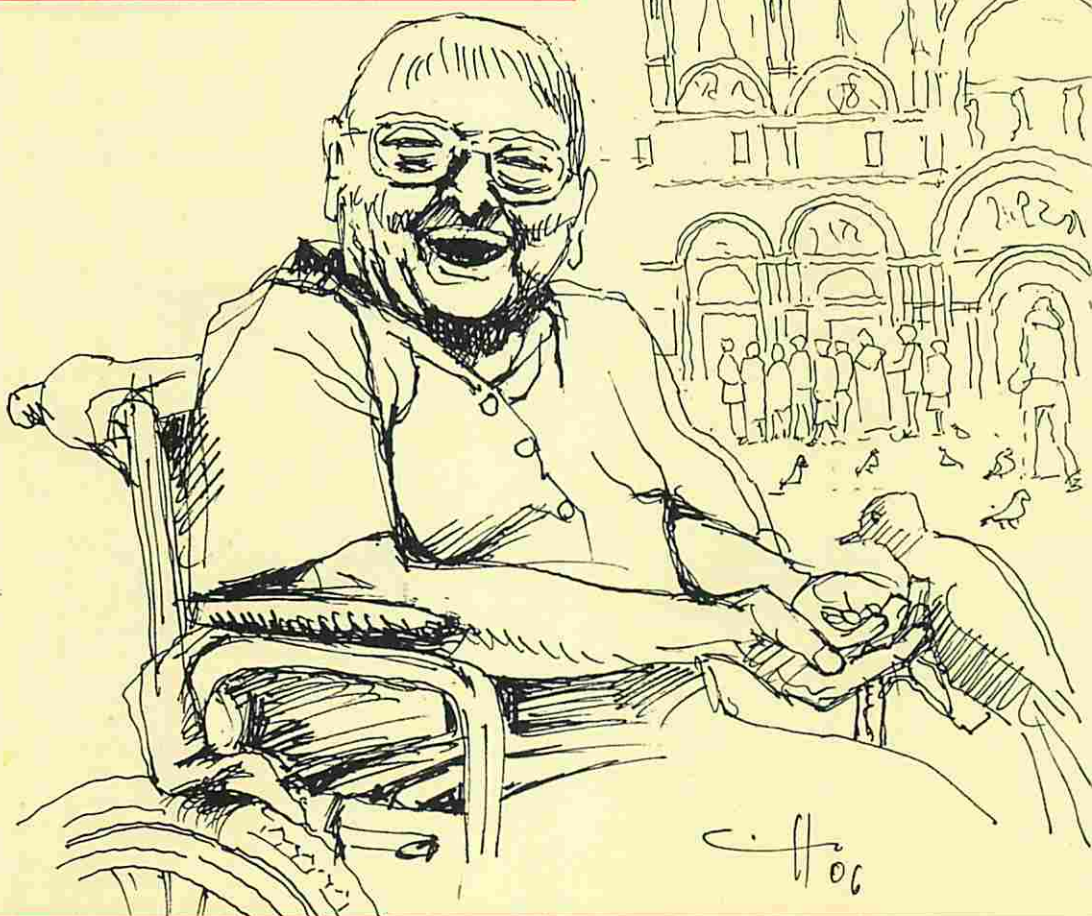


RENATO BOTTURA



Quarta Età!

dalla Sopravvivenza al Senso

Nuova edizione con 12 capitoli inediti
e disegni di Arnaