto, A., Custodero, C., Maggi, S., Polidori, M. C., Veronese, N., & Ferrucci, L. (2020). A multidimensional approach to frailty in older people. *Ageing Research Reviews*, 60, 101047.
- Pilotto, A., Ferrucci, L., Franceschi, M., D'Ambrosio, L. P., Scarcelli, C., Cascavilla, L., Paris, F., Placentino, G., Seripa, D., & Dallapiccola, B. (2008). Development and validation of a multidimensional prognostic index for one-year mortality from comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients. *Rejuvenation Research*, 11(1), 151-161.
- Pilotto, A., Veronese, N., Daragjati, J., Cruz-Jentoft, A.J., Polidori, M. C., Mattace-Raso, F., Paccalin, M., Topinkova, E., Siri, G., & Greco, A. (2019a). Using

- the Multidimensional Prognostic Index to predict clinical outcomes of hospitalized older persons: A prospective, multicenter, international study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 74(10), 1643-1649.
- Pilotto, A., Veronese, N., Quispe Guerrero, K.L., Zora, S., Boone, A.L., Puntoni, M., Giorgeschi, A., Cella, A., Rey Hidalgo, I., & Pers, Y.-M. (2019b). Development and validation of a self-administered Multidimensional Prognostic Index to predict negative health outcomes in community-dwelling persons. *Rejuvenation Research*, 22(4), 299-305.
- Poli, S. (2021). Gli anziani e l'epidemia di Covid-19: La costruzione sociale del rischio tra amplificazione occultamento. In A. M. Favretto (a cura di), *L'Impatto Sociale del Covid-19*. FrancoAngeli.
- Poli, S. (2012). *Città Vecchia, Nuovi Anziani. Invecchiamento e Postmodernità in una Periferia Metropolitana*. FrancoAngeli.
- Poli, S. (2020). Invecchiamento e Coronavirus: La costruzione sociale del rischio e la marginalizzazione degli anziani oltre il lockdown. *Società Mutamento Politica*, 11(21), 271-280.
- Poli, S., Cella, A., Puntoni, M., Musacchio, C., Pomata, M., Torriglia, D., Vello, N., Molinari, B., Pandolfini, V., & Torrigiani, C. (2017). Frailty is associated with socioeconomic and lifestyle factors in community-dwelling older subjects. *Ageing Clinical and Experimental Research*, 29(4), 721-728.
- Poli, S., & Pandolfini, V. (2016). Social Factors & Elderly Frailty: An Application of the Frail Scale in Italy. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 131(1), 92-100.
- Poli, S., Pandolfini, V., & Torrigiani, C. (2020). Frailty and its social predictors among older people: Some empirical evidences and a lesson from Covid-19 for revising public health and social policies. *Italian Journal of Sociology of Education*, 12(3), 151-176.
- Polidori, M.C., Maggi, S., Mattace-Raso, F., & Pilotto, A. (2020). The unavoidable costs of frailty: A geriatric perspective in the time of COVID-19. *Geriatric Care*, 6(1), 8989.
- Pugliese, E. (2011). *La terza età. Anziani e società in Italia*. Il Mulino.
- Rarek, M.P., Meyer, A.M., Pickert, L., Pilotto, A., Benzing, T., Burst, V., & Polidori, M. C. (2020). The prognostic signature of health-related quality of life in older patients admitted to the emergency department: A 6-month follow-up study. *Ageing Clinical and Experimental Research*, 1-9.
- Read, S., Grundy, E., & Foverskov, E. (2016). Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: A systematic narrative review. *Ageing & Mental Health*, 20(5), 529-542.
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722-727.

- Rosa, E., McCright, A., & Renn, O. (2013). *The Risk Society Revisited: Social Theory and Risk Governance*. Temple University Press.
- Rosencranz, H. A., & McNevin, T.E. (1969). A factor analysis of attitudes toward the aged. *The Gerontologist*, 9(1), 55-59.
- Royal College of General Practitioners. (2014). *An Inquiry into Patient Centred Care in the 21st Century*, disponibile all'indirizzo <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/RCGP-Inquiry-into-Patient-Centred-Care-in-the-21st-Century.ashx?la=en>.
- Saccomani R. (a cura di) (2006). *L'attività fisica nella terza età. Promozione. Prescrizione. Controllo. Valutazione*. Raffaello Cortina.
- Sarkisian, C.A., Hays, R.D., Berry, S. H., & Mangione, C.M. (2001). Expectations regarding aging among older adults and physicians who care for older adults. *Medical Care*, 1025-1036
- Sasmith, A.O., Kuruvilla, J., & Ling, A.P.K. (2018). Harnessing neuroplasticity: Modern approaches and clinical future. *International Journal of Neuroscience*, 128(11), 1061-1077.
- Senesi, B., Prete, C., Siri, G., Pinna, A., Giorgeschi, A., Veronese, N., Sulpasso, R., Sabbà, C., & Pilotto, A. (2020). Multidimensional Prognostic Index (MPI) predicts successful application for disability social benefits in older people. *Ageing Clinical and Experimental Research*, 1-7.
- Sergi, G., De Rui, M., Sarti, S., & Manzato, E. (2011). Polypharmacy in the elderly. *Drugs & Aging*, 28(7), 509-518.
- Shimoni, S. (2020). How coronavirus exposes the way we regard ageing and old people, disponibile all'indirizzo <https://theconversation.com/howcoronavirus-exposes-the-way-we-regard-ageing-and-old-people-135134>. *The Conversation*.
- Shin, D.W., Park, K., Jeong, A., Yang, H.K., Kim, S.Y., Cho, M., & Park, J.H. (2019). Experience with age discrimination and attitudes toward ageism in older patients with cancer and their caregivers: A nationwide Korean survey. *Journal of Geriatric Oncology*, 10(3), 459-464.
- Silva, F.M., Petrica, J., Serrano, J., Rui, P., Ramalho, A., Dineia, L., Ferreira, J.P., & Duarte-Mendes, P. (2019). The sedentary time and physical activity levels on physical fitness in the elderly: A comparative cross sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3697.
- Silva, R., Bach-Faig, A., Raidò Quintana, B., Buckland, G., van de Almeida, M.D., & Serra-Majem, L. (2009). Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961-1965 and 2000-2003. *Public Health Nutrition*, 12(9(A)), 1676-1684.
- Smith, K.J., & Victor, C. (2019). Typologies of loneliness, living alone and social isolation, and their associations with physical and mental health. *Ageing & Society*, 39(8), 1709-1730.

- Solem, P.E. (2007). Aldring og social deltagelse. In L. Larsen (a cura di), *Geron-topsykologi–Det Aldrende Menneskes Psykologi*, 95-120.
- Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K.G., Fernandes, B.S., Prina, A.M., Solmi, M., Schofield, P., Koyanagi, A., & Tseng, P.-T. (2017). Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 36, 78-87.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B.O.B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254.
- Steffl, M., Bohannon, R.W., Sontakova, L., Tufano, J.J., Shiells, K., & Holmerova, I. (2017). Relationship between sarcopenia and physical activity in older people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 835-845.
- Stephens, C., Breheny, M., & Mansvelt, J. (2015). Volunteering as reciprocity: Beneficial and harmful effects of social policies to encourage contribution in older age. *Journal of Aging Studies*, 33, 22-27.
- Stowe, R., & Ricci, M. (2019). Funzioni cognitive e principi di valutazione neuropsicologica. In C. Blundo (a cura di), *Neuroscienze Cliniche del Comportamento*. Edra S.p.A.
- Stypińska, J., & Nikander, P. (2018). Ageism and age discrimination in the labour market: A macrostructural perspective. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (a cura di), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pagg. 91-108). Springer.
- Stuck, A.E., Siu, A.L., Wieland, G.D., Adams, J., & Rubenstein, L.Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342, 1032-1036.
- Syed, Y.Y. (2018). Recombinant zoster vaccine (Shingrix): A review in herpes zoster. *Drugs & Aging*, 35(12), 1031-1040.
- Ten Bruggencate, T., Luijkx, K.G., & Sturm, J. (2019). To meet, to matter, and to have fun: The development, implementation, and evaluation of an intervention to fulfil the social needs of older people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2307.
- Thomas, E., Battaglia, G., Patti, A., Brusa, J., Leonardi, V., Palma, A., & Bellafigliore, M. (2019). Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. *Medicine*, 98(27), e16218-e16218.
- Tognetti Bordogna, M. (2007). *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*. FrancoAngeli.
- Tuckman, J., & Lorge, I. (1954). The influence of changed directions on stereotypes about ageing: before and after instruction. *Educational and Psychological Measurement*, 14(1), 128-132.
- Tulunay-Ugur, O.E., & Eibling, D. (2018). Geriatric dysphagia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(2), 183-189.

- Uğurlu, Z., Kav, S., Karahan, A., & Akgün Çıtak, E. (2019). Correlates of ageism among health care professionals working with older adults. *Journal of Transcultural Nursing, 30*(3), 303-312.
- van der Linden, B.W.A., Cheval, B., Sieber, S., Orsholits, D., Guessous, I., Stringhini, S., Gabriel, R., Aartsen, M., Blane, D., Courvoisier, D., Burton-Jeangros, C., Kliegel, M., & Cullati, S. (2020). Life course socioeconomic conditions and frailty at older ages. *The Journals of Gerontology: Series B, 75*(6), 1348-1357.
- Vauclair, C.-M., Lima, M.L., Abrams, D., Swift, H.J., & Bratt, C. (2016). What do older people think that others think of them, and does it matter? The role of meta-perceptions and social norms in the prediction of perceived age discrimination. *Psychology and Aging, 31*(7), 699-710.
- Veronese, N., Cella, A., Cruz-Jentoft, A. J., Polidori, M. C., Mattace-Raso, F., Paccalin, M., Topinkova, E., Greco, A., Mangoni, A. A., & Daragjati, J. (2020a). Enteral tube feeding and mortality in hospitalized older patients: A multicenter longitudinal study. *Clinical Nutrition, 39*(5), 1608-1612.
- Veronese, N., Cereda, E., Stubbs, B., Solmi, M., Luchini, C., Manzato, E., Sergi, G., Manu, P., Harris, T., & Fontana, L. (2017a). Risk of cardiovascular disease morbidity and mortality in frail and pre-frail older adults: Results from a meta-analysis and exploratory meta-regression analysis. *Ageing Research Reviews, 35*, 63-73.
- Veronese, N., Koyanagi, A., Smith, L., Solmi, M., Senesi, B., Cella, A., & Pilotto, A. (2020b). Relationship between multidimensional prognostic index and incident depressive symptoms in older people: Findings from the Irish longitudinal study on ageing. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 35*(10), 1097-1104.
- Veronese, N., Siri, G., Cella, A., Maggi, S., Ziguora, E., Puntoni, M., Smith, L., Musacchio, C., Barone, A., & Sabbà, C. (2020c). The Multidimensional Prognostic Index predicts falls in older people: An 8-year longitudinal cohort study of the Osteoarthritis Initiative. *Journal of the American Medical Directors Association, 21*(5), 669-674.
- Veronese, N., Stubbs, B., Noale, M., Solmi, M., Pilotto, A., Vaona, A., Demurtas, J., Mueller, C., Huntley, J., & Crepaldi, G. (2017b). Polypharmacy is associated with higher frailty risk in older people: An 8-year longitudinal cohort study. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(7), 624-628.
- Victor, C. (2013). The demography of ageing. In D. Dannefer & C. Philipson (a cura di), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pagg. 61-74). Sage.
- Volkert, D., Beck, A.M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., & Sieber, C.C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition, 38*(1), 10-47.
- Volpato, S., & Guralnik, J.M. (2018). The different domains of the Comprehensive Geriatric Assessment. In A. Pilotto & F.C. Martin (a cura di), *Comprehensive Geriatric Assessment*. Springer International Publishing AG.

- Voss, P., Bodner, E., & Rothermund, K. (2018). Ageism: The relationship between age stereotypes and age discrimination. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (a cura di), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pagg. 11-31). Springer, Cham.
- Voss, P., Wolff, J.K., & Rothermund, K. (2017). Relations between views on ageing and perceived age discrimination: A domain-specific perspective. *European Journal of Ageing*, 14(1), 5-15.
- Walker, A. (2018). Why the UK needs a social policy on ageing. *Journal of Social Policy*, 47(2), 253-273.
- Wallace, J.I. (2017). Malnutrition and Enteral/Parenteral Alimentation. In J. B. Halter, J. G. Ouslander, S. Studenski, K. P. High, S. Asthana, M. A. Supiano, & C. Ritchie (a cura di), *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* (pagg. 511-525). McGraw-Hill Education.
- Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: A scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14(1), 81-98.
- Warnier, R.M.J., Van Rossum, E., Van Velthuisen, E., Mulder, W.J., Schols, J., & Kempen, G. (2016). Validity, reliability and feasibility of tools to identify frail older patients in inpatient hospital care: A systematic review. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 20(2), 218-230.
- Wilkinson, J. A., & Ferraro, K. F. (2002). Thirty years of ageism research. In T. D. Nelson (a cura di), *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons* (pagg. 339-358). Massachusetts, MIT Press.
- Winocur, G., Craik, F.I., Levine, B., Robertson, I.H., Binns, M.A., Alexander, M., Black, S., Dawson, D., Palmer, H., & Mchugh, T. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: Overview and future directions. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 13(1), 166-171.
- Winocur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M. A., Bridges, K., & Stuss, D.T. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 13(1), 153-165.
- World Health Organization (2005). Preventing chronic diseases: A vital investment. WHO Global Report (part 1, pagg. 1-31). WHO Press.
- Wyman, M.F., Shiovitz-Ezra, S., & Bengel, J. (2018). Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (a di), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pagg. 193-212). Springer.
- Yourman, L.C., Lee, S.J., Schonberg, M.A., Widera, E.W., & Smith, A.K. (2012). Prognostic indices for older adults: A systematic review. *Jama*, 307(2), 182-192.
- Zhang, Y., Luo, G., Huang, Y., Yu, Q., Wang, L., & Li, K. (2017). Risk of stroke/transient ischemic attack or myocardial infarction with Herpes Zoster: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(8), 1807-1816.

- Zimmer, Z., Hanson, H., & Smith, K. (2016). Childhood socioeconomic status, adult socioeconomic status, and old-age health trajectories: Connecting early, middle, and late life. *Demographic Research*, 34(10), 285-320.
- Zora, S., Guerrero, K.L.Q., Veronese, N., Ferri, A., Boone, A.L., Gonzalez, M.P., Pers, Y.-M., Raat, H., Baker, G., & Cella, A. (2019). Implementation of the SEL-FY-MPI in five European countries: A multicenter international feasibility study. *Geriatric Care*, 5(3), 8502.

Sitografia

www.aifa.gov.it/-/ema-pubblica-un-aggiornamento-sulla-sicurezza-dei-vaccini-covid-19-comirnaty-moderna-e-astrazeneca

www.aifa.gov.it/web/guest/vaccini-covid-19

www.galliera.it/20/58/strutture-sanitarie/179/brochure/esercizi-domiciliari-di-attivita-fisica-per-lanziano-1

www.salute.gov.it

www.salute.gov.it/portale/influenza

www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5416&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto

www.infovac.ch/it/vaccinazioni/per-le-malattie/coronavirus-covid-19

<https://movimento.apotecanatura.it/attivita-fisica>

www.istat.it/it/files//2020/06/Spese-per-consumi-delle-famiglie.pdf

Inequality: disuguaglianze e politiche sociali

Volumi pubblicati

1. *Dopo la città divisa. Il futuro dei quartieri genovesi tra vecchie e nuove disuguaglianze*, a cura di Stefano Poli e Sebastiano Tringali, 2019 (ISBN versione a stampa: 978-88-94943-57-3), (ISBN versione eBook: 978-88-94943-58-0)
2. Stefano Poli, Claudio Torrigiani, Alberto Pilotto, *Anziani in bilico: fragilità e resilienza al tempo del Covid-19. Il Progetto PRESTIGE*, 2021 (ISBN versione a stampa: 978-88-3618-098-1), (ISBN versione eBook: 978-88-3618-099-8)

Stefano Poli è professore associato in Sociologia Generale presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Genova. È docente di Sociologia Generale, Metodologia della Ricerca Sociale, Sociologia dell'Ambiente e della Comunicazione presso l'Università di Genova, dove è responsabile del Centro Interdipartimentale "Osservatorio delle Diseguaglianze e delle Politiche sociali".

Claudio Torrigiani è professore associato in Sociologia generale presso l'Università di Genova dove insegna Sociologia, Politica sociale e Metodologia della ricerca sociale applicata ed è tra i referenti del Centro Interdipartimentale sulle Diseguaglianze e le Politiche sociali dell'Ateneo genovese.

Alberto Pilotto, geriatra, direttore del Dipartimento Cure Geriatriche, OrtoGeriatría e Riabilitazione dell'Ospedale Galliera di Genova e Professore di Geriatria presso l'Università degli Studi di Bari.

Il volume presenta i risultati del progetto PRESTIGE, "Partecipi e RESilienti: Invecchiare a Genova", finanziato dalla Fondazione Carige, quale misura d'intervento in favore del benessere della popolazione anziana. Descrivendo fasi e risultati dell'indagine condotta sul territorio genovese, il volume esplora il tema della multidimensionalità e dell'ibridazione dei fattori generativi della fragilità di salute e della vulnerabilità sociale dei senior, la cui prevenzione risulta strategica per il contesto demografico e, in particolare, alla luce delle criticità derivanti dalla pandemia del Covid-19.

The volume presents the results of the PRESTIGE project, "Participation and RESilience: Aging in Genoa", funded by the Carige Foundation, as an intervention measure in favour of the well-being of the older population. Describing the phases and results of the research conducted on the Genoese territory, the volume explores the topics of the multidimensionality and of the hybridization of generative factors leading to the frailty in health conditions and to the social vulnerability among seniors, whose prevention is strategic for the demographic context and, in particular, in light of the critical issues arising from the Covid-19 pandemic.

ISBN: 978-88-3618-099-8



9 788836 180998