

## LA RIABILITAZIONE DEL CARDIOPATICO ALL'INRCA DI FERMO

Il prossimo 4 novembre, in occasione del corso "Percorsi riabilitativi nei processi di continuità assistenziale", verrà dato ufficialmente il via all'**attività riabilitativa del cardiopatico anziano all'INRCA di Fermo**. Per l'occasione saranno presenti personalità di assoluto valore nel campo della Cardiologia, che da sempre hanno creduto nell'importanza e nell'utilità del processo riabilitativo nel campo cardiologico. L'attività si sviluppa nell'ambito delle competenze cardiologiche, riabilitative e geriatriche già operanti nel presidio ospedaliero; in tal modo verrà così ad essere progressivamente realizzato un nuovo servizio della struttura sanitaria fermana (diretto dal Dr. **Fabrizio Balestrini** Responsabile della UO di Cardiologia) che sarà di supporto a quei pochi servizi già presenti (Jesi, Ancona, San Benedetto del Tronto). L'attuale Direttore di Dipartimento dell'INRCA di Fermo, il Dr. **Demetrio Postacchini**, come Presidente regionale SIGOs (Società Italiana Geriatri Ospedalieri) sottolinea che "la Zona territoriale 11, per la riorganizzazione dei servizi assistenziali residenziali rivolti agli anziani (RSA, Lungodegenze ecc.) è quella che è più in ritardo nella Regione Marche e non può aspettare oltre in considerazione della stretta economia". Secondo Postacchini "se si continua a discutere e a dare ascolto ad ogni voce che si alza senza essere operativi si rischia di rimanere fermi allo stato attuale o di operare delle scelte che non hanno un razionale economico, strutturale e di competenza clinico/assistenziale. Per cui confidiamo molto nella Regione e nel nuovo Direttore Generale della Zona 11, il Dr. Gianni Genga che, in passato, ha raggiunto degli eccellenti risultati in altre zone territoriali, prima a Pesaro e poi con il dr. Piero Ciccarelli (ora direttore dell'ASUR) nella zona di Macerata dove sono stati attivati tutti i servizi sanitari necessari". Il Dr. Postacchini spiega poi che la Giunta Regionale realizzata ultimamente all'INRCA di Ancona ha dato molto valore alle capacità e disponibilità di questo Ente come partner nei processi di riorganizzazione assistenziale e si augura che tale collaborazione possa avvenire anche a Fermo risolvendo definitivamente la questione sanitaria fermana. Per il momento L'INRCA sotto la Direzione Generale del Dr. Antonio Aprile si sta proponendo con questo nuovo percorso: "la riabilitazione del cardiopatico" fatta in regime ambulatoriale e di degenza.

E' il Dr. Balestrini ad illustrare il valore fondamentale della **riabilitazione cardiologica**, in quanto gli studi epidemiologici mettono in evidenza che **le malattie cardiovascolari sono la causa principale di morte** in tutto il mondo e che è previsto un rapido incremento di mortalità cardiovascolare nei paesi sviluppati. La riabilitazione cardiologica rappresenta dunque il passaggio fondamentale dalla fase acuta e post-acuta della malattia alla graduale ripresa dell'attività lavorativa. Il concetto di riabilitazione cardiologica è andato progressivamente modificandosi negli ultimi anni, dal paziente post-acute al paziente con patologia ad andamento cronico, a cui occorre assicurare un approccio terapeutico continuativo a lungo termine al fine di contrastare l'evoluzione della malattia e di migliorarne non solo la prognosi ma anche la qualità della vita.

La riabilitazione, combinando la prescrizione dell'attività fisica con la modifica del profilo di rischio dei pazienti, ha come fine ultimo quello di **favorire la stabilità clinica**, di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari e le disabilità conseguenti alla cardiopatia. Gli obiettivi della riabilitazione cardiologica sono quindi di ridurre i sintomi legati alla malattia, di migliorare la capacità funzionale, di ridurre la

disabilità, di favorire il reinserimento lavorativo, in altri termini migliorare la qualità di vita, ma anche definire e ridurre il rischio di nuovi eventi cardiovascolari. Questi obiettivi si realizzano mediante un globale approccio diagnostico valutativo e di trattamento, di cui l'esercizio fisico costituisce solo una componente. La complessità e l'intensità di tale approccio devono essere commisurate alle caratteristiche cliniche dei pazienti.

I **programmi riabilitativi** si basano sui seguenti punti:

- **Stima del rischio cardiovascolare globale mediante valutazione clinica ed indagini strumentali anche complesse;**
- **Identificazione di obiettivi specifici per ciascun fattore che influenza il rischio;**
- **Formulazione di un piano di trattamento individuale che includa:**
- **Interventi terapeutici finalizzati a realizzare specifici obiettivi di riduzione di rischio;**
- **Il cambiamento dello stile di vita (abolizione del fumo, dieta appropriata, controllo del peso corporeo, dello stato d'ansia e della depressione) da ottenere soprattutto mediante programmi educazionali strutturati;**
- **La prescrizione dell'attività fisica;**
- **Intervento di mantenimento a lungo termine per ciascun paziente allo scopo di consolidare i risultati ottenuti, rivalutando nel tempo l'opportunità di modificare il trattamento.**

È necessario che **molteplici competenze professionali** siano coinvolte nella realizzazione dei programmi riabilitativi: cardiologo, fisiatra, terapista della riabilitazione, psicologo, dietologo ed altre figure pertinenti. E' documentato che la riabilitazione, intesa in tale senso, ritarda la progressione della malattia,



*Responsabile dott. Fabrizio Balestrini*

riduce la mortalità, morbilità e frequenza di ricospedalizzazioni, previene il deterioramento clinico e la progressione delle disabilità conseguenti alla malattia, migliora allo stesso tempo sensibilmente la qualità di vita dei pazienti cardiopatici ed i costi sociali della malattia. **Non vi sono controindicazioni** all'intervento riabilitativo nella sua globalità. Le limitazioni devono essere riferite al solo training fisico, e non alle altre componenti del programma riabilitativo, nei casi particolari riportati nella tabella II.

Come conseguenza dell'attuale e futuro scenario epidemiologico, la **riabilitazione sarà inevitabilmente rivolta in particolare ai pazienti anziani**, caratterizzati da una malattia con più complicanze, maggiore comorbilità, deficit funzionali e cognitivi, disturbi emotionali o isolamento sociale. I pochi studi di riabilitazione proprio in anziani fragili e con comorbilità confermano i benefici della partecipazione a programmi riabilitativi. Scopo della riabilitazione attuale e soprattutto nel prossimo futuro è intervenire sui pazienti più complessi ed a maggior rischio di disabilità.

**TABELLA I**

### Indicazioni alla riabilitazione cardiovascolare

- Pazienti con cardiopatia ischemica
  - a- post-infarto miocardico
  - b- post by-pass aortocoronarico
  - c- post angioplastica coronaria
- Cardiopatia ischemica stabile
- Pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia valvolare
- Pazienti con scompenso cardiaco cronico
- Pazienti con trapianto di cuore o cuore/polmone
- Pazienti operati per cardiopatie congenite
- Pazienti con arteriopatia cronica obliterante periferica
- Pazienti portatori di pace-maker o di defibrillatori

**TABELLA II**

### Controindicazioni alla riabilitazione cardiovascolare (training fisico)

- Angina instabile
- Scompenso cardiaco cronico in fase di instabilità clinica
- Aritmie ventricolari severe
- Ipertensione polmonare (> 60 mmHg)
- Ipertensione arteriosa non controllata dai farmaci
- Versamento pericardico di media-grande entità
- Recenti episodi di tromboflebite con o senza embolia polmonare
- Miocardiopatia ostruttiva severa
- Stenosi aortica serrata o sintomatica
- Presenza di patologie associate evolutive limitanti il training fisico
- Affezioni infiammatorie o infettive in atto

### RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

Ubicazione	U.O. Riabilitazione Cardiologica ed U.O. Recupero e Riabilitazione Funzionale POR di Fermo
Gestione	U.O. Cardiologia Riabilitativa ed U.O. Recupero e Riabilitazione Funzionale
Utente	Soggetti con cardiovasculopatia cronica o post acuta, sottoposti ad intervento chirurgico cardiaco (sost. valvola cardiaca, by-pass ecc...) ma con notevole comorbilità, deficit funzionali e/o cognitivi...
Obiettivo	Miglioramento delle capacità funzionali, prevenzione della progressione della cardiopatia, miglioramento delle condizioni psico-comportamentali e della qualità di vita, prevenzione della disabilità
Modalità di accesso	Visita del cardiologo e/o fisiatra. Stratificazione del rischio in base alla stabilità quadro clinico, aritmie F.E.
Attrezzature	Telemetria con registrazione delle 12 derivazioni e per i casi più impegnativi, 4 letti con possibilità di monitorare oltre ecg -pressione arteriosa Saturazione O2, Ecocardiografo color doppler per uno studio cardiovascolare completo. TEE, Ergometro con Cicloergometro e tappeto ruotante, Ecg dinamico, Cicloergometro

## INRCA DI FERMO

### LA PALESTRA DELLA MEMORIA PER GLI ANZIANI

Il potenziamento delle funzioni cognitive funziona anche per chi non è più giovanissimo

Si dà il via anche per l'anno 2010/2011 ai corsi della Palestra della memoria per gli anziani. In collaborazione con L'Università del tempo ritrovato e dell'educazione permanente (UTETE), l'INRCA di Fermo ha inaugurato la nuova sessione dei corsi di potenziamento cognitivo denominato "La Palestra della memoria" che già dall'inizio dell'anno 2010 ha ottenuto ottime ricadute tra gli adulti e anziani del territorio fermano.

I corsi nascono sulla base del fatto che spesso, andando avanti con l'età, capita di accorgersi di dimenticare alcune cose, come un appuntamento, dove si è lasciato un oggetto, cosa si è andati a prendere nel momento in cui ci si è recati in una stanza della casa. La spiegazione che ci si dà è che "si sta invecchiando". Quello che spesso è una normale dimenticanza, può però creare un forte senso di preoccupazione. Sappiamo che l'invecchiamento è un processo fisiologico, che dipende da molti fattori, tra cui quelli biologici, psicologici e sociali. Innanzitutto, con l'avanzare dell'età avviene un cambiamento delle funzioni sensoriali, come la vista e l'udito (es. difficoltà nel sentire alcuni suoni, o se qualcuno parla a voce troppo alta o troppo bassa). Questo può creare dei problemi nella comprensione e nei ricordi. Dal punto di vista cognitivo, alcune funzioni corticali superiori del cervello, come la memoria, la concentrazione e l'attenzione possono subire dei cambiamenti. È comunque importante ricordare che l'invecchiamento non

è solo sinonimo di perdita, in quanto anche il mondo scientifico ha riconosciuto che è possibile recuperare e potenziare alcune funzioni cognitive anche in età avanzata. Infatti, molti studi scientifici evidenziano che **la grande maggioranza delle persone anziane può conservare un cervello che funziona correttamente**.

I training cognitivi per adulti e anziani sono considerati un'importante strategia non farmacologica, perché permettono di agire con un'azione efficace sul recupero e il mantenimento di alcune funzioni cognitive, sullo stato dell'umore, sul benessere soggettivo. Tutto questo rivela una buona ricaduta sulla qualità della vita. L'idea e la fiducia che si ha riguardo la propria memoria può influenzare la capacità di ricordare. Quando ci si convince erroneamente che la memoria funziona male si possono osservare peggiori prestazioni cognitive. La percezione della propria memoria può essere migliorata attraverso una corretta informazione, agendo sugli aspetti emotivi e motivazionali. Spesso, i cambiamenti nella memoria dipendono da un cattivo stile di vita, da un'alimentazione poco sana e da uno scarso livello di esercizio fisico e mentale. Anche l'abbassamento del tono dell'umore ed altri aspetti psicologici (ad esempio l'ansia, lo stress percepito, ecc...) possono causare la percezione di avere un disturbo di memoria. Una corretta modifica anche del proprio stile di vita, come l'attività fisica e la riduzione dello stress porta anche ad avere dei miglioramenti sulle funzioni cognitive. Durante i corsi, verranno svolti esercizi pratici in gruppo per allenare e potenziare le capacità cognitive, che agiscono anche nella sfera emotiva. Tra gli obiettivi dei nostri training c'è anche quello di insegnare alcune tecniche e strategie cognitive, atte a migliorare il processo di codifica, mantenimento e recupero delle informazioni, e che in seguito possono essere ripetute dai partecipanti in modo autonomo anche nelle normali attività della vita quotidiana. Verranno fornite informazioni e consigli utili per seguire corrette abitudini di vita, come la sana alimentazione, un efficace stile di vita, una vita socialmente attiva con buon coinvolgimento emotivo, partecipando ad iniziative culturalmente che emotivamente stimolanti. In questa nuova sessione sono previsti anche dei corsi di potenziamento avanzato di secondo livello per chi ha già effettuato il corso lo scorso anno,

che vadano quindi ad agire sulle tecniche apprese nel corso di I livello.

I corsi di primo livello avranno inizio dal mese di novembre 2010 e quelli di II livello a gennaio 2011, presso tutte le sedi dell'UTETE (Grottazzolina, Ponzano, Monte Giberto, Montottone, Belmonte, Falerone, Monte San Pietrangeli) e presso l'INRCA per i Comuni di Fermo e Porto San Giorgio, tenuti da psicologhe esperte.

La dott.ssa Cinzia Giuli (psicologa dell'U.O di Geriatria del POR di Fermo) si occuperà in particolare dei corsi tenuti presso i locali dell'INRCA, con la Direzione del dott. Postacchini (Primario dell'U.O di Geriatria e Direttore di Dipartimento dell'INRCA di Fermo).

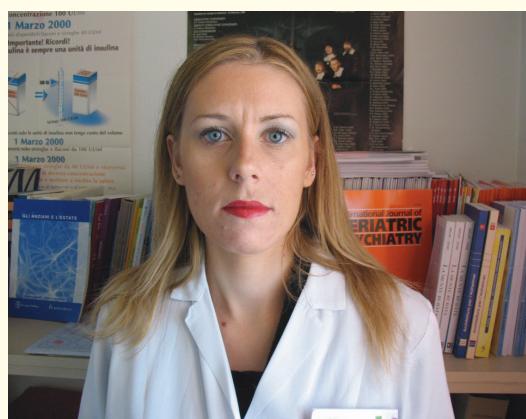
*Per informazioni e iscrizioni ai corsi ci si può rivolgere ai seguenti recapiti telefonici:*

**UTETE:** Sede: Palazzo Benedetti-Piazza Umberto I GROTTAZZOLINA  
Tel. sedi 333.6195316 - 0734.631430- 0734.632078 - 0734.631433 - 0734.633393

**INRCA di Fermo**, Contrada Mossa – Fermo  
Tel. 0734/231367 (dott.ssa Cinzia Giuli)



Dott. Demetrio Postacchini



Dott.ssa Cinzia Giuli

#### Allena la tua memoria con i nostri quiz

SEDIA	CORNICE
PRIMAVERA	RUOTA
CHIAVE	VALIGIA
AUTOMOBILE	PORTA
BORSA	POLTRONA
QUADRO	INVERNO

**ESERCIZIO 1**  
Istruzioni:  
associa le parole  
tra loro  
della colonna 1  
e della colonna 2

1	3	4	5	2
4				5
5		2		
3		1	2	
2	1			

**ESERCIZIO 2**  
Completa i numeri  
(da 1 a 5)  
in modo che  
ogni colonna  
e ogni riga  
contengano  
tutti i numeri  
da 1 a 5  
una sola volta

#### Qualche consiglio pratico per un corretto stile di vita

COSA FARE	COSA NON FARE
Mantenere una vita sociale attiva	Isolarsi e chiudersi in casa
Fare una passeggiata di almeno 30 minuti al giorno	Restare seduti troppo tempo
Iscriversi ad associazioni per il volontariato, Università della Terza Età	Evitare i rapporti con gli altri
Mangiare correttamente, bere molta acqua e seguire una dieta variata	Mangiare solo cibi freddi e non cucinati, evitare di cucinare
Concedersi un bicchiere di vino da bere durante i pasti	Bere grosse quantità di bevande alcoliche
Evitare il tabacco e i troppi caffè	Fumare troppe sigarette al giorno
Combattere la pigrizia	Deprimersi
Frequentare corsi di potenziamento cognitivo	Preoccuparsi esageratamente, vergognarsi o scoraggiarsi se si dimenticano le cose
Evitare di stressarsi troppo, concedersi una pausa rilassante anche ascoltando musica	Accumulare troppa tensione
Avere fiducia nella propria memoria	Pretendere di ricordare tutto
Fare i cruciverba, il sudoku, rebus, giocare a carte con gli amici o i familiari	Stare troppo tempo seduti davanti alla TV, non stimolare la memoria con attività piacevoli e divertenti

## INRCA DI FERMO

## ATTIVITÀ FISICA NELL'ANZIANO

a cura del dr. Luca Fallavolita - medico dello sport, responsabile del progetto "longevità attiva nel cardiopatico"



Dott. Luca Fallavolita

Dopo aver trattato in un precedente numero del Corriere News il tema del beneficio del potenziamento cognitivo nel soggetto anziano, volendo far nostro il proverbio latino "*mens sana in corpore sano*", affrontiamo ora il tema del beneficio dell'esercizio fisico nell'anziano in termini di prevenzione. È nostra intenzione proporre un decalogo di buoni motivi per i quali tutti dovrebbero essere indotti alla pratica fisica. È noto come l'invecchiamento comporti una serie di adattamenti sfavorevoli che inducono nella sostanza perdite delle capacità funzionali a realizzare un quadro di *fragilità* che rende il soggetto anziano più esposto a patologia. Al contrario, numerose evidenze cliniche mostrano come l'attività fisica rappresenti un fattore protettivo nei confronti di numerose malattie, come di seguito riportato:

- Miglioramento composizione corporea
- Miglioramento sensibilità insulinica e prevenzione del diabete mellito di tipo 2
- Assetto lipidico meno aterogeno (aumento COL HDL, riduzione VLDL e LDL piccole e dense)

### SCALA DI BORG

#### RPE: Rating of Perceived Exertion – Grado di percezione soggettiva dello sforzo.

E' bene sottolineare come, in caso di comparsa di malessere non precisati, dolori al petto, capogiri, affanno eccessivo, battito cardiaco accelerato ed irregolare occorre interrompere l'attività fisica e rivolgersi al più presto al medico di riferimento, perché queste potrebbero essere manifestazioni di allarme, specie per cardiopatia.

A seconda dei livelli di attività fisica è possibile distinguere a grosse linee, tre profili di soggetti anziani, ad ognuno dei quali sarà raccomandata una diversa intensità e frequenza di lavoro:

Profilo sedentario;

Profilo intermedio (attivo-passivo);

Profilo attivo.

Infine riportiamo di seguito tre schemi orientativi di lavoro modulati in base alle categorie suddette:

- Mentre esegue gli esercizi, vogliamo che Lei quantifichi la sua percezione dello sforzo, ovvero quanto pesante

- Riduzione pressione arteriosa
- Riduzione della mortalità da tutte le cause
- Riduzione della mortalità coronarica
- Probabile riduzione del rischio di ictus cerebrale
- Riduzione della mortalità per cancro del colon
- Incremento della densità ossea e riduzione delle fratture
- Miglioramento della sensazione di benessere fisico e della qualità della vita

Tuttavia prima di intraprendere in modo autonomo un programma di lavoro, è bene sottoporsi ad una valutazione medica, meglio se medico cardiologia e medico-sportiva, per esempio presso i nostri ambulatori, per escludere controindicazioni e per stabile quale tipologia di attività e a quale intensità condurla, secondo le linee Guida suggerite dalla *American College of Sports Medicine*.

In particolare, in termini di tipologia, ai fini di una corretta prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria, sono da preferire attività di resistenza di tipo aerobico a basso-intermedio impegno cardiovascolare (cyclette, nuoto, ballo, camminare spediti in piano...).

In termini di intensità, un buon aiuto nell'autogestione del programma di lavoro ci viene dalla scala di Borg, di cui riportiamo di seguito lo schema di utilizzo e che rappresenta il grado di sforzo soggettivo in relazione alla attività praticata.

6	nessuno sforzo
7	estremamente leggero
8	
9	molto leggero
10	
11	leggero
12	
13	un po' pesante
14	
15	pesante
16	
17	molto pesante
18	
19	estremamente pesante
20	massimo sforzo

RPE: Rating of Perceived Exertion  
Grado di percezione soggettiva dello sforzo.

E' bene sottolineare come, in caso di comparsa di malessere non precisati, dolori al petto, capogiri, affanno eccessivo, battito cardiaco accelerato ed irregolare occorre interrompere l'attività fisica e rivolgersi al più presto al medico di riferimento, perché queste potrebbero essere manifestazioni di allarme, specie per cardiopatia.

A seconda dei livelli di attività fisica è possibile distinguere a grosse linee, tre profili di soggetti anziani, ad ognuno dei quali sarà raccomandata una diversa intensità e frequenza di lavoro: 1) Profilo sedentario; 2) Profilo intermedio (attivo-passivo); 3) Profilo attivo. Riportiamo di seguito tre schemi orientativi di lavoro modulati in base alle categorie suddette:

### SEDENTARIO – PRINCIPIANTE

Domenica	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Resistenza 20 min. Caminata Da 7 a 9 Borg		Resistenza 20 min. Caminata Da 7 a 9 Borg		Resistenza 20 min. Caminata Da 7 a 9 Borg		

### ATTIVO-PASSIVO – INTERMEDIO

Domenica	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Resistenza 30 min. Bici 10 to 13 Borg			Resistenza 30 min. Nuoto 10 to 13 Borg			Resistenza 30 min. Bici 10 to 13 Borg
		Forza / Equilibrio 15 min.			Forza / Equilibrio 15 min.	

### ATTIVO-PASSIVO – INTERMEDIO

Domenica	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Resistenza 30'	Resistenza 30'	Resistenza 30'	Resistenza 30'	Resistenza 30'		Resistenza 30'
	Forza / Equilibrio Dal 15' ai 20'		Forza / Equilibrio Dal 15' ai 20'			Stretching 10'

In conclusione, l'attività fisica nel soggetto anziano, dovrebbe essere parte della vita quotidiana, naturalmente se non vi sono patologie in atto tali da controindicarla.

## INRCA DI FERMO



Dr. Roberto Brunelli

## LO STATO CONFUSIONALE ACUTO – LA DELIRIUM UNIT

**Il delirio** (o stato confusionale acuto) è una sindrome clinica caratterizzata da disturbi della coscienza, delle funzioni cognitive o percettive, ad esordio acuto e decorso fluttuante, molto comune, caratterizzata da elevata complessità, prognosi sfavorevole, non sempre facilmente diagnosticabile.

Esso si manifesta con maggiore probabilità negli anziani e nelle persone con demenza, malattie gravi o fratture di femore, nelle quali, in generale, ogni rapido cambiamento del comportamento, dovrebbe far sospettare il delirio fino a prova contraria. Ciononostante si tratta di una condizione che, se individuata e trattata con urgenza e competenza, è prevenibile e curabile. È sulla base di queste premesse che

è stata istituita all'I.N.R.C.A. di Fermo, presso il reparto di Geriatria guidato dal dottor Demetrio Postacchini, l'unità Operativa sul delirio ("Delirium Unit"), diretta dal dottor Roberto Brunelli, specialista in Geriatria.

La "Delirium Unit" - afferma il dott. Brunelli - accoglie i pazienti con delirio già presente al ricovero o che ne sono colpiti nel corso della degenza; inoltre quelli che, dalla valutazione preliminare, risultano ad alto rischio di svilupparlo. Il suo principale obiettivo è quello di **gestire al meglio le problematiche relative a questa condizione**, allo scopo di migliorare la prognosi dei pazienti colpiti, sia relativamente alla sopravvivenza che relativamente all'autonomia funzionale, riducendo così anche la durata della degenza ed i relativi costi; infatti non bisogna dimenticare che il delirio è una condizione che, se non gestita al meglio da personale adeguatamente preparato, rischia di avere conseguenze anche gravi in termini di morbilità, mortalità e recupero funzionale, senza contare il prolungamento delle degenze e il maggior tasso di riospedalizzazioni.

A tal proposito la Delirium Unit ha anche lo scopo di ridurre i nuovi casi di delirio attraverso **un'adeguata prevenzione** dei fattori di rischio e attraverso la diagnosi precoce: la strategia più efficace è rappresentata infatti dalla prevenzione.

La geriatria è certamente, nel vasto panorama delle specialità mediche, quella che maggiormente si presta a guidare la gestione di questa complessa e prognosticamente sfavorevole condizione, a causa della formazione culturale del geriatra e della disponibilità di specifici strumenti valutativi e di intervento.

La nostra unità operativa dispone di **tre camere di degenza** (con tre posti letto ciascuna), dotate di un sistema di telecamere a circuito chiuso, i cui monitor di controllo, posti nella guardiola degli infermieri, consentono di tenere sotto controllo i pazienti in esse degenti. Nella Delirium Unit si cerca di ridurre al minimo l'impatto di tutti i fattori che agiscono come favorenti, scatenanti o che tendono a mantenere il delirio una volta insorto.

Ciò passa attraverso l'attuazione di interventi che, oltre a tenere conto degli aspetti più prettamente medici (insufficienza cardiaca, respiratoria, renale, bilancio idroelettrolutitico, infezioni, vasculopatie cerebrali etc.), mirano all'attuazione delle seguenti misure:

- Tempestiva individuazione dei casi di nuova insorgenza, ricerca/trattamento dei fattori causalì e loro controllo nel tempo.
- Accurata e frequente revisione della terapia farmacologica, onde eliminare possibili fattori iatrogeni, cioè dovuti ai farmaci (occorre infatti ricordare che molti farmaci, anche inosservati, soprattutto nell'anziano, possono essere causa di delirio).
- Accurata valutazione del rapporto rischio beneficio di pratiche invasive (es. cateteri vescicali, cateteri venosi centrali e periferici, sbarre di contenzione, sondini nasogastrici e quant'altro, che sovente sono cause scatenanti o aggravanti il delirio).
- Creazione di un ambiente il più possibile rilassante e "familiare": ciò può essere ottenuto mediante il controllo degli orari di accensione delle luci notturne e dell'illuminazione naturale nelle ore diurne, favorendo così il ciclo sonno veglia normale; inoltre mediante l'utilizzo, per i pazienti trasportabili, di una sala ricreativa ove sia favorita la socializzazione e lo svago, anche attraverso l'ascolto di musica che sia in grado di indurre il rilassamento; infine mediante l'adozione, nei limiti del possibile, di orari per le terapie e l'igiene dei pazienti più rispettose dei loro peculiari bisogni.
- Valorizzazione dei caregivers (coloro che si prendono cura dei malati), soprattutto nei casi in cui esista una buona accettazione di questi da parte dei pazienti; ciò passa attraverso il coinvolgimento dei care-givers nell'assistenza durante la fase ospedaliera (es. riorientamento, mobilizzazione precoce e deambulazione assistita, fornitura degli ausili protesi sensoriali se disponibili etc), ma anche in quella extraospedaliera: tale fase rappresenta infatti un punto cruciale, in quanto è soprattutto qui che si ha la possibilità di prevenire le recidive o i nuovi casi nei pazienti a rischio.
- A tale scopo risulta fondamentale la formazione dei familiari/caregivers, cui si cerca di fornire gli strumenti operativi di base per la gestione del delirio attraverso incontri settimanali multidisciplinari con il personale dell'U.O. durante la degenza e mediante la possibilità di partecipazione al corso per la formazione dei caregivers, che si tiene annualmente a cura della nostra U.O.; infine mediante il coinvolgimento pratico nella gestione di alcune situazioni più comuni (cateteri vescicali, sondini naso-gastrici, pannolini, ecc.).
- Attivazione di consulenze psicologiche, soprattutto allo scopo di informare i familiari/caregivers sull'importanza dell'aspetto relazionale nell'insorgenza del

delirio e nella sua gestione.

➤ Ricerca sistematica del dolore: è questo un aspetto spesso trascurato ma estremamente importante nella gestione del delirio, poiché l'esistenza di questo "segno vitale" rappresenta un importante fattore causale/aggravante, ragion per cui esso deve essere attivamente ricerato e prontamente trattato, soprattutto in quei pazienti che presentano difficoltà a riferire tale sintomo (come i pazienti con deterioramento delle funzioni cognitive, per i quali si ricorre a tecniche specifiche).

➤ Ultimi ma non ultimi gli aspetti che riguardano la valutazione dello stato nutrizionale (e la sua pronta correzione se necessario) e quelli del controllo delle funzioni fisiologiche dell'alvo e della minzione, che nell'anziano possono risultare alterati con conseguenze inaspettatamente pesanti sull'insorgenza di delirio.

In questo contesto **si è lasciato per ultimo il ruolo dei farmaci "antidelirio"** poiché essi dovrebbero rappresentare solo l'ultimo baluardo nel trattamento di questa condizione, solo quando, cioè, tutte le altre misure di intervento non siano risultate efficaci. Nell'ambito della Delirium Unit prevediamo l'uso dei seguenti strumenti di registrazione/valutazione:

- MMSE (Mini Mental State Examination)
- Scheda di valutazione del delirio al ricovero, che ha lo scopo di individuare i pazienti a rischio o che presentano indicatori di delirio in atto
- Short-CAM (Confusion Assessment Method), utilizzato per la diagnosi nei casi sospetti
- Scheda degli interventi personalizzati in cui si registrano gli interventi attuati in ogni specifico paziente
- Opuscolo informativo per i familiari/care-givers, che ha lo scopo di informare e sensibilizzare su questa condizione quanti si occupano di anziani.

Infine - conclude il dott. Brunelli - sarebbe auspicabile una **sempre più stretta collaborazione con gli altri reparti di degenza**, in particolare di tipo chirurgico/ortopedico, poiché solo un'azione multidisciplinare e sinergica, a vari livelli nella rete dell'assistenza, da parte di operatori adeguatamente formati e consapevoli può garantire risultati ottimali.

### MODELLO DI GESTIONE DEL DELIRIO

- Drugs (farmaci)
- Emotional (stati emotivi)
- Low oxygen (ipossia)
- Infection (infezioni)
- Retention of urine or stool/Restraints (itenzione urinaria o stipsi/mezzi di contenzione)
- Ictal (eventi cerebrovascolari)
- Undernutrition/Underhydration (malnutrizione/disidratazione)
- Metabolic (alterazioni metaboliche)
- Sleep deprivation (mancanza di sonno)

L'acronimo inglese deliriums aiuta a ricordare i principali fattori in grado di provocare delirio, sui quali è necessario intervenire.

### QUESTIONARIO

Nome ..... Num ..... Sez .....

#### Confusion Assessment Method Diagnostic Algorithm (CAM) (Inouye et al.)

1) Insorgenza acuta e andamento fluttuante. SI  NO

Dato di solito acquisito da un familiare: c'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base? Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica d'intensità?

2) Perdita dell'attenzione. SI  NO

Il paziente presenta difficoltà nel concentrare la sua attenzione, ad esempio è facilmente distraibile, non riesce a mantenere il filo del discorso?

3) Disorganizzazione del pensiero. SI  NO

Il pensiero del paziente è disorganizzato e incoerente, passa da un argomento all'altro senza filo logico, in modo imprevedibile?

4) Alterato livello di coscienza. SI  NO

Il paziente presenta iperallergia, letargia, stupore o coma?

**La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1) e 2) e alternativamente 3) o 4).**

**Diagnosi di delirium SI  NO**



Dr. Demetrio Postacchini

## Montegranaro/Record provinciale dell'Avis Aumentano gli iscritti e i donatori di sangue

È stato un bilancio estremamente positivo quello presentato all'assemblea annuale dei soci dell'Avis di Montegranaro. Il nuovo direttivo, in carica da un anno, ha infatti avuto la soddisfazione di portare a casa **105 nuovi iscritti** (più 31 per cento rispetto al 2009) arrivando a un totale di 436 soci: si tratta dell'**incremento più alto di tutta la provincia di Fermo**. Anche le donazioni hanno fatto registrare un bel più **19,40 per cento**, il risultato migliore a livello provinciale; la situazione finanziaria, poi, incoraggia progetti e investimenti, perché nonostante le molteplici attività del 2010 c'è stato un **avanzo di gestione di più di 9.000 euro**.

Il presidente, Dino Pesci, si dice "molto soddisfatto del lavoro fatto dalle sei commissioni-lavoro e anche dai risultati conseguiti dalla presenza alle più importanti manifestazioni civili e religiose tenutesi a Montegranaro, come il Venerdì Street o la fiera di San Serafino e ai vari appuntamenti delle Avis locali e nazionali, come la festa regionale delle Avis dello scorso dicembre a Loreto". Pesci sottolinea anche l'ottima risposta alle sollecitazioni della popolazione di **Torre San Patrizio**, con l'iscrizione di 19 nuovi donatori, "una premessa impor-



tante - afferma - per istituire nella cittadina una nuova Comunale".

Ambiziosi, ma già in procinto di essere realizzati, gli obiettivi per il 2011: prima di tutto la **creazione di un Gruppo Avis giovani**, dato che il 40 per cento dei nuovi iscritti ha meno di 30 anni e poi un'attività di sensibilizzazione mirata ai circoli culturali e ai gruppi parrocchiali. Altra novità di quest'anno saranno gli "**Avis Point**", cioè espositori di varia grandezza, dove sarà possibile trovare materiale informativo, con una linea grafica coerente, che saranno collocati nei supermercati, negli esercizi commerciali e negli ambulatori medici. Si ripeteranno poi altre manifestazione di particolare successo, come la Giornata del Donatore, la Festa dei diciottenni e le "gite sociali".

**tel. 0734.88337**

**montegranaro.comunale@avis.it**

## INRCA DI FERMO



Dr. Francesca Sorvillo

## L'AMBULATORIO DI ENDOCRINOLOGIA

Dal 2008 è attivo presso l'Inrca di Fermo, un **ambulatorio di Endocrinologia** condotto dalla Dottoressa **Francesca Sorvillo**, specialista in Endocrinologia, Dirigente medico presso l'U.O. di Geriatria, diretta dal Dottor **Demetrio Postacchini**. L'istituzione di questo servizio è nata dalla necessità di gestire le malattie endocrinologiche in ottica prettamente "geriatrica".

Infatti, **svariate patologie del sistema endocrino hanno un'elevata prevalenza nella popolazione anziana, assumendo caratteristiche peculiari rispetto agli individui under-65 anni**. Inoltre, con l'avanzare dell'età si verifica una progressiva riduzione della riserva funzionale dei vari organi ed apparati, che in condizioni di benessere fisico non da manifestazione di sé; cosa che invece si verifica quando in situazioni di stress, come una malattia acuta intercorrente, tutto l'organismo è coinvolto in processi di maggior lavoro metabolico. Pertanto, accade che **in presenza di una malattia endocrina, l'anziano presenta dei sintomi "atipici"** da ricondurre all'organo o apparato maggiormente compromesso. Ad esempio se nel giovane adulto l'ipertiroidismo (aumento degli ormoni tiroidei nel circolo ematico) si manifesta con palpitazioni, dimagrimento, sudorazioni, nervosismo, insonnia, nell'anziano si caratterizza per sintomi molto sfumati, tali da giustificare il termine di ipertiroidismo "apatetico": infatti questa disfunzione tiroidea esordisce con una fibrillazione atriale, spesso asintomatica, visto che il cuore è quasi sempre l'organo più fragile.

Inoltre la capacità di sintesi ormonale delle varie ghiandole endocrine si riduce con l'età; pertanto il confine tra la fisiologia dell'invecchiamento e la patologia è molto sottile. Basti pensare alla riduzione della sintesi dell'ormone della crescita (GH) che contribuisce alla riduzione della massa muscolare e dello spessore cutaneo, alla ridotta secrezione del cortisol (ormone che permette di fronteggiare lo stress) che rende l'organismo più suscettibile alle patologie infettive, alla riduzione della sintesi degli ormoni tiroidei (a cui contribuisce la malnutrizione tipica dell'età avanzata) responsabile del ridotto metabolismo. Se si considera

Fermo/Convegno a Palazzo dei Priori

## Se la natura perde la salute, la perde anche l'uomo

Si terrà il 9 aprile prossimo, presso il Palazzo dei Priori di Fermo a partire dalle 8.30, il convegno **"Ambiente e salute in età pediatrica"**. Promosso dalla Zona territoriale 11 ed organizzato sotto la supervisione della **Dott.ssa Alberta Gentili**, l'incontro, che si svolgerà nell'arco dell'intera giornata, si prefigge l'intento di accrescere la consapevolezza e l'azione responsabile di tutti riguardo l'ambiente che ci circonda e di conseguenza all'influenza che ha quest'ultima nei confronti dei più piccoli. È stato stimato che più di un terzo delle patologie infantili è dovuto a fattori ambientali modificabili; d'altro canto, il pediatra rappresenta di fatto il punto di riferimento per ciò che concerne la salute dei piccoli pazienti. Il convegno vuole dunque presentare questa modalità di intendere la salute, di guardare al futuro e intraprendere un primo passo per favorire l'integrazione tra attività di ricerca, educazione, formazione e comunicazione.

L'incontro oltre che a pediatri, medici, oncologi ed igienisti è rivolto alla popolazione e ai vari comitati e alle istituzioni del territorio sensibili alle problematiche inerenti l'ambiente e la salute. Il programma, diviso in tre distinte sessioni tratterà **diverse patologie infantili** come le cancerogenesi ambientali di tipo atmosferico ed elettromagnetiche, il tutto relazionato e discusso con un numeroso corpo docenti proveniente dalle principali strutture ospedaliere d'Italia.

## Brevi

### Fermo

#### Numero verde per screening oncologici

La Segreteria Organizzativa degli Screening Oncologici Cervice Uterina, Mammella e Colon Retto, (ex Benessere Donna) ha una nuova sede in Fermo Via Zeppilli, 16 - palazzina che ospita il Punto Prelievi, piano secondo. Il precedente numero telefonico (0734.6252693) viene sostituito dal **numero verde 800.18.54.54**. La Segreteria Organizzativa risponde il martedì, mercoledì e giovedì dalle ore 9 alle 11; negli altri orari è attiva una segreteria telefonica.

### Montalto Marche

#### Nuova Sede dell'AVIS

E' stata inaugurata domenica 13 marzo la nuova sede comunale Avis di Montalto delle Marche, sita in Viale dei Tigli n. 95.

Con la prima assemblea degli iscritti è iniziata così formalmente l'attività dell'associazione anche in questo importante centro della Valdaso.

INRCA  
DI FERMOLA DIAGNOSTICA ECODOPPLER SONOGRAFICA CAROTIDEA,  
DEGLI ARTI INFERIORI E MULTIDISTRETTUALE

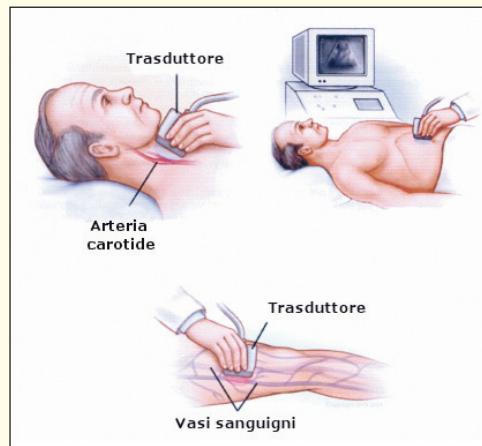
Poco più di 30 anni fa, all'INRCA di Fermo, iniziavano le attività di diagnostica vascolare con gli ambulatori di diagnostica ecodoppler sonografica. Si trattava all'epoca di uno dei primi ospedali d'Italia ad avere strumentazioni di questo genere e la novità proposta destava incredulità e sorpresa in quanto si riteneva praticamente impossibile che una metodica non cruenta potesse esplorare dall'interno i vasi venosi, arteriosi e nel cuore. Le apparecchiature erano gigantesche, arrivando ad occupare un'intera parete e l'esame rivolto ad ogni singolo paziente durava in media due ore. Le immagini dei vasi, anche se in bianco e nero, erano sbalorditive: per la prima volta riuscivamo a vedere le famose "placche arteriosclerotiche" che ostruendo le arterie causavano l'ictus, le gangrene ai piedi ed erano le stesse che nelle coronarie provocavano l'infarto del cuore. Nel corso degli anni molti medici assimilarono la metodica, l'**ecocolordoppler** divenne così l'esame di elezione per effettuare diagnosi di "arteriopatia" ed oggi possiamo parlare di un esame d'uso comune, utilissimo e indispensabile a livello di prevenzione, diagnosi e terapia. Oggi l'esame è eseguito con apparecchiature compatte, talvolta portatili e le immagini sono a colori.

Che cos'è l'esame l'**ecocolordoppler**?

"L'**ecocolordoppler** - ci spiega il Dottor **Demetrio Postacchini**, Direttore di Dipartimento dell'INRCA di Fermo - è un esame diagnostico che utilizza gli ultrasuoni, non pericoloso e molto richiesto dai medici di famiglia e da vari specialisti. Praticato da operatori esperti e con strumenti di alta qualità, ha un alto potere diagnostico per lo studio dei vasi, delle vene e delle arterie e non è assolutamente invasivo. Non sono utilizzati mezzi di contrasto e permette di osservare la morfologia dei vasi venosi ed arteriosi il movimento e la velocità del sangue".

## Per cosa viene usato?

"Il medico specializzato in diagnostica vascolare che effettua l'esame utilizza delle sonde particolari finalizzate allo **studio** dell'apparato cardiaco e vascolare. Viene pertanto valutato lo stato del "lume" delle arterie e delle vene di gran parte del corpo umano. È quindi possibile in questo modo capire se il vaso venoso o l'arteria sono "puliti" o se eventualmente è presente una trombosi, un tromboflebite o una stenosi, cioè il punto in cui il vaso è più ristretto e fa passare il sangue con difficoltà. Inoltre, l'esame dà la possibilità di individuare la presenza di alcuni "depositi" di grasso, calcio e di trombi di sangue nelle pareti interne delle carotidi, cioè le "placche ateromasiche o atero-trombotiche", che sono spesso frequen-



ti nelle persone anziane. Nelle Carotidi se la placca è molto grande e crea una stenosi significativa (più del 70%) e presenta delle caratteristiche morfologiche particolari, il paziente potrebbe avere problemi di tipo ischemico, ictus cerebrale ed episodi tromboembolici. Se la stenosi è significativa e la placca mostra segni di embolizzazione questa può essere asportata attraverso un intervento chirurgico in anestesia generale o locale o può essere fatta con metodi meno cruenti come un'angioplastica (PTA o Percutaneous Transluminal Angioplasty) con successivo inserimento delle molle (stent) che aprono il vaso e mantengono la placca schiacciata a parete. Queste disostruzioni possono essere eseguite non solo nelle carotidi ma in varie parti del corpo".

Quali sono i fattori di rischio che danno indicazione ad eseguire l'esame?

"L'esame è consigliato in particolar modo a pazienti a rischio di atherosclerosi e conseguentemente di malattie cerebro e cardio vascolari, che sono più frequenti in soggetti anziani (L'incidenza di avere l'**aterosclerosi**" aumenta con l'avanzare dell'età ed è maggiore negli uomini), in chi ha l'**ipertensione arteriosa**, in chi fuma, in chi ha elevati valori di colesterolo nel sangue, in chi è obeso e fa vita sedentaria, in chi ha il **diabete**, in chi ha una predisposizione ereditaria (chi ha quindi parenti prossimi colpiti da malattie vascolari multidistrettuali), in chi ha una **fibrillazione atriale** (in questi casi si può vedere un trombo a rischio emboligeno nell'atrio sinistro del cuore **con l'ecocardiografia trans toracica e anche l'ecocardiografia intraesofagea**). L'esecuzione dell'esame agli arti inferiori è inoltre indicato nel caso in cui il paziente presenti arrossamento degli arti, gonfiore, dolore molto forte alle gambe, sia a riposo sia mentre è in movimento (es. mentre cammina), quando si sospetta di un arteriopatia è sempre consigliabile fare non solo "l'**ecocolordoppler** degli arti inferiori" ma anche un "ecocolordoppler addominale" per escludere stenosi o aneurismi (molto pericolosi e spesso silenti) delle arterie addominali; quest'ultimo esame si esegue possibilmente a digiuno dopo una buona toilette intestinale. Negli arti inferiori è sempre utile esaminare sia il distretto arterioso sia quello venoso per dare una giusta terapia e utilizzare anche una terapia elastocompressiva. La valutazione "dell'**ecocolordoppler** dei vasi epiaortici o carotidi" dovrebbe essere integrata sempre con l'esame "ecocolodoppler Transcranico (TSC) o intracranico" per valutare anche la circolazione intracranica (arterie cerebrali medie ed anteriori e tronco basilare) per eventuali stenosi, aneurismi, malformazioni artero-venose ed embolizzazione (ecodoppler trascranico contaembo). Questi esami dovrebbero essere richiesti in pazienti con fattori di rischio sia a scopo preventivo sia nel

caso presentino sintomi specifici neurologici (attacchi ischemici transitori o più comunemente chiamati in inglese TIA, ictus, vertigini persistenti, turbe visive ecc...).

L'**ecocolordoppler** può essere utilizzato anche per diagnosticare un varicocele (ecocolordoppler scrotale) o nella Disfunzione Eretille (Ecocolordoppler peniano) e molti altri distretti vascolari".

Ci sono dei rischi nell'effettuare l'esame?

"Gli effetti collaterali e i rischi nel fare l'esame sono praticamente nulli. L'esame è innocuo, non invasivo, non necessita di alcuna particolare preparazione. Ci sono però dei limiti, perché con quest'esame non è possibile visualizzare e analizzare tutti i vasi. In quel caso, occorre eseguire esami diversi, come ad esempio l'angiografia, angio TAC e Angio RMN".

## Quando eseguire l'esame?

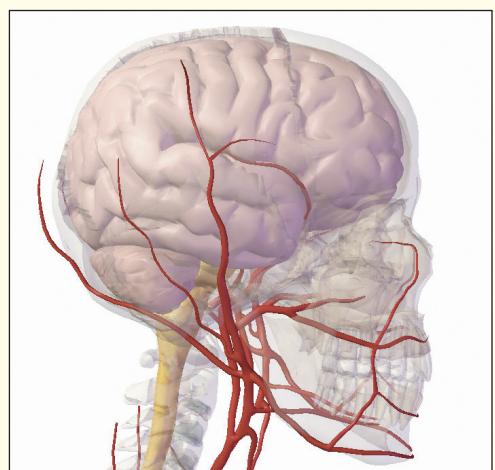
"Normalmente, i soggetti che non hanno fattori di rischio e non hanno sintomi non hanno la necessità di eseguire l'esame. Le persone che hanno un significativo rischio vascolare potrebbero già fare il primo esame intorno ai 40-50 anni di età. L'esame è utile nel monitoraggio soprattutto nei pazienti che hanno già avuto una patologia vascolare (ictus, Infarto del miocardio ecc..). Anche in base ai risultati osservati, il medico specialista o il Medico di famiglia potranno consigliare dei controlli a distanza di tempo (6 mesi, un anno o più). Se con il primo accertamento non si osservano problemi particolari, chi non presenta fattori di rischio o una particolare sintomatologia non deve ripetere l'esame a distanza di poco tempo".

Alcune note ed indicazioni da tenere in mente.

"E' certo che per migliorare notevolmente la nostra qualità di vita, e non solo allungarla, bisognerà ritornare su un'appropriata diagnosi preventiva e sul controllo dei fattori di rischio vascolare per diminuire le patologie che non sono solo le più frequenti cause di morte ma anche di disabilità.

Se da una parte è utile monitorare con "l'**ecocolordoppler**" i danni arterioscleroti per adottare strategie di prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardio e cerebro vascolari, nel contempo si dovrebbe ridurre l'utilizzo di questi esami per non incrementare le già lunghe liste d'attesa e favorire i pazienti che hanno una reale necessità. Se i fattori di rischio evitabili o curabili (fumo, colesterolo, ipertensione arteriosa, diabete, obesità) sono sotto controllo i tempi per ripetere l'esame ecocolordoppler possono essere tranquillamente più lunghi.

Approfitto di questo spazio per un doveroso ringraziamento alla **Fondazione Carifermo** che, in tutti questi anni, ha sempre collaborato e contribuito per dare l'eccellenza tecnologica all'INRCA e alla Sanità Fermana".



Dr. Demetrio Postacchini

## Longevità/A Comunanza due sorelle di 112 e 104 anni Donne marchigiane da record

Il primato delle tre ultracentenarie di Comunanza conferma il record delle donne marchigiane che sono le più longeve d'Italia e d'Europa con una **media di 85,5 anni**.

E' il commento della Coldiretti all'iniziativa organizzata nel centro dei Sibillini dove recentemente è stato presentato il **menu di Santina e Carolina**, le due sorelle rispettivamente di **112 e 104 anni** che hanno fatto di Comunanza il centro della longevità.

Secondo gli ultimi dati Istat relativi agli indicatori demografici nel nostro paese per il 2010, le marchigiane conquistano il primato sia a livello nazionale, davanti a Provincia di Bolzano, Provincia di

Trento e Trentino Alto Adige (tutte con 85,3 anni), sia comunitario, superiori a francesi (85) e spagnole (83,8).

Gli uomini si piazzano, invece al secondo posto in entrambe le classifiche, con un'aspettativa media di vita di 80 anni. Meglio di loro solo i bolzanini (80,2), mentre al terzo posto c'è la Toscana (terza 79,9).

La media italiana è, invece, di 84,3 anni per le donne e di 79,1 per i maschi.

Primi che, secondo Coldiretti, confermano che il segreto della longevità è strettamente legato alla **connotazione rurale della nostra regione**, dove il 65% del territorio è gestito dalle imprese agricole.



Ma alla base del record delle donne marchigiane c'è anche uno stile di vita sano con un'alimentazione ancora legata ai prodotti del territorio e fondata sui principi della dieta mediterranea, recentemente riconosciuta come patrimonio immateriale dell'Unesco.

## Prepararsi per la prova costume

L'estate è ormai alle porte e molte di noi sono già alle prese con i preparativi per la prova costume. I rischi nei quali si può incorrere per "il panico da prova costume" è quello di affidarsi a diete fai da te e non avvalersi della consulenza di un professionista. Conseguenze di comportamenti alimentari errati si riflettono in una rapida perdita di peso e l'innesto del meccanismo definito "sindrome dello yo-yo"; dopo ripetute riduzioni del peso corporeo segue un rapido recupero, quindi il peso sale e scende proprio come uno yo-yo.

I chili persi si riacquistano velocemente e questi sono prevalentemente di massa grassa e soprattutto grasso viscerale che determina un incremento della circonferenza addominale con conseguenze dirette sull'aumento del colesterolo, trigliceridi e pressione arteriosa quindi, elevato rischio di diabete, dislipidemie, cardiopatie. Un aumento della circonferenza vita superiore a 102 cm nell'uomo e 88 cm nella donna è correlato a questo tipo di patologie. Non commettere l'errore di eliminare carboidrati ed affidarsi a diete iperproteiche, spesso suggerite da istruttori fitness, e considerate valido e salutare rimedio per stare in forma.

Dobbiamo ricordarci che il sovraccarico proteico che ne deriva danneggia il rene, costretto ad un intenso lavoro per l'eliminazione di scorie azotate. Quindi, questo tipo di diete va seguito con cautela, in quanto se condotto in modo non controllato può comportare dei rischi, tra i quali perdita di tessuto osseo e calcoli renali. I carboidrati non devono essere esclusi dalla nostra alimentazione: il cervello ricava la maggior parte della sua energia dal glucosio. Il segreto è nell'associazione lipidi-glucidi: i grassi, infatti riducono il carico glicemico dei carboidrati, se proposti nello stesso pasto e secondo modalità di cottura ben precise.

Consumare carboidrati consente di utilizzare le proteine della dieta in senso anabolico, ovvero, per costruire le strutture muscolari, in modo da preservare la massa magra e ridurre la massa grassa.



Per bruciare i grassi, quindi, non è necessario eliminare pane, pasta e olio. Durante la bella stagione fondamentale mantenere un buon equilibrio idro-elettrolitico. Attenzione all'assunzione di quantità eccessive di acqua. L'aumento non richiesto della quota idrica costringe il rene a un lavoro non fisiologico infatti, l'inutile incremento della diuresi provoca solamente una perdita di elettroliti organici in modo improprio. Il nostro organismo, in condizioni fisiologiche, è predisposto a reintegrare le sue perdite liquide a partire prevalentemente dall'acqua contenuta negli alimenti; aumentare quindi la quantità di frutta e verdura indispensabili per l'apporto di abbondante acqua di vegetazione e antiossidanti, preziose sostanze capaci di combattere l'azione dei dannosi radicali liberi. Quindi largo consumo di "frutta viola", prugne nere, uva nera, mirtillo, more, seguita dalla "frutta rossa". Ecco perché si raccomanda di "colorare" il menù giornaliero con 5 porzioni di frutta e verdura: viola, rossa, arancione, ma anche bianca e verde. Altro prezioso alleato il thè, da preferire il thè verde, una bevanda a base di polifenoli ed in particolare l'epigallocatechina-3-gallato (EGCG) potente antiossidante e depurativo inibisce la crescita tumorale riducendo la vascolarizzazione del cancro. Fondamentale l'attività fisica, anche una camminata a passo svelto all'aria aperta che, oltre ad apportare benefici a livello cardiovascolare e tonificare, migliora l'umore.

Nutrizionista

Dott.ssa Marinelli Angela

Riceve negli studi di:

Fermo e San Benedetto del Tronto  
Per appuntamenti: tel. 349.2994411

## INRCA DI FERMO

## GRUPPO DI AUTO-MUTUO-AIUTO PER I FAMILIARI DEI MALATI DI ALZHEIMER

Anche all'INRCA di Fermo, presso la U.O. di Geriatria diretta dal dott. Demetrio Postacchini, partiranno dei **gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (AMA)** interamente gratuiti per i familiari di anziani fragili e con demenza di Alzheimer, gestito dagli psicologi **d.r.ssa Cinzia Giulì e dott. Sandro Castelli**. L'iniziativa partirà in concomitanza dell'inizio dei corsi della Scuola di Assistenza Familiare, un progetto formativo che vede la stretta collaborazione dell'INRCA e della Provincia di Fermo.



Dott. Sandro Castelli

### L'anziano con demenza

**La demenza di Alzheimer** è una malattia degenerativa che generalmente si manifesta con un inizio subdolo: la persona comincia a dimenticare alcune cose, con sporadici disorientamenti, fino ad arrivare al punto in cui ha bisogno di aiuto anche per le semplici attività quotidiane. Nel nostro Paese, la famiglia rappresenta attualmente la maggiore fonte di assistenza rivolta all'anziano fragile e con demenza. L'assistenza continua può causare profonde ricadute nella qualità della vita dell'anziano e, in particolare, di chi si prende cura di lui. Gestire una persona colpita dall'Alzheimer significa spesso non avere tempo libero e da dedicare alla vita sociale, significa ridurre o perdere le amicizie e significa anche affrontare giorno dopo giorno il cambiamento psico-fisico del proprio caro senza poter far niente per fermarlo.



Dott.ssa Cinzia Giulì

dove affrontare le proprie incertezze, insicurezze e potenziare le proprie risorse e fiducia in se stessi. È un'esperienza che vede le persone impegnate per il proprio e l'altrui benessere, promuovendo le reciproche potenzialità, attraverso l'ascolto e il rispetto di ognuno. I gruppi prevedono la presenza di psicologi, un'assistente sociale, medici, che regolano lo scambio delle esperienze e valorizzano gli aspetti utili al gruppo.

Gli incontri saranno istituiti come "piccoli laboratori di vita vissuta o che si sta vivendo", di piccole dimensioni (8/10 persone). **Gli incontri si svolgeranno con cadenza quindicinale**, disponendosi tutti in cerchio per favorire la comunicazione e per sottolineare l'uguaglianza di tutti i partecipanti. **La partecipazione è libera e gratuita** e partirà nel mese di maggio.

Per qualsiasi informazione e/o adesione al gruppo contattare:

Dr.ssa Cinzia Giulì e il Dr. Sandro Castelli  
Psicologi-Psicoterapeuti  
Unità Operativa di Geriatria - I.N.R.C.A.  
C.da Mossa - 63023 FERMO  
tel. 0734.231367  
c.giuli@inrca.it ; sancast2004@libero.it

## Brevi

### Porto Sant'Elpidio

Corva, nuova strada

E' stata inaugurata la **nuova strada di collegamento** tra la frazione Corva e il centro che sarà a servizio della cittadinanza per la durata dei lavori di ampliamento della galleria Corva dell'A14, che comporteranno la provvisoria chiusura al traffico di Via Monte Grappa. Per entrare e uscire dalla frazione Corva quindi gli automobilisti devono percorrere questa nuova strada che, passando sotto al ponte dell'autostrada A14, attraversa in lunghezza il Fosso dell'Albero per poi terminare all'imbocco di Villa Murri. Da qui il traffico sarà poi convogliato in Via San Giovanni Bosco. Vista la chiusura temporanea al traffico di Via Monte Grappa, è stata anche predisposta una nuova uscita della scuola media Galileo-Galilei.

## Scuola/Firmato un protocollo d'intesa Prevenire i disturbi dell'apprendimento

Giovedì 12 maggio, presso la Sala Consiliare della Provincia di Fermo, alla presenza del Presidente Fabrizio Cesetti e dell'Assessore alla Pubblica Istruzione Giuseppe Buondonno, è stato sottoscritto un **protocollo d'intesa** che mira ad assicurare il coordinamento delle azioni, a determinare i tempi, le modalità, i reciproci obblighi e garanzie relativamente alla programmazione e all'attuazione di azioni positive volte a prevenire ed a **contrastare i disturbi specifici (DSA) e aspecifici (AREA ex Legge 104/92)** dell'apprendimento negli alunni che frequentano le scuole di ogni ordine e grado.

Il progetto, della durata di 3 anni, vede come attuatori, oltre alla stessa Provincia, gli Ambiti Sociali Ambiti Sociali XIX, XX, XXIV, l'ASUR Marche - Zona Territoriale 11 di Fermo, l'ASUR Marche - Zona Territoriale 13 di Ascoli Piceno, l'IPSI "O. Ricci" di Fermo (Centro Territoriale per l'Integrazione) e l'Associazione Italiana Dislessia - Sezione di Fermo.

Nella Zona Territoriale 11 i DSA coinvolgono circa il **5% della popolazione scolastica** (come emerso dallo screening illustrato dal Dottor Maurizio Micozzi), mentre le disabilità riconosciute con un'incidenza del disturbo aspecifico sono in linea con il dato nazionale, pari al 2,3% della popolazione scolastica. Per questo l'impatto che un DSA ha sulla vita dello studente e della sua famiglia, anche in relazione alle difficoltà psicologiche, richiede appropriati interventi di supporto.

Nello specifico, il progetto cercherà di prevenire e contrastare i disturbi dell'apprendimento con azioni volte ad informare i destinatari sulle caratteristiche



di tali disturbi, attraverso materiale di approfondimento e ampliamento delle risorse presenti nel territorio; inoltre, si cercherà di **offrire una consulenza psicologica ed una formazione specifica ad operatori, docenti, genitori ed educatori**.

Gli utenti saranno i minori che frequentano centri e scuole dell'infanzia, gli studenti delle scuole primarie e secondarie, gli educatori ed il personale addetto ai servizi per la prima infanzia, gli insegnanti delle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie, ed i genitori degli alunni appartenenti ad ogni ordine e grado di scuola. Nel corso di ripetuti incontri ed occasioni di confronto, l'Assessorato alla Cultura e Beni Culturali - Pubblica Istruzione - Immigrazione della Provincia di Fermo assume nell'ambito di questo protocollo d'intesa l'impegno a mettere in rete le attività dei vari partner territoriali, sostenendo la prosecuzione dell'attività dello Sportello SIDA, già attivo presso l'Istituto I.P.S.I.A "O. Ricci" di Fermo.

## M. Urano/Adesione al Progetto M.G.G. Nuovo veicolo per disabili

L'Amministrazione Comunale di Monte Urano, per iniziativa dell'Assessorato ai Servizi Sociali, ha aderito al **"Progetto Mobilità Garantita Gratuitamente"**, basato sull'iniziativa della "Società MGG" (Mobilità Gratuita Garantita, appunto), la quale offre ai Comuni, con modalità assolutamente inedite nel panorama italiano, la possibilità di dotarsi di mezzi idonei alle esigenze di mobilità dei cittadini più disagiati, mediante il reperimento di pubblicità da parte di Aziende locali.

In base al contratto stipulato con la MGG Italia, il Comune di Monte Urano ha ricevuto in comodato gratuito un **nuovo veicolo attrezzato per disabili** marca Fiat modello Scudo 9 posti, con elevatore omologato per il trasporto di una sedia a rotelle, che i Servizi Sociali, tramite alcuni cittadini iscritti all'Albo comunale del volontariato, utilizzeranno per il trasporto di persone svantaggiate quali anziani, disabili e comunque coloro che abbiano difficoltà motorie per ragioni fisiche, psichiche, sociali o familiari. La MGG Italia provvede all'acquisto dell'autoveicolo finanziandolo con la raccolta di inserzioni pubblicitarie delle aziende del territorio, che saranno collocate sulla carrozzeria del mezzo; si farà analogamente carico di tutti gli oneri relativi alle spese di assicurazione, tassa di circolazione e manutenzione del mezzo, mentre a carico del Comune saranno le spese relative al carburante.

*"La decisione di attivare l'accordo è stata adottata tenendo conto delle ampie referenze fornite dalla "MGG Italia", che ha già attivato analoghe collaborazioni sul territorio nazionale, per una azione complessiva documentata"*, sottolinea Raffaele Di Pancrazio, che ne è il Procurettore per il Centro-Sud dagli oltre 1.100 mezzi forniti ad Enti Locali. Il Comune sta dando ampio risalto all'iniziativa, in particolare presso gli operatori economici, affinché possano conoscere ed adeguatamente apprezzare lo spirito che anima la MGG nel perseguire il "Progetto di Mobilità Garantita Gratuitamente".

**INRCA  
DI FERMO**

### SERVIZIO DI LOGOPEDIA PER LA RIABILITAZIONE DELL'AFASICO E IL RECUPERO DEI PAZIENTI CHE PRESENTANO DISFAGIA

**Da qualche anno all'INRCA di Fermo è presente un servizio di Logopedia gestito dalla dr.ssa Cristina Capparelli e che fa capo all'U.O di Riabilitazione diretta dal dr. Valerio Moretti. Un servizio che si occupa della riabilitazione dell'Afasico e del recupero funzionale dei pazienti che presentano Disfagia. Il laboratorio è attivo in maniera intradipartimentale e opera anche per tutti i pazienti esterni. Un servizio molto importante per chi ha bisogno di recuperare la parola e di controllare i disturbi della deglutizione.**

**Che cos'è la Disfagia?** Per Disfagia si intende la difficoltà a progredire il cibo dal cavo orale allo stomaco. L'incidenza interessa circa il 20% della popolazione, maggiore è nei pazienti anziani, poiché l'invecchiamento può provocare l'indebolimento dei muscoli della maschera, la perdita dei denti, disfunzioni dell'odorato e del gusto, e una ridotta salivazione. Inoltre, i pazienti anziani sono maggiormente soggetti a disturbi come demenza, malattia dei motoneuroni, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, cancro e ictus, condizioni che possono provocare l'indebolimento del processo di deglutizione. Più di 100 pazienti ogni anno presso l'INRCA di Fermo nei Reparti di Geriatria Cardiologia e Riabilitazione vengono sottoposti a scrupoloso screening, riabilitazione ed addestramento al fine di evitare conseguenze gravi come denutrizione, disidratazione, infezioni dell'apparato respiratorio per ingestione di cibo, soffocamento per cibo che va nei polmoni.

#### La disfagia come si manifesta?

**Con segni diretti:** tosse, raschiamenti di gola, come un'incapacità a preparare il bolo alimentare e/o a farlo procedere dal cavo orale all'esofago e da

llo allo stomaco, come una compromissione di una o più fasi della deglutizione.

**Con segni indiretti** voce gorgogliante dopo deglutizione, calo di peso, febbre colica ogni giorno senza cause evidenti, ripetute infezioni delle vie respiratorie che possono arrivare fino alla polmonite ab ingestis (causata dalla presenza di residui alimentari nei polmoni).

La difficoltà nella deglutizione si può presentare per cibi solidi, liquidi o per entrambi.

#### Quali possono essere le conseguenze?

Ridotto introito alimentare: con aumento del rischio di malnutrizione e disidratazione.

Aspirazione: aumento del rischio di infezioni bronco polmonari ab ingestis e aumento della mortalità

Compromissione della qualità di vita: fino all'involuzione psicofisica globale.

#### Quali sono i segni e i sintomi principali di Disfagia?

Tosse durante e dopo deglutizione, debolezza/assenza della tosse, assenza di deglutizione volontaria, eccessiva lentezza nell'assunzione dei cibi, inappetenza, presenza di residuo di bolo nella bocca dopo deglutizione, rialzo della temperatura, cambiamento del tono della voce, frequenti infezioni polmonari, schiarimenti di gola frequenti, lingua protusa, sciarorea, residuo di cibo nella regione orale.

**Cosa deve osservare un caregiver durante il pasto?** Lentezza, difficoltà o ritardo nel deglutire, incoordinazione tra masticazione e deglutizione, ristagno di cibo nella cavità orale, tosse durante e dopo deglutizione del bolo, voce rauca o umida dopo assunzione di bolo, affaticabilità dopo il pasto, cambiamento del respiro.

**Cosa fare?** Rivolgersi subito al proprio medico curante. Il medico curante dopo aver raccolto un'anamnesi accurata sulla situazione remota ed attuale indirizza il paziente ad uno specialista (otorinolaringoiatra, fisiatra, logopedista, neurologo, fisiatra, fisioterapista, nutrizionista, dietista...) Visita fisiatrica /foniatrica per osservare le strutture anatomiche che partecipano alla fase faringea ed esofagea della deglutizione. Esame strumentale (video fluoroscopia, FEES) La valutazione logopedica dettagliata con particolare attenzione alle funzioni orali, faringeo e

respiratorie, somministrazione di test specifici al fine di stabilire il grado Disfagia.

#### Quali sono gli obiettivi generali in un paziente Disfagico?

Stabilire il grado di Disfagia con conseguente modificazione del comportamento alimentare, tecniche per la deglutizione, per favorire la velocità del movimento e modificare i meccanismi di deglutizione, per facilitare il passaggio del bolo. Intraprendere Riabilitazione logopedica con lo scopo di raggiungere una deglutizione funzionale garantendo un'adeguata nutrizione ed idratazione (a seconda del livello di gravità della Disfagia la dieta può modificarsi da solida, semisolida, semiliquida a liquida). Addestramento dei familiari sulle consistenze adeguate degli alimenti Posture facilitanti, manovre di sicurezza Corretta somministrazione dei farmaci.

#### Quali sono i consigli generali?

Il paziente non deve parlare durante l'assunzione di cibo, controllare la postura del paziente, somministrare piccole quantità di cibo, eseguire subito dopo deglutizioni a vuoto o colpi di tosse, saper effettuare manovre di



Dott.ssa Cristina Capparelli

emergenza in caso di soffocamento.

Quando il meccanismo di deglutizione dei liquidi è compromesso si possono utilizzare addensanti che rendono facile e sicura la gestione.

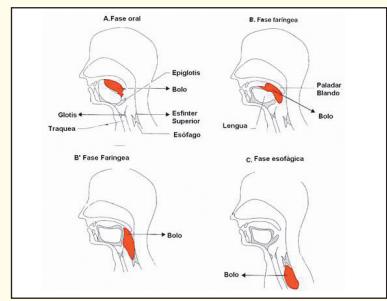
*In conclusione la gestione del paziente disfagico richiede solo attenzione, esistono operazioni semplici, ingredienti di uso comune che ci consentono di superare gli ostacoli e di mangiare bene senza pericolo.*

#### I CIBI SCONSIGLIATI IN CASO DI DISFAGIA MODERATA

**CEREALI:** no a pane, grissini e tutte le preparazioni friabili  
**CARNI:** no a carni filamentose  
**PESCE:** no a pesci con lische  
**FORMAGGI:** no a formaggi appiccicosi come stracchino, formaggi filanti come mozzarella, no a formaggi stagionati  
**UOVA:** no a frittate e a uova sode  
**LATTE E YOGURT:** no a latte liquido, no a yogurt a pezzi  
**VERDURE:** no a verdure crude o cotte a pezzi  
**LEGUMI:** no a legumi interi  
**MINESTRE/ MINESTRONI A PEZZI:** a doppia consistenza  
**PATATE:** no a patate fritte e alle cotture che le rendono friabili  
**FRUTTA:** no a frutta fresca a pezzi o intera  
**DOLCI:** no a caramelle dure o gommosse a tutti i dolcificabili e a gelati  
**LIQUIDI**

#### I CIBI CONSIGLIATI IN CASO DI DISFAGIA MODERATA

**CEREALI:** i cereali possono essere frullati e ridotti in crema  
**CARNI:** devono essere tenere e non filamentose e devono essere frullate o omogeneizzate  
**PESCE:** i pesci possono essere privati di lische e possono essere frullati o omogeneizzati  
**FORMAGGI:** si a formaggi freschi e compatti mentre i formaggi duri possono essere grattugiati ed aggiunti a creme e vellutate  
**UOVA:** possono essere usate come aggiunta o come preparazione di creme  
**LATTE E YOGURT:** latte da utilizzare con aggiunta di addensante  
**VERDURE:** no a verdure filamentose si a verdure cotte al vapore e frullate  
**PATATE:** lessate poi ridotte in pure  
**DOLCI:** creme, budini  
**LIQUIDI ADDENSATI**



## Parola di esperto/Il commercialista

### MANOVRA 2011-2014. I PUNTI SALIENTI

Stop alla rivalutazione delle pensioni più ricche, innalzamento "soft" per le donne, superbollo sulle auto di lusso, proroga di un anno del blocco del turnover pubblico. Giallo sul taglio agli ecoincentivi.

La manovra 2011-2014 dovrà, nelle intenzioni del governo, portare il bilancio dello Stato al pareggio. Ma è subito "giallo" sul tagli agli incentivi in bolletta per chi opta per le energie rinnovabili. In attesa di conoscere i dettagli del testo, articolato in 39 articoli e due allegati, queste sono a grandi linee le misure contenute nella manovra. **Stop alla rivalutazione automatica delle pensioni più alte.** Non saranno rivalutate le pensioni che superano di cinque volte il minimo (di poco superiore ai 516 euro). **Aumento età pensionabile donne.** L'età per andare in pensione delle lavoratrici del settore privato sarà innalzato solo a partire dal 2020. Da quella data, l'aumento sarà di un mese ogni anno, fino a raggiungere il tetto dei 65 anni nel 2032. **Superbollo auto di lusso.** Verrà applicata una sovratassa da 10 euro per ogni chilowatt di potenza oltre i 225. **Aumenta l'Irap per banche e assicurazioni.** L'entità dell'imposta dello 0,75%, passando al 4,65% per le banche e al 5,90% per le assicurazioni. La sua rimodulazione sostituisce la tassazione separata al 35% sugli utili da trading bancario. **Pubblico impiego.** Viene prorogato di un anno il blocco del turnover nel settore pubblico. Fanno eccezione i dipendenti dei corpi di poli-

zia e del corpo nazionale dei vigili del fuoco. Confermato il congelamento degli aumenti degli stipendi fino al 2014 e il rigore sulle visite fiscali in caso di assenza, già dal primo giorno. **Costi della politica.** Sarà tagliato del 10% il finanziamento ai partiti, con una riduzione complessiva del 30%. Gli **stipendi dei politici** saranno portati al livello degli standard europei. Le "auto blu" non potranno superare i 1.600 cc di cilindrata e i "voli di Stato" saranno appannaggio solo delle alte cariche. **Election Day.** A partire dal 2012 sarà obbligatorio accorpare le date delle elezioni, ma la norma non si applicherà ai referendum. **Tagli a Enti e Authority.** Dal 2012 verranno ridotti del 20% gli stanziamenti per il Consiglio superiore della magistratura - con il quale il governo ha più volte polemizzato in passato - Cnel, Authority (Antitrust, Comunicazioni, Consob...) e Corte dei Conti. **Deposito titoli.** A partire dal 2013, il bollo applicato alle comunicazioni relative ai depositi di titoli inviati dagli intermediari finanziari potrà salire fino a 380 euro per i depositi il cui valore è superiore a 50 mila euro. Si passa da 10 euro mensili a 120 annuali. Dal 2013 poi per gli importi sotto i 50 mila euro si andrà dai 12,50 euro mensili ai 150 annuali e per quelli sopra i 50 mila euro dai 31,66 mensili ai 380 euro annui.

Dott. Roberto Cippitelli  
Dottore Commercialista – Revisore Contabile  
tel e fax 0734.225175  
[robertocippitelli@studiocippitelli.it](mailto:robertocippitelli@studiocippitelli.it)

## Provincia/Decisione della Giunta Nessun aumento della R.C. Auto

Importante scelta dell'amministrazione provinciale targata Fabrizio Cesetti che decide di **non aumentare l'aliquota della tassa dovuta dagli automobilisti sui premi per le assicurazioni degli autoveicoli**, a differenza di quanto fatto finora da tante altre Amministrazioni provinciali italiane. Una possibilità contenuta nel Decreto legislativo n.68 del 6 maggio 2011 che prevede, appunto, la facoltà per le stesse Amministrazioni provinciali di aumentare l'aliquota sulla R.C. Auto.

"Siamo convinti che, pur nella gravità della situazione finanziaria in cui siamo costretti ad operare - affermano il Presidente Cesetti e l'Assessore al Bilancio Offidani -, non si possano chiedere ulteriori sacrifici alle famiglie ed ai cittadini di questo territorio, già duramente provati dalla crisi". Cesetti e Offidani sottolineano come, **già nel 2011, l'attività amministrativa risulti fortemente condizionata** dai tagli ai trasferimenti statali da parte del Governo, dalla conseguente contrazione di quelli regio-



nali, dalla crisi delle vendite del settore automobilistico, dal minor consumo di energia elettrica e dalle spese connesse ai danni dell'alluvione del marzo scorso, una situazione che non vede ancora alcun fondo stanziato da parte dello Stato e della Regione.

"Il mantenimento dell'aliquota attuale - concludono - comporterà ovviamente **un taglio della spesa corrente, con ripercussioni su alcuni servizi** di competenza dell'Ente provinciale. Un sacrificio necessario, che cercheremo però di attenuare proseguendo con le stesse modalità che hanno caratterizzato fino ad oggi la nostra azione, ovvero un uso quanto mai accorto e parsimonioso delle risorse disponibili".

## INRCA DI FERMO

### IL DOLORE CRONICO NELL'ANZIANO

**La legge del 15 marzo 2010 colma un grave carenza della sanità italiana che è quella di occuparsi poco del "dolore". La legge interviene quindi per regolamentare obbligatoriamente la diagnosi, la gestione, la formazione e l'informazione di tutto il personale sanitario. Ogni Regione produrrà le linea guida procedurali per la gestione sanitaria del "dolore" e fornirà le risorse necessarie per realizzarne il processo. "L'INRCA senza dolore" è il dipartimento funzionale trasversale tra gli Istituti dell'INRCA di Italia, che si propone di effettuare un'integrazione con tutte le unità operative, i professionisti e i Medici di Medicina Generale locali che si occupano di questa malattia denominata "Dolore", ed in particolare di quello percepito dall'anziano.**

#### Cos'è il dolore?

Il dolore è un sintomo molto frequente negli anziani, con un notevole impatto sulle persone, sulla società e sul sistema sanitario. Gli anziani sembrano essere la fascia della popolazione maggiormente esposta ad un inadeguato controllo del dolore, in particolare perché hanno difficoltà ad esprimere i propri bisogni o pensano che il dolore faccia parte integrante del processo di invecchiamento. La prevalenza del dolore cronico corrisponde ad alte percentuali della popolazione con più di 64 anni, raggiungendo valori ancora maggiori tra gli anziani con più di 75 anni. In particolare, sembra che la causa maggiormente responsabile sia dovuta alle patologie muscolo-scheletriche, che aumenta con intensità e frequenza con l'età, colpendo maggiormente le donne rispetto agli uomini. In particolare, il dolore cronico muscolo-scheletrico costituisce un **importante fattore di disabilità per l'anziano**. Gran parte delle patologie collegate all'età, come le patologie cerebrovascolari, i disturbi cardiaci, l'artrosi, ecc... sono per sé stesse dolorose, tanto da

poter dire che l'anziano non ha una singola condizione dolorosa. In questi casi, occorre considerare la "sommatoria algica". Spesso, il personale di assistenza di tipo medico e infermieristico non ha una specifica competenza e formazione professionale nel prestare la giusta attenzione al dolore dell'anziano. Diviene quindi essenziale una **valutazione interdisciplinare e multidimensionale** dell'anziano complesso, per effettuare interventi di trattamento dal punto di vista medico, farmacologico, riabilitativo, psicologico e sociale, anche attraverso l'uso di strumenti di rilevazione specifici.

**Il dolore coinvolge la totalità della persona, tra cui gli aspetti psicologici, sociali ed economici**

Il dolore può essere considerato un vero e proprio fenomeno multidimensionale, in quanto comprende una varietà di fattori, tra cui quelli psicologici, sociali, economici, provocati dalla sintomatologia dolorosa. La difficoltà del movimento può provocare la **perdita di funzionalità, l'aumento del rischio di sindrome di allettamento o di cadute, l'insorgenza di disturbi del ritmo sonno-veglia, la diminuzione dell'appetito, Il rischio di dipendenza dai farmaci**.

La presenza di dolore è anche particolarmente correlata ad un'alta prevalenza di disturbi dell'umore: più del 50% circa degli anziani con dolore cronico presenta **depressione maggiore**, con una più elevata incidenza nelle donne rispetto agli uomini. A volte, l'anziano non riferisce i suoi disturbi a causa del timore che non vengano presi in sufficiente considerazione dal medico. Psicologicamente, un aumentato senso di ansietà e paura direttamente collegato al dolore può provocare la frustrazione dovuta alla propria condizione, che spesso conduce alla depressione con **riduzione significativa della qualità della vita**.

Gli anziani con demenza **non sono meno a rischio** di avere condizioni patologiche dolorose rispetto ai non dementi, sebbene abbiano spesso la difficoltà nell'esprimere le proprie sensazioni dolorose. Una delle cause principali riguarda la difficoltà di valutare in modo oggettivo, tramite strumenti adatti, il dolore riportato dai pazienti con deficit cognitivo. Data questa difficoltà, è necessaria la capacità di un osservatore esterno di valutare il dolore dell'anziano con demenza utilizzando alcuni indicatori, come la posizione corporea, la respirazione difficoltosa, la tensione e la rigidità muscolare, l'atteggiamento di paura o tristezza, i lamenti e lo stato di agitazione psico-motoria. La **presenza di un caregiver attento** diviene indispensabile per registrare e riferire, a chi dispensa le cure, tutte le manifestazioni che siano potenziali indicatori di dolore fisico.

Dal punto di vista sociale, questi rischi possono far insorgere **l'isolamento sociale e una dipendenza eccessiva dal caregiver, con conseguente peggioramento dell'autonomia per l'anziano e l'aumento di costi "umani" che gravano sulla famiglia**.

I risultati delle ricerche sul dolore cronico dell'anziano hanno evidenziato una carenza di politiche nazionali rivolte alle esigenze dei soggetti con dolore cronico e alle loro famiglie. **La legge 38 del 15 marzo 2010 è una ottima legge che colmerà molte lacune.**

#### Problemi principali che l'INRCA Intende risolvere

Esiste una serie di luoghi comuni che debbono essere sfatati, sui quali è necessario creare una cultura sia generale, sia più specificamente aziendale, univoca e condivisa. Innanzi tutto, è necessario eliminare falsi problemi quali:

l'errata convinzione che con l'età decresca la percezione del dolore l'assunto che gli anziani non tollerano gli oppioidi.



Secondariamente, è necessario prendere atto di quei fattori che possono contribuire ad una stima inadeguata del dolore nell'anziano, quali:

- le difficoltà di comunicazione riscontrabili in pazienti con disturbi cognitivi o afasia;
- la rassegnazione al dolore, soprattutto dalle persone con basso livello culturale;
- la fatalistica accettazione indotta da non conoscenza o paura degli effetti avversi dei farmaci;
- le difficoltà presentate da molti pazienti anziani verso tecniche di autogestione della terapia antalgica, come la PCA (Patient Controlled Analgesia).

In un ospedale geriatrico di ricerca come l'INRCA, tutto il personale che fornisce assistenza, in particolare quello medico ed infermieristico, dovrebbe possedere ampia consapevolezza del ruolo esercitato da questi fattori e compiere ogni sforzo perché queste barriere culturali vengano abbattute attraverso una comunicazione empatica ed esauriente con il paziente e i familiari. Tale cultura dovrebbe poi entrare a far parte del bagaglio culturale dei centri algologici nazionali, ai quali accede un sempre più crescente numero di persone anziane.

## Porto Sant'Elpidio/Con l'apertura del nuovo casello la viabilità torna in primo piano Terza corsia: un'occasione persa?

Aperto con qualche mese di anticipo sulla tabella di marcia il **casello autostradale di Porto Sant'Elpidio**, si torna a parlare di **viabilità nel Fermano**. Tra chi, prendendo spunto dalle feste faraoniche organizzate per celebrare l'evento, è di nuovo lì a rammaricarsi per l'occasione persa dal capoluogo e da Porto San Giorgio. E chi la butta sul pratico constatando che, almeno fino al 2014, il territorio dovrà **dire addio, oltre alla terza corsia, ad un bel po' di "opere a corredo"**. Nel silenzio di chi ha contribuito a rendere la situazione quella che è. Ma facciamo un passo indietro. Quando la Società Autostrade fece sapere di essere interessata ad un ampliamento della A 14 nel tratto che va da Rimini Nord a Pedaso, i comuni fermani interessati si spaccarono: **al sì di Porto Sant'Elpidio fecero eco i no di Fermo e Porto San Giorgio**. Moti-

vazioni ambientali a giustificare il responsabile negativo. Recepito il parere favorevole della Provincia di Ascoli (l'ente era ancora unito), il progetto fu comunque approvato con un Decreto del Presidente della Repubblica. Partono i lavori. Claudio Briggnocchi, allora sindaco di Porto San Giorgio e Saturnino Di Ruscio, suo omologo a Fermo, non ci stanno: ricorrono al Tar. **A questo punto è la Società Autostrade a fare marcia indietro**: troppi problemi, la terza corsia arriverà fino a Porto Sant'Elpidio. Così è stato.

Ora, considerando che, quando si parla di opere pubbliche, è praticamente impossibile accontentare tutti, un dubbio rimane. L'occasione offerta dalla Società Autostrade, la quale nel realizzare i lavori ha utilizzato **barriere fonoassorbenti**, in grado cioè di assorbire i rumori, e materiali

**relativamente poco impattanti**, come corten (acciaio patinato) e vetro, era o non era da prendere al balzo? Quello che adesso è certo, e che resterà tale almeno fino al 2014 (anno in cui scadrà la convenzione decennale tra Società Autostrade, Anas ed enti locali), è che la bretella che avrebbe dovuto collegare il casello e la Provinciale "Lungo Tenna" (quest'ultima non verrà neppure riqualificata fino a Campiglione), quella lungo la Val d'Ete, con tanto di nuova rotatoria sulla Statale all'uscita dello svincolo di Porto San Giorgio ed il collegamento tra il casello di Pedaso e la Valdaso non saranno realizzati. Uno spiraglio la Società Autostrade l'ha comunque lasciato aperto. Intanto le due amministrazioni che avevano espresso parere negativo sono cambiate, e quelle attuali si dicono favorevoli all'allargamento



dell'autostrada. Ma per ora la situazione rimane in stand-by. Per sbloccarla si potrebbe pensare ad un **progetto che coinvolga, oltre a Fermo e Porto San Giorgio, i comuni dell'Ascolano e, perché no, quelli dell'Alto Abruzzese**. Se raggiunto, l'accordo potrebbe allettare la Società Autostrade e spingerla a prendere di nuovo in considerazione il nostro territorio. Intanto, se vi capita di prendere la A 14 in direzione sud, ricordatevi che da Porto Sant'Elpidio in poi la strada si restringe.

Francesca Pasquali

### Conclusa con successo la 34esima Maratona d'Estate

605 iscritti, divisi in 31 gruppi, hanno partecipato alla **34esima "Maratona d'Estate"** organizzata il mese scorso dal **Gruppo Podistico Avis Fermo** e patrocinata dal Comune di Fermo e dalla Pro Loco Fermo. Due i percorsi, rispettivamente di 14 e 4 chilometri. Ad aggiudicarsi la gara più lunga sono stati Cristian Conti della Podistica Valtenna e Fabiola Spinelli del Gruppo Porto 85 di San Benedetto del Tronto. La maratona di 4 chilometri è stata vinta da Khalid Lakhrissi, per la categoria maschile e da Anna Tottoli per quella femminile. Sul gradino più alto del podio per i gruppi, la Podistica Avis Lattanzi di Montegiorgio. A premiare i vincitori il presidente Giovanni De Minicis e l'assessore comunale Daniele Fortuna.

Nel mese di agosto continua, intanto, la presenza dell'Avis Comunale di Fermo al **Mercatino del giovedì** in Piazza del Popolo, con uno stand al quale chiunque potrà chiedere informazioni, depliant illustrativi dell'associazione e iscriversi per diventare donatore. La presenza è resa possibile dalla disponibilità di soci e membri del Consiglio Direttivo ed Esecutivo, che puntano a cercare sempre nuovi donatori, che sostituiscono quelli che, per motivi di età o di salute, sono costretti a smettere di donare. Perché di sangue c'è sempre bisogno, soprattutto nel periodo estivo, quando gli spostamenti in auto per raggiungere le mete delle vacanze, e con esse il rischio di incidenti stradali e la necessità di interventi di pronto soccorso.

Tutti possono donare, previa visita medica: **dai 18 ai 60 anni le donne, dai 18 ai 65 anni, gli uomini**. Per questo l'Avis Comunale di Fermo intende sensibilizzare i cittadini in buona salute a recarsi a donare sangue al Centro Trasfusionale dell'Ospedale di Fermo, prima di partire per le vacanze.

Comprendere la necessità di sangue e plasma esistente in medicina e chirurgia, significa immedesimarsi nelle persone che sono in situazioni di difficoltà, mettendosi nei loro panni, e contribuire concretamente a salvare vite. Ognuno di noi può averne bisogno, in qualunque momento, ovunque. Il sangue, indispensabile nelle operazioni chirurgiche, nei trapianti e nel primo soccorso, infatti, non è ricreabile in laboratorio e può provenire esclusivamente dal gesto solidale di anonimi donatori che impiegano pochi minuti del loro tempo per recarsi, ogni 3 mesi, nei centri trasfusionali. La donazione è un gesto fondamentale anche per il progresso della ricerca medica nel campo dei farmaci emoderivati, veri salvavita per molte persone.

**Avis Comunale di Fermo - FERMO - Via Sant'Andrea, 21**  
**Tel. 0734.229200 - Cell. 338.3347558**  
**info@avisfermo.it - Facebook: Avis Comunale Fermo**

### INRCA DI FERMO

Si è conclusa con successo la prima edizione dell'2011 dei corsi "La palestra della memoria" per gli anziani

La prima edizione dell'anno 2011 dei corsi della "Palestra della memoria" ha riportato nuovamente un ottimo successo. I corsi hanno avuto inizio nell'anno 2010 e l'idea è nata da una stretta collaborazione tra l'INRCA di Fermo e L'Università del tempo ritrovato e dell'educazione permanente (UTETE).

I corsi base di I livello e quelli avanzati di II livello, tenuti da psicologhe esperte (la dottorella Cinzia Giulii dell'INRCA e la dottorella Alessandra Merizzi dell'UTETE) si sono conclusi con successo nel mese di maggio 2011.

#### Perché nascono i corsi di potenziamento cognitivo?

I training cognitivi sono nati con il presupposto che andando avanti con l'età, capita di notare alcune dimenticanze o disturbi dell'attenzione. Normalmente, le comuni difficoltà a ricordare riguardano i nomi di persona, gli appuntamenti, il luogo in cui sono stati lasciati gli oggetti. Ciò che riguarda la normale fisiologia dell'età che passa, spesso viene vissuto con profonda preoccupazione, facendo nascere nelle persone non più giovani il dubbio che sia in corso una



Dott. Demetrio Postacchini

brutta malattia (in genere si pensa di essere vittime di un'iniziale demenza di Alzheimer). Questo senso di ansietà provoca spesso la tendenza ad accentuare esageratamente il problema di memoria e concentrazione. Fortunatamente, è possibile recuperare alcune funzioni cognitive, tramite training cognitivi ed esercizi utili al potenziamento della memoria e delle altre funzioni. I nostri corsi hanno previsto attività di potenziamento pratico e l'insegnamento delle tecniche cognitive, per migliorare i processi mentali, con buone ricadute sulla qualità della vita e sullo stato dell'umore dei partecipanti.

#### Quali obiettivi abbiamo raggiunto con i corsi di potenziamento cognitivo?

Innanzitutto, uno degli obiettivi principali dei corsi era quello di permettere che i partecipanti si confrontassero all'interno del gruppo. Spesso, lo "scoprire" che anche gli altri partecipanti avevano più o meno le stesse difficoltà nella memoria è risultato essere un sollevo per chi era particolarmente preoccupato. Gran parte degli indicatori che sono stati valutati prima e dopo il corso hanno dato risultati estremamente positivi, permettendo così di valutare con successo l'efficacia del programma di training cognitivo. In particolare, si è ottenuto un positivo incremento delle funzioni valutate, come il significativo miglioramento nelle prove di memoria, nello stato affettivo e dell'umore, nel senso di benessere, nella fiducia nel-



Dott.ssa Cinzia Giulii

la propria memoria, nel livello di stress percepito. Inoltre, particolare attenzione è stata posta sul tema del corretto stile di vita dei partecipanti e sono state fornite indicazioni e consigli utili sull'attività fisica, sull'aspetto nutrizionale e sull'adeguato stile alimentare.

#### I progetti futuri:

Sono previste altre edizioni dei corsi di potenziamento cognitivo di I e II livello per l'anno 2011 e per gli anni successivi. Inoltre, la comprovata efficacia delle tecniche cognitive per soggetti anziani, ha permesso di sviluppare un importante progetto di ricerca rivolto alla popolazione anziana che partirà nel corso dei prossimi mesi. Il progetto, vinto all'interno del Bando di Ricerca Ministeriale "Giovani Ricercatori", verrà finanziato dal Ministero della Salute (finanziamento richiesto 600000 euro), e vede la dottorella Cinzia Giulii, psicologa dell'Unità Operativa di Geriatria dell'INRCA di Fermo, come coordinatore e sperimentatore principale del progetto che durerà 3 anni. Le attività saranno rivolte ad anziani cognitivamente sani e a persone con deficit cognitivi.

## Storie di ordinaria amministrazione

### La Repubblica delle Banane

a cura di Loredana Tomassini

**Oggi spigoliamo qua e là.** Essendoci più di un argomento che ti salta all'occhio (ma come un cazzottone che te lo fa nero), ne accenniamo più d'uno, anche se a volo d'uccello. A proposito: attenti alle cacate. I piccioni impazzano allegramente, per le strade bisogna scavalcare cumuli di letame, i corrimano delle saline/disese più erte sono vezzosamente decorati da escrementi che ne rendono impossibile l'uso preposto. Vedi Via degli Aceti, a Fermo: lì, oltre alle deiezioni sudette, c'è il caso che ti caschi sulla capoccia 'che mato', e quelli fanno più male. La volta dell'arco, che peraltro sovrasta l'ingresso alle Cisterne Romane, rilascia graziosamente pezzettini di laterizi puntuti, senza considerare i coppi che piovono dal tetto, incredibilmente lasciato a marcire coperto malamente solo da un telone di plastica. Prima o poi ci scappa il morto o il gravemente contuso. Chissà che ne penseranno i turisti di questo bel biglietto di visita ad uno dei maggiori vanti architettonici e storici della città. Ma la cosa viene di lontano, e questa amministrazione, sia pur avvisata, ancora non ha avuto il tempo di pensarci. Col disastro che hanno trovato, *necessus est* lasciargli ancora un po' di tempo per organizzarsi, ma un invito è d'obbligo: sbrigatevi! E uno.

**Abbiamo vissuto un'esperienza trascendentale:** occasionalmente sostando davanti alla Cattedrale, ci è capitato di dover spiegare a turisti affranti dalla salita e dalla forsennata ricerca che in realtà il Teatro Romano non esiste. O, per lo meno, ne esiste qualche pezzetto vergognosamente franato, qualche altro all'interno di proprietà private (Artigianelli) e il resto nel caveau della Carifermo. Ma la dovizia di relativi cartelli scritti con puntigliosi particolari in italiano ed inglese clerical-scolastico?! Ebbene, sì: una stupida vanteria che suona quasi come una truffa, sempre della passata

amministrazione. Facce perplesso-desolate, imbarazzo da parte nostra, amen. A proposito, assessore Montanini: noi le vogliamo bene, ma cosa le è saltato in mente di vantarsi sui giornali che presto la povera Via Teatro Antico sarà riaperta al traffico? Per chi? Perché? Il triste accaduto (anche questo grazie alla passata amministrazione) non potrebbe essere l'occasione per rendere quella suggestiva strada solo pedonale? A chi e a che serve finire di distruggerla a colpi di pneumatici, visto che oltretutto è vietato (almeno teoricamente) l'accesso con le auto al Viale della Cattedrale? Altra tiratina d'orecchi: nel mentre che si decide sulla sorte triste e ria della Strada Nuova di Sopra, che ne dice di fare un sopralluogo tra le sterpaglie adiacenti all'Autoparco e mettere in sicurezza i pochi poveri resti di artistici manufatti (paletti e catene) ivi abbandonati da anni (sempre grazie alla passata amministrazione)? E sempre a proposito di strade: in questo periodo tardo estivo, è tutto un fiorire di smartellatori (cinesi!) che scalzano via le antiche pietre per aggiustare lo scassato piano stradale. Cosa santa e giusta, senz'altro. Ma gente vecchierella come me si ricorda che una volta si faceva in altro modo: si scalzava, si ripianava "lu sabbio" e vi si rincalzavano le pietre a una a una a colpi di "mazzocco", quel tronco di legno coi manici. Capisco che, *mutatis mutandis*, le tecniche sono cambiate, ma togliere il sabbione, metterci sopra pannelloni di rete termosaldata, spalmarci una colata di cemento e riposizionare i pietroni ci pare incongruo: in questo modo, le strade non assorbono più, e in caso di pioggia diventeranno fiumi in piena. E due.

**Sempre restando in tema di turisti smarriti:** ci sono anche di quelli che se la fanno sotto e ti chiedono disperati dove espletare la bisogna. Ecco, dove li mandi? E qui non occorre dilungarsi, salvo benedire il buon vecchio Imperatore Vespasiano: per lui "*pecunia non olet*" e coi bisogni corporali ci faceva i soldi. Adesso li fanno i bar:

se gli chiedi solo di andare in bagno, ti dicono di no a meno che non prendi qualcosa. Non ci credete? Nei giovedì di Mercatino avevano attaccato tanto di cartelli: "Si va in bagno solo previa consumazione"! Suggerisco la distribuzione di pannolini presso i Punti Informativi. E tre. **E adesso andiamo per Castelli:** nonostante l'ennesimo appello accorato (questa volta da parte di Elvezio Serena, Presidente di Italia Nostra) il Reuccio Amato, sindaco di Moresco, non cede di un punto circa l'intenzione di edificare, sopra o sotto terra, scassando le fondamenta delle mura possenti e la ricca vegetazione soprastante. Lui parla di scassamenti ipogeici, ma sempre di... scassamenti si tratta. Sono ormai veramente tanti coloro che levano il risorgimentale "grido di dolore" nei confronti di tale iniziativa: consigliamo una novena con lumini e processione finale a Santa Ifigenia, che tutte le ruspe se le porta via o, in caso estremo, un rito voodoo con pupazzetto di cera. Del resto, sono o non sono una Strega Cattiva? E quattro. **Finiamo con una nota di colore** o, meglio, di dolore e di chi ci guadagna sopra: c'è un termometro preciso del grado di povertà raggiunto da tanti poveracci che una volta, magari senza scialare, ce la facevano a tirare avanti la famiglia. Qual è? Captando la tendenza, è tutto un fiorire di Agenzie "Compro Oro" e relativi cartelli, anche di cattivo gusto, addirittura crudeli: gli ultimi rappresentano la faccia disperata di un disperato come tanti con sopra la scritta: "Bolletta troppo cara?". Naturalmente la panacea proposta è quella di radunare le piccole tenere cose tenute da parte, tipo i regalucci della Prima Comunione dei figli, e andare a venderseli. Perché gente come quella a cui sono rivolti i cartelli non ha certo i lingotti sepolti in cantina, o dentro al pouf, o nei caveau delle banche, magari svizzere. Senza contare che la bolletta cara ci sarà anche il mese dopo... Ma niente paura, presto appariranno cartelli ancor più invitanti: "Bolletta cara? Nessun problema: ti compriamo un rene!". E finiamola qui.

INRCA  
DI FERMO

### Gruppo di AUTO-MUTUO-AIUTO e COLLOQUI PSICOLOGICI di SOSTEGNO per i familiari dei malati di Alzheimer o anziani fragili. Sono iniziate le iscrizioni per partire ad ottobre

Anche all'INRCA di Fermo presso la U.O. di GERIATRIA diretta dal dott. Demetrio Postacchini, tra le tante iniziative che si stanno portando avanti, a breve verranno attivati/potenziati:

- gruppo di **Auto-Mutuo-Aiuto** (AMA) rivolto ai familiari dei malati di Alzheimer, servizio gestito dal dott. Sandro Castelli;
- servizio di **Colloquio Psicologico di Sostegno**, già attivo nella struttura, rivolto ai familiari dei malati di Alzheimer o con anziani fragili; servizio gestito dal dott. Sandro Castelli e dalla dr.ssa Cinzia Giuli.

Oramai è assodato, che la demenza di Alzheimer o la demenza in generale sono malattie, che hanno un peso gestionale fortissimo sul familiare, sia dal punto di vista fisico ma soprattutto dal punto di vista psicologico, con la conseguenza di:

- non avere più vita sociale
- non avere più tempo libero per se stessi
- perdita delle amicizie
- modificazione del proprio ruolo (*fare da genitore al proprio genitore*)



Dott. Sandro Castelli

re, ma in un contesto più ampio, perché a macchia d'olio investe la famiglia ed anche la società.

#### Gruppo Auto Mutuo Aiuto

Ecco quindi l'utilità del gruppo di Auto-Mutuo-Aiuto, che è formato da un gruppo di persone che condividono la stessa problematica e nel discutere e riflettere su questa, si aiutano reciprocamente, dividendo il proprio vissuto, confrontandosi in uno spazio di scambio e reciproco sostegno, trovando così un luogo dove affrontare le proprie incertezze, insicurezze e potenziare le proprie risorse e fiducia in se stessi.

Il gruppo di Auto-Mutuo-Aiuto è un'esperienza che vede le persone impegnate per il proprio e l'altrui benessere, promuovendo le reciproche potenzialità, attraverso l'ascolto e il rispetto di ognuno.

I gruppi A.M.A. sono "piccoli laboratori di vita vissuta o che si sta vivendo", di piccole dimensioni (8/10 persone) e gli incontri si svolgono con cadenza quindicinale stando tutti in cerchio per favorire la comunicazione e per sottolineare l'uguaglianza di tutti i partecipanti.

**La partecipazione ai gruppi AMA è gratuita.**

#### Colloquio Psicologico di Sostegno per familiari e/o badanti

Assistere una persona con demenza o anziano fragile, può portare al limite le risorse emotive e cognitive di qualsiasi individuo, con alta possibilità di insorgenza di sintomi ansiosi-depressivi, somatizzazioni, sfiducia in se stessi, bisogni non soddisfat-

ti, rabbia, i quali, limitano fortemente le capacità assistenziali del caregiver (*familiare e/o badante*) nei confronti del malato.

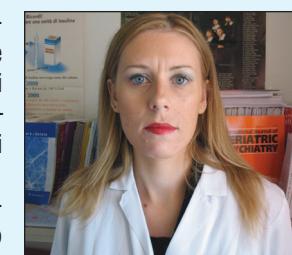
Ecco che, l'importanza di un sostegno psicologico in queste situazioni di forte carico assistenziale è fondamentale.

Il colloquio psicologico di sostegno ha lo scopo di fornire:

- strumenti di coping (*far fronte*) per diminuire/gestire lo stress,
- accettazione/consapevolezza, da parte del familiare, della malattia del proprio caro,
- analisi dei bisogni personali e del paziente,
- aiutare ad elaborare la modifica dei ruoli
- tecniche per la gestione dei sensi di colpa,
- aiutare ad elaborare le reazioni emotive,
- aiutare i familiari a gestire i rapporti tra bambino e nonno fragile, ecc...

I colloqui psicologici di sostegno, a differenza dei gruppi AMA, vengono svolti singolarmente con cadenza settimanale/quindicinale a seconda della situazione e possono essere richiesti al CUP dell'INRCA con impegnativa del Medico di famiglia.

L'intento di tali iniziative vuole essere quello di dare maggior conoscenza, competenza, efficacia nella gestione quotidiana del paziente ed al tempo stesso, non far sentire abbandonate le famiglie a se stesse.



Dott.ssa Cinzia Giuli

## Fermano/Dal 17 al 23 ottobre la Settimana Nazionale per la Ricerca Uniti per sconfiggere la fibrosi cistica

E' la malattia genetica più diffusa. Colpisce un bambino su 2.500. Viene trasmessa ereditariamente dai genitori attraverso un gene mutato di cui sono portatori sani. Colpisce in maniera progressiva l'apparato digerente e respiratorio, compromettendo la vita dei malati. Le attuali terapie giornaliere sono pesanti e alterano fortemente la qualità di vita del malato. L'attesa media di vita dei malati oggi è intorno ai 37 anni. Di fibrosi cistica si continua a morire.

Ogni anno la Fondazione per la ricerca sulla fibrosi cistica (FCC) - onlus, per richiamare l'attenzione della popolazione su questo grave problema di salute ed incoraggiare la richiesta di sostegno, organizza la **Settimana Nazionale per la Ricerca sulla Fibrosi Cistica**. Giunta alla nona edizione, quest'anno l'iniziativa si svolgerà **dal 17 al 23 ottobre**. Per tutta la

settimana sarà possibile inviare un sms o chiamare da rete fissa il numero **45502** e donare 2 euro. **Sabato 22 e domenica 23 ottobre** nelle piazze delle dei più grandi comuni italiani sarà inoltre possibile acquistare i **Ciclamini per la Ricerca**. Dal 1997 la FFC contribuisce a supportare e sviluppare la ricerca italiana d'eccellenza nel campo della fibrosi cistica, finanziando progetti proposti dai migliori gruppi di ricercatori, in sinergia con i principali centri di ricerca mondiali.

### Per donare:

Conto corrente postale n° 18841379  
Bonifico Unicredit Banca: IT 03 N 02008  
11718 000009465517  
Bonifico Banco Popolare Verona: IT 60 V  
05188 11708 000000048829  
On line sul sito: [www.fibrosicisticaricerca.it](http://www.fibrosicisticaricerca.it)  
Le donazioni sono deducibili fino al 10%



del reddito complessivo e comunque non oltre 70.000 euro/anno.

### Per informazioni:

Fondazione per la Ricerca sulla Fibrosi Cistica - Onlus presso Ospedale Maggiore, Piazzale Stefani, 1 - 37126 Verona  
Tel. 045.8123438  
[www.fibrosicisticaricerca.it](http://www.fibrosicisticaricerca.it)

## Brevi

### Comunità straniera

Adan Farhaj coordinatore per l'Italia dell'APCL

**Adan Farhaj** è conosciuto come mediatore culturale e rappresentante della comunità pakistana delle Marche. Da qualche giorno è diventato anche coordinatore per l'Italia dell'**All Pakistan Christian League**, un importante partito politico della sua terra d'origine presieduto dal professor Salamat Akhtar. L'intento, ha sottolineato Farhaj in una nota, è quello di continuare a lavorare per il miglioramento delle condizioni di vita dei fratelli e delle sorelle di fede cristiana in tutto il Pakistan.

**tel. 320.5543569**  
[www.apclpak.com](http://www.apclpak.com)

## L'INRCA e la patologia vascolare arteriosa dell'anziano

L'INRCA ricopre il suo ruolo istituzionale nell'ambito degli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) occupandosi specificatamente, a 360°, delle problematiche dell'Anziano così ci dice il **dr. Stefano Ricci** Direttore della Radiologia dell'INRCA di Fermo e di Ancona che poi prosegue:

I processi di invecchiamento coinvolgono con diversa entità tutti gli organi; l'apparato vascolare, sul versante arterioso, presenta, con l'età avanzata, sicuramente delle evidenze importanti che danno luogo a patologie invalidanti che possono mettere a rischio della vita stessa. I vasi del collo (carotidi) del cuore (coronarie) dell'addome (aorta) e degli arti inferiori vengono maggiormente colpiti da questo fenomeno genericamente definito "**aterosclerosi**"; questa malattia, attraverso la formazione di placche che vanno a formarsi sulla parete interna delle arterie riducendone nel tempo il lume, determina un progressivo decadimento del grado di perfusione ematica degli organi.

Il fenomeno legato all'insufficiente vascolarizzazione d'organo assume poi aspetti clinici diversi a seconda del grado di deficit perfusivo, della cronicità o dell'acuzia del quadro e dall'organo bersaglio. Come già ricordato organi nobili quali cuore e cervello e, altri fondamentali per la funzione motoria (arti inferiori), rappresentano le aree ove l'evidenza clinica è maggiore ed i rischi assai temibili.

La metà di tutte le morti è causata da malattie circolatorie, e più del 40% degli uomini di mezz'età presenta l'evidenza clinica di una ischemia, che è il risultato dell'aterosclerosi. Se si circoscrive il fenomeno alla sola area **degli arti inferiori**, l'incidenza dell'**arteriopatia cronico-ostruttiva** nell'anziano colpisce gli over 64 con una percentuale del 14%. La prevalenza con cui questi pazienti devono essere sottoposti a delle amputazioni di arto è la seguente :

- **non diabetici:** 150/1.000.000 (casistica inglese)  
280/1.000.000 (casistica danese)
- **diabetici :** 3.000/1.000.000

Le Marche hanno una popolazione di 1.500.000 abitanti con 200.000 anziani, per cui si stima che l'arteriopatia cronica ostruttiva colpisca almeno 20-30.000 persone, di cui 1.000-5.000 possono giovarsi di trattamenti di **rivascolarizzazione con tecnica endovascolare** (Radiologia Interventistica) o **chirurgica** (Chirurgia Vascolare).

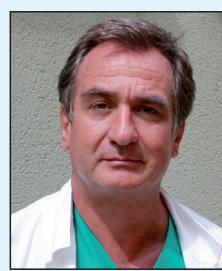
L'INRCA ha sempre mostrato un'attenzione particolare per la patologia vascolare dell'anziano e negli anni ha acquisito un ruolo d'eccellenza nel percorso diagnostico e terapeutico del settore.

Le sinergie esistenti tra le due sedi marchigiane dell'INRCA (Ancona e Fermo) che si occupano di questa specifica patologia, permettono di fornire all'anziano risposte determinanti sullo stato della malattia e sulle strategie terapeutiche migliori per la sua guarigione.

Il gruppo di specialisti ruota intorno alle professionalità createsi nell'ambito del:

- Dipartimento geriatrico riabilitativo ad indirizzo cardiocerebrovascolare POR di Fermo (**Direttore Dr. Demetrio Postacchini**)
- Dipartimento dei Servizi, Laboratori Clinici e di Ricerca POR di Ancona (**Direttore Dr. Stefano Ricci**)
- U.O. Diagnostica per Immagini Radiologia Clinica ed Interventistica (**Direttore Dr. Stefano Ricci**)
- U.O.S.D. Chirurgia Vascolare POR di Ancona (**Responsabile Dr. Gianfranco Boccoli**)

L'**equipe multidisciplinare** segue il paziente nella fase di individuazione della malattia, in quella del trattamento e nel controllo periodico della stessa occupandosi anche dei risvolti sociali a cui spesso tali patologie sono associate.



Dott. Stefano Ricci



**DONARE SANGUE. A TE NON COSTA NULLA,  
PER QUALCUNO VALE MOLTO**

Oltre 400 ospiti per i sessant'anni dell'Avis Fermo

E' stato un successo il sessantesimo anniversario dell'Avis Comunale di Fermo. Un evento che ha ricordato e valorizzato l'intuizione che, il 20 aprile del 1951, ha spinto un gruppo di pionieri della donazione del sangue a dare vita al primo nucleo di quella che sarebbe diventata la sezione fermana. Pionieri che rispondono ai nomi di Raimondo Doria, Salvatore Orlando, Valentina Valentini, Lucio Scartozzi, Goffredo Petrucci, Tommaso Parmigiani, Savina Organari, Giuseppe Olimpi, Armando Mattioli, Vito Organari, Camillo Lepri, Delia Giacomozzi, Maria Galanti, Aldo D'Alessandro, Agreo Cicconi, Giovanni Belli, Ione Alessiani.

L'appuntamento ha generato molta attesa nella comunità dei donatori fermani e una partecipazione ben oltre le aspettative. Si è svolto domenica 2 ottobre dopo il ritrovo in una Piazza del Popolo addobbata con vessilli dell'associazione e la registrazione dei partecipanti all'ingresso del Teatro dell'Aquila. Dal cuore della città è partito il tradizionale corteo, con in testa il labaro dell'Avis Comunale di Fermo, e l'accompagnamento delle note della "Banda Città di Faleroni", guidata dal Maestro Franco Alesiani, per giungere al Duomo.

Quindi, nella cornice del Teatro dell'Aquila, ha avuto luogo il momento più importante, in cui è stata ribadita l'importanza di quella che è la più numerosa associazione di volontariato d'Italia. Presenti i presidenti della sezione comunale di Fermo, Giovanni De Minicis, della provinciale, Giovanni Lanciotti e della regionale marchigiana, Angelo Sciacchetti. A rappresentare Comune e Provincia il sindaco, Nella Brambatti e l'assessore alla cultura, Giuseppe Buondonno. Sul palco anche il prefetto di Fermo, S.E. Emilia Zarrilli, il consigliere regionale Rosalba Ortenzi, il direttore dell'area vasta di Fermo, Gianni Genga e il primario del Centro Trasfusionale, Ornella De Masi. Per l'occasione proprio Genga ha affermato che a novembre saranno terminati i lavori di riqualificazione dei locali del nuovo Centro Trasfusionale dove donano i volontari di Fermo. Le stesse autorità hanno premiato i veri protagonisti della giornata, i donatori più longevi e meritevoli delle spille d'oro, oro con rubino e oro con smeraldo, tra gli applausi della platea e del primo ordine di palchi del Teatro dell'Aquila, completamente pieni.

I festeggiamenti per il sessantesimo anniversario di fondazione si sono poi trasferiti in due sale del Ristorante Nautilus, presso l'Hotel Royal, per un pranzo a base di pesce, offerto gratis ai donatori dalla comunale ferma. In tutto, oltre 400 ospiti. Il sessantesimo anniversario di fondazione è un evento destinato a conferire maggiore spinta alla capacità organizzativa dell'Avis Comunale Fermo le cui attività possono essere seguite sul sito [www.avisfermo.it](http://www.avisfermo.it).

**Avis Comunale di Fermo - FERMO - Via Sant'Andrea, 21**  
**Tel. 0734.229200 - Cell. 338.3347558**  
**info@avisfermo.it - Facebook: Avis Comunale Fermo**

## Territorio/Tre bandi del Gal Fermano Un aiuto alle microimprese

"Avremo successo se ci sarà partecipazione e se riusciremo ad attribuire tutte le risorse di cui disponiamo". Ha usato queste parole **Michela Borri**, da qualche mese a capo del **Gal Fermano**, per presentare i tre bandi che il Gruppo di Azione Locale ha promulgato in quest'ultimo periodo. Rivolti alla **creazione e qualificazione di microimprese** – quelle in cui lavorano al massimo dieci persone ed il cui fatturato annuale non supera i 2 milioni di euro – questi bandi costituiscono un aiuto per quelle attività "particolari" che bene si coniugano con le caratteristiche e le potenzialità del nostro territorio.

Ad essere interessati sono i **settori dell'artigianato artistico e dell'agroalimentare**. I fondi a disposizione saranno utilizzati per finanziare la piccola ricettività turistica, i centri rurali di ristoro e degustazione e le attività di artigianato tipico ed artistico. In totale ci sono 520 mila euro a disposizione che, in proporzione ed in base al bando a cui si decide di partecipare, saranno comunque erogati a lavori ultimati, come rimborso per le spese sostenute.

Più nel dettaglio, per realizzare interventi che riguardano la **piccola ricettività turistica** sono disponibili nel complesso 320 mila euro. A questo bando, che scadrà il 10 gennaio 2012, possono partecipare le microimprese iscritte alla Camera di Commercio, autorizzate all'esercizio delle attività dei servizi di alloggi. I finanziamenti potranno essere utilizzati per l'adeguamento degli immobili destinati allo svolgimento di attività turistiche di piccola ricettività, come servizi di alloggio e prima colazione. Il contributo massimo è di 60 mila euro per ogni vincitore del bando; non sono ammesse

domande che prevedono un intervento inferiore a 15 mila euro. Il secondo avviso riguarda le microimprese iscritte Camera di Commercio, autorizzate all'esercizio delle attività dei servizi di ristorazione, per un totale di 120 mila euro. Gli interessati hanno tempo fino al 23 gennaio 2012 per presentare la propria domanda che dovrà riguardare l'**adeguamento di immobili destinati alla creazione di centri rurali di ristoro e degustazione**. Il massimo contributo erogato sarà di 40 mila euro a domanda; non sono ammessi interventi inferiori a 15 mila euro. Il terzo bando, in scadenza il 6 febbraio, riguarda le microimprese iscritte all'Albo provinciale delle Imprese artigiane, comprese le cooperative sociali di tipi B, e prevede, per un totale di 80 mila euro, interventi per la **sistemazione di immobili dove si svolgono attività di artigianato tipico e artistico**.

L'intervento massimo per ciascuna domanda è di 20 mila euro; non sono ammessi progetti per meno di 10 mila euro. I tre bandi riguardano il territorio del Gal Fermano, che comprende **32 comuni della provincia di Fermo** (Altidona, Amandola, Belmonte, Campofilone, Falrone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Ferma, Monsampietro M., Montappone, M.Giberto, M.Rinaldo, M.V.Combatte, M.V.Corrado, Montefalcone, Montefortino, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Montelparo, Montottone, Moresco, Ortezzano, Petritoli, Ponzano, Rapagnano, S.Vittoria in Matenano, Servigliano, Smerillo, Torre S.Patrizio). A poter beneficiare dei contributi saranno quindi solo le microimprese presenti in uno di questi comuni. (f.p.)

**tel. 0734.242817 - info@galfermano.it**

## Fermo/Import-export di animali protetti Nasce lo sportello Cites

Provano a fare i furbi. Trascorrono qualche giorno in un posto esotico, si divertono ma le foto non bastano a fargli ricordare quanto sono stati bene. Vogliono di più. Qualcosa di animato da poter toccare. Qualcosa da tenere in casa o in giardino. Così, bellamente, tra t-shirt e cappellini-ricordo infilano in valigia una tartaruga o un serpente, ignorando, o forse no, che possa appartenere ad una specie in via di estinzione e commettendo così un reato. Per fortuna alle Dogane i controlli ci sono, e severi, ma qualche volta non bastano e i furbetti riescono a farla franca.

Esiste però un'altra ragione per cui nel nostro Paese vengono importati animali dai Paesi esotici. Lo sanno bene gli imprenditori manifatturieri del Fermano che, per realizzare le proprie creazioni di lusso, a volte fanno ricorso a pelli di animali "protetti".

A questo proposito esiste una regolamentazione rigida e precisa che fa riferimento al **Cites** (Convention on International Trade in Endangered Species of Wild Fauna and Flora - la Convenzione internazionale sul commercio delle specie di fauna e flora in via di estinzione) stipulata nel 1975, a cui l'Italia ha aderito nel 1980 e di cui fanno parte 175 Paesi.

Per importare animali vivi o morti, interi o in parte, è necessario infatti un certificato rilasciato dal Cites. La stessa procedura è necessaria per esportare i prodotti finiti, realizzati con parti di questi animali. Il nucleo operativo Cites per le Marche si trova ad Ancona, dove si trova anche l'unica dogana regionale abilitata al controllo delle merci in entrata e in uscita. Il servizio territoriale del Cites si trova invece a Macerata. E' lì che gli imprenditori del settore manifatturiero devono inviare le loro richieste e ritirare le certificazioni ottenute. O meglio dovevano. Perché da novembre a Fermo è stato attivato uno **sportello Cites presso gli Uffici del Corpo forestale**, a Palazzo Paccarone, in corso Cavour 71. Lì tutti i lunedì, dalle 10 alle 12.30, è possibile ricevere informazioni, consegnare le domande e ritirare le certificazioni, evitando così di andare fino a Macerata. Inoltre è stato attivato un numero telefonico (0734.227852), che fornisce tutte le informazioni del caso.

Sollecitata da Confindustria Fermo, l'apertura dello sportello Cites consentirà quindi agli imprenditori locali di ottenere, nel proprio territorio, quello che di fatto è un requisito indispensabile per esportare i propri prodotti nei Paesi non appartenenti all'Unione Europea. La merce sprovvista di certificato viene infatti bloccata in dogana, confiscata e distrutta.

### INRCA DI FERMO

#### LA MALNUTRIZIONE NELL'ANZIANO

L'alimentazione è uno dei fattori più importanti che influenzano lo stato di salute e, nell'invecchiamento, assume un ruolo ancora più importante. Mentre nella popolazione giovane adulta della società industrializzata il problema malnutritivo più frequente è l'obesità, nell'anziano si riscontrano sindromi carenziali.

Infatti la malnutrizione può essere causata sia da un deficit nutrizionale (in tal caso si parla anche di denutrizione) sia da un eccesso di introduzione calorica. In Italia la malnutrizione colpisce il 2-16% degli anziani viventi a domicilio, il 26-63% degli ospedalizzati o con patologie croniche fino ad arrivare il 70% negli istituzionalizzati (case di riposo, RSA). Assume meno di 1000 kcal/die il 6-8% degli anziani, il 16% dei grandi anziani (>85 anni), il 27% degli anziani a basso reddito.

Al mancato riconoscimento e trattamento della malnutrizione possono conseguire disfunzione e disabilità di grado considerevoli con riduzione della qualità della vita e suscettibilità all'insorgenza precoce di malattie.

La malnutrizione incide sulla spesa sanitaria in quanto determina un rallentamento dei processi di guarigione con facile insorgenza di complicanze da cui deriva un aumento del numero di ricoveri ospedalieri, il prolungarsi della degenza ospedaliera e una prognosi sfavorevole gravata da aumentato rischio di mortalità. Dopo i 75 anni si comincia ad evidenziare una perdita di peso, attribuibile sia al fisiologico invecchiamento con interferenze sui processi digestivi e metabolici, sia alle patologie prevalenti in questa fascia di età. Basti pensare alle malattie fisiche e/o psichiche che riducono il senso della fame, la disabilità con elevati livelli di dipendenza che influenza il libero accesso al cibo, l'istituzionalizzazione, l'uso cronico di farmaci, l'alcoolismo, la povertà e l'isolamento sociale.

Esistono, inoltre, numerose malattie chiamate in causa nella genesi della malnutrizione, tra cui ricordiamo il cancro, le patologie dell'apparato gastrointestinale, il cattivo controllo metabolico del diabete, alcune malattie cardiovascolari quali lo scompenso cardiaco e polmonare (BPCO, polmonite), la depressione, la demenza. Va tuttavia ricordato che in circa il 25% dei pazienti non viene identificata nessuna causa.

Visto il grande uso di farmaci nell'anziano, ricordiamo che questi possono determinare perdita dell'appetito, riduzione o alterazione del gusto e della sensibilità olfattiva, deglutizione dolorosa, xerostomia, nausea, vomito, tutti fattori condizionanti la scelta degli alimenti. Ne deriva una dieta sbilanciata nei vari fattori nutritivi: sono penalizzate soprattutto le proteine animali.

Uno stato di malnutrizione può a sua volta provocare modificazioni nell'assorbimento, nel trasporto, nel metabolismo e nell'eliminazione dei farmaci, esponendo l'anziano ad effetti collaterali.

Una delle complicanze della malnutrizione calorico-proteica nell'anziano è la sarcopenia intesa come perdita involontaria di massa magra (muscolare) con

o senza perdita di peso corporeo associate a notevole riduzione della forza muscolare con conseguente riduzione delle autonomie quotidiane. La perdita di massa muscolare è responsabile di una risposta immunitaria deficitaria (quindi suscettibilità alle infezioni e ostacolata guarigione), la predisposizione al deterioramento cognitivo, depressione, ulcera da decubito, cadute e fratture; vale a dire, si innesta una cascata di reazioni a catena condizionante uno stato di fragilità collegata al rischio di elevata mortalità. Le manifestazioni cliniche delle carenze nutrizionali comprendono calo ponderale, edemi, ridotta forza muscolare, ecchimosi, desquamazione, assottigliamento e aridità della cute, secchezza oculare, cheilite angolare, gengivite acuta, edema, glossite, osteoporosi, fratture, scompenso cardiaco, deficit sensibilità cutanea, astenia (paralisi) e deficit cognitivo. Ognuna di queste manifestazioni è espressione di un particolare deficit vitamínico, minerale o calorico-proteico. Da questa descrizione si comprende l'importanza da parte degli operatori sanitari di riconoscere la malnutrizione, anche precocemente. Nel reparto di geriatria dell'INRCA di Fermo vengono adottati strumenti multidimensionali per la valutazione dello stato nutrizionale: in primis la valutazione clinica (esame della cute, capelli, estremità), le misure antropometriche (peso, indice di massa corporea, pliche cutanee, circonference); i dati di laboratorio (dosaggio della prealbumina, conta linfocitaria), valutazione della composizione corporea con esame bioimpedenziometrico (BIA) e la DEXA. La BIA si basa sulle diverse proprietà conduttrici e resistive dei tessuti corporei al passaggio della corrente elettrica: è un esame sicuro, non invasivo ed economico, ma poco preciso (unica controindicazione è la presenza di un pacemaker). Più accurata è la DEXA ("Dual energy X-ray absorptiometry") che utilizza la stessa metodica della mineralometria ossea (MOC) applicata alla massa muscolare. Altra metodica molto precisa di valutazione della massa magra (muscolare) attraverso la misurazione del muscolo a livello della vertebra lombare (L3) mediante esame Tc (tomografia computerizzata), attualmente utilizzata a scopo di ricerca.

L'individuazione precoce delle situazioni a rischio di malnutrizione e, quindi, la successiva adozione di opportune strategie di sostegno e integrazione nutrizionale, consente di ridurre le conseguenze negative sullo stato di salute. Il trattamento della malnutrizione è mirato a coprire il fabbisogno energetico; è necessario eliminare lo stato catabolico e ricostituire la massa magra. Il ripristino di un adeguato apporto nutrizionale deve essere però lento e progressivo. Il fabbisogno calorico a riposo è di 25-30 kcal/kg, aumenta fino a 50-80 kcal/kg in caso di malattie debilitanti. In presenza di sarcopenia l'apporto proteico deve essere più elevato (1.0-1.3 Kg di peso corporeo) anche in caso di insufficienza renale.

Nei soggetti con disturbi di masticazione o deglutizione i cibi saranno frullati, omogeneizzati oppure frittate, puree, passate, utilizzo di addensanti. Possono

Colazione	zuppe di latte parzialmente scremato o tè con pane, fette biscottate, cereali
Primi	pasta asciutta corta o riso con sughi vari oppure pastina o riso cotti in creme di legumi o verdure ( <b>piatti unici</b> )
Secondi	carne, pesce, uova, formaggi teneri
Contorni	verdure crude o cotte con olio
Frutta fresca	3 volte al giorno
Liquidi	1.5-2 litri al giorno come acqua, succhi, thè, camomilla

#### Strategie preventive della malnutrizione

Informazione ed educazione

Stimolare a mantenere una dieta variata

Promuovere la dieta mediterranea come "ideale"

- 1. Consumo modico di Grassi (mono- e poliinsaturi –olio extravergine di oliva-)
- 2. Limitata assunzione di alcol (1/2 bicchiere di vino rosso ai pasti –polifenoli-)
- 3. Elevato consumo di legumi
- 4. Elevato consumo di cereali non raffinati
- 5. Elevato consumo di frutta e verdura
- 6. Basso consumo di carni rosse
- 7. Moderato consumo di latte e latticini

essere utili supplementi nutrizionali per migliorare l'introito energetico e proteico. Quando sono presenti condizioni che rendono impossibile l'assunzione di alimenti per bocca si possono adottare dei supporti nutrizionali per via enterale (preparati alimentari somministrati attraverso un sondino nasogastrico o PEG –sonda posizionata direttamente nello stomaco attraverso la parete addominale-) o per via parenterale (cioè attraverso l'infusione endovenosa di preparati nutrizionali). Un'alimentazione corretta è in grado di avere effetti benefici sullo stato di salute garantendo un rallentamento dell'involuzione fisica senile con più lunghi livelli di autonomia e di salute, si fortifica il sistema immunitario, migliora il tono dell'umore con maggior senso di benessere, si accorciano i tempi di guarigione dalle malattie. Si comprende, pertanto, quanto sia fondamentale nella gestione degli individui anziani (siano essi al proprio domicilio o in Istituto o ricoverati in ospedale) la valutazione dello stato nutrizionale. Interventi atti a migliorare o, quanto meno a supportare l'alimentazione diventa cruciale per garantire il mantenimento di una discreta qualità di vita con il mantenimento delle autonomie, la prevenzione delle malattie, o quando queste si presentano, il recupero o la guarigione.

A cura di  
Dott.ssa Ilenia Macchiat e Dott.ssa Francesca Sorvillo  
Dirigenti Medici U.O. Geriatria –  
Dipartimento Geriatrico Riabilitativo  
ad indirizzo cardio-cerebrovascolare -INRCA Fermo  
Direttore Dott. Demetrio Postacchini

## Territorio/Riforma degli istituti scolastici: tagliate sei presidenze, molti gli accorpamenti Il nuovo volto delle scuole del Fermano

Da classi pollaio a scuole pollaio. Si presenta così, per il prossimo anno scolastico, il quadro degli istituti scolastici comprensivi (isc) della provincia. Non il frutto di una scelta ragionata, ma la risposta ad una legge, la **111 del 2011**, che impone agli istituti comprensivi di avere **almeno 1.000 alunni** per essere considerati autonomi ed avere diritto ad un dirigente scolastico.

Nella nostra provincia gli istituti comprensivi – composti dalle scuole d'infanzia (ex asili), dalle primarie (ex elementari) e dalle secondarie di primo grado (ex medie) – passeranno da 22 a 16. Ad essere cancellati saranno sei istituti (Montegiorgio, Porto San Giorgio, Fermo, Porto Sant'Elpidio, Sant'Elpidio a Mare, Montegranaro); al loro posto nasceranno dieci nuovi Isc. Vediamo nel dettaglio la nuova situazione.

### Cosa non cambia

L'istituto di **Petritoli**, che comprende i comuni di Monte Giberto (infanzia e primaria), Monte Vidon Combatte (infanzia), Montottone (infanzia e secondaria di primo grado), Petritoli (infanzia, primaria e secondaria di primo grado), Ponzano di Fermo (infanzia Capoluogo, infanzia Capparuccia, primaria e secondaria di primo grado), con un totale di 630 alunni, pur non raggiungendo la soglia di 1.000 alunni, non viene accorpatto perché costituito prima della riforma.

Stesso discorso per l'isc di **Amandola**, formato dai comuni di Amandola (infanzia, primaria e secondaria di primo grado) e Montefortino (infanzia, primaria e secondaria di primo grado), con 395 alunni, e di **Falerone**, composto dai comuni di Falerone (infanzia Capoluogo, infanzia Piane, primaria Capoluogo, primaria Piane e secondaria di primo grado), Massa Fermana (infanzia), Montappone (infanzia, primaria e secondaria di primo grado), Monte Vidon Corrado (infanzia), Servigliano (infanzia, primaria e secondaria di primo grado), per un totale di 979 alunni.

Anche gli istituti comprensivi interprovinciali di **Force** con i comuni di Monte Rinaldo (infanzia), Montelparo (infanzia), Ortezzano (primaria e secondaria di primo grado), Santa Vittoria in Matenano (infanzia, primaria e secondaria di primo grado), Force (infanzia, primaria e secondaria di primo grado) e Rotella (primaria e secondaria di primo grado), con alunni 418, e di **Comunanza** con i comuni di Montefalcone Appennino (primaria e secondaria di primo grado), Smerillo (infanzia), Comunanza (infanzia, primaria e secondaria di primo grado), con alunni 379, non subiscono cambiamenti. Resta l'isc di **Monterubbiano**, formato dai comuni di Altidona (infanzia e primaria), Campofilone (infanzia, primaria e secondaria di primo grado), Lapedona (infanzia e primaria), Monterubbiano (infanzia Capoluogo, infanzia Rubbianello, primaria Capoluogo, primaria Rubbianello e secondaria di primo grado), Moresco (infanzia) e Pedaso (infanzia, primaria e secondaria di primo grado) che, con alunni 1.022, supera la soglia minima.

### Cosa cambia

**Montegiorgio** avrà un unico istituto comprensivo composto dai comuni di Belmonte Piceno (infanzia), Francavilla d'Ete (infanzia e primaria), Magliano di Tenna (infanzia e primaria), Monsampietro Morico (infanzia, primaria insieme a Belmonte Piceno), Montegiorgio (infanzia Capoluogo, infanzia Piane, primaria Capoluogo, primaria Piane e secondaria di primo grado), Grottazzolina (infanzia, primaria e secondaria di primo grado), con 1.265 alunni. I comuni di **Monte Urano** (infanzia, primaria e secondaria di primo grado), Rapagnano (infanzia, primaria e secondaria di primo grado) e Torre San Patrizio (infanzia, primaria e secondaria di primo grado) andranno a formare l'isc di Monte Urano, con 1.247 alunni.

**Porto San Giorgio** avrà un solo istituto formato dalle scuole d'infanzia Costa, Borgo Rosselli e Salvadori,

dalle primarie Petetti, De Amicis e Borgo Rosselli e dalle secondarie di primo grado Borgo Rosselli e Nardi, con 1.300 alunni.

Ridotti a due gli isc di **Porto Sant'Elpidio**: uno comprenderà le scuole d'infanzia Peter Pan e Aladino, le primarie De Amicis, Collodi e Pensì e la secondaria di primo grado Galilei, per un totale di 1.349 alunni; il secondo sarà composto dalle scuole d'infanzia Cretarola, Arcobaleno e Coccinelle, dalle primarie Cretarola, Rodari e Martiri della Resistenza e dalla secondaria di primo grado Marconi, con 1.076 alunni.

Il **capoluogo** avrà tre istituti comprensivi. Il Da Vinci (zona sud ovest) con le scuole d'infanzia Salvano, Torre di Palme, Montone, Ponte d'Ete, San Claudio e Molini, le primarie Salvano, Monaldi, Ponte d'Ete, San Claudio e Molini e la secondaria di primo grado Da Vinci, con 1.288 alunni. La zona centro di Fermo confluirà nell'Isc Benetti con le scuole d'infanzia Sant'Andrea, Villa Vitali e Sapienza, le primarie Sant'Andrea, Mancini e Sapienza e la secondaria di primo grado Betti, con 1.039 alunni. L'isc Fracassetti coprirà la zona nord est con le scuole d'infanzia San Giuliano, Capodarco, Lido, San Marco e San Salvatore, le primarie Cavour, Tirassegno, Salvadori, Lido e Capodarco e le secondarie di primo grado Capodarco e Fracassetti, con alunni 1.385.

L'Isc di **Sant'Elpidio a Mare** sarà formato dalle scuole d'infanzia Capoluogo, Castellano e Piane di Tenna, dalla primarie Capoluogo, Cascinare, Casette d'Ete e Piane di Tenna e dalle secondarie di primo grado Bacci e Casette d'Ete, con 1.420 alunni.

I comuni di Montegranaro (infanzia, primaria, secondaria di primo grado) e Monte San Pietrangeli (infanzia, primaria, secondaria di primo grado) andranno a formare l'isc di **Montegranaro**, per un totale 1.574 alunni.

Francesca Pasquali

INRCA  
DI FERMO

## La nostra missione? Il benessere degli anziani!

### L'impegno dell'INRCA è rivolto verso nuovi percorsi mirati alla promozione della salute e del benessere

Il benessere e la promozione della salute della popolazione generale, ma in particolare delle persone anziane, è uno dei vari obiettivi che l'INRCA si propone di sviluppare, in stretta collaborazione con L'ANCESCAO, la Provincia di Fermo, la Regione Marche, gli Ambiti Territoriali XIX e XX, l'ASUR (distretto 1 e 2), i 40 comuni compresi nella provincia di Fermo, i Centri Sociali per anziani della provincia di Fermo ed altre organizzazioni del terzo settore.

### La nascita del progetto "Missione Benessere"

La stretta collaborazione tra enti ed associazioni regionali e del territorio ha permesso l'implementazione di un progetto biennale che vede l'ANCESCAO (Associazione Nazionale Centri Sociali Anziani e Orti) come associazione capofila. Il progetto si chiama "Missione Benessere", nuovi percorsi per vivere bene invecchiando e raggiungere il proprio equilibrio psico-fisico", e nasce con l'obiettivo generale di coinvolgere la cittadinanza del territorio fermano (anziani e non) in attività ed interventi formativi, culturali, aggregativi solidali e socio-ricreativi, atti al raggiungimento dell'equilibrio psico-fisico e dell'invecchiamento di successo, con ricadute positive sulla propria qualità di vita.

### Come si svolgerà il progetto?

Attraverso lo svolgimento di specifici laboratori e corsi finalizzati alla promozione della salute e del benessere su vari fronti. I corsi (riportati nella Tabella I) sono gratuiti e rivolti non solo ai soci dei centri sociali presenti sul territorio fermano, ma sono aperti a tutta la popolazione generale (anziana e non). I corsi saranno tenuti da operatori qualificati che durante le attività non perderanno mai d'occhio l'obiettivo prefissato.

I corsi riguarderanno in particolare attività che coinvolgeranno la mente, il corpo e lo spirito della persona, quali il potenziamento della memoria e degli aspetti cognitivi, l'arte-terapia, la teatro-terapia, la danza-terapia, lo yoga-terapia, la naturopatia. Inoltre, verranno svolti corsi base di informatica e italiano, verranno aperti sportelli di consulenza legale, oltre all'implementazione di incontri formativi su varie tematiche di tipo socio-sanitarie e di scambio con la comunità. Verranno quindi forniti degli strumenti teorico-pratici per invecchiare bene, in salute, favorendo la socializzazione e la creazione di reti e collegamenti tra servizi del territorio. Le attività avranno inizio a partire dal mese di febbraio 2012.

### DENOMINAZIONE

Laboratorio di ricerca "Attiva-Anziano"
Corso "Arte della Memoria"
Corso "Arte della Memoria secondo la Naturopatia"
Corso di "Yoga-Terapia"
Laboratorio di "Teatro-Terapia"
Corso di "Danza-Terapia"
Corso base di Italiano
Corso base di Informatica
Incontro formativo "Le radici profonde non gelano"
Sportello informativo "La legge che dice?"
Incontri formativi "Indovina chi viene a cena?"
Eventi territoriali "Vivere la Comunità"

### Il ruolo dell'INRCA nel progetto

L'INRCA di Fermo darà il suo contributo nel progetto "Missione Benessere" attraverso attività che svolge con successo già da tempo. In particolare, l'impegno verterà sullo svolgimento di training di potenziamento cognitivo per adulti e anziani, una strategia non farmacologica atta ad agire sul recupero e sul mantenimento di alcune funzioni cognitive, sullo stato dell'umore, sul benessere soggettivo, con buone ricadute sulla qualità della vita. I laboratori di ricerca "Attiva-anziano" e "Arte della Memoria", svolti da psicologi esperti e finalizzati anche alla prevenzione del decadimento psico-fisico dell'individuo, verranno svolto tramite esercizi pratici in gruppo per allenare e potenziare le capacità cognitive, che agiscono anche nella sfera emotiva.

### La valutazione dei risultati

La buona riuscita del progetto richiederà una misurazione degli obiettivi raggiunti, che verranno valutati attraverso l'uso di strumenti specifici. L'INRCA di Fermo si impegnerà in particolare nella predisposizione di strumenti di ricerca ed indicatori che verranno rivolti ai partecipanti di tutti i corsi previsti e valutati prima e dopo gli interventi. È prevista pertanto la massima disseminazione dei risultati ottenuti, tramite pubblicazioni scientifiche, incontri formativi e predisposizione di materiale utile alla popolazione generale e a tutti gli operatori che si occupano di salute.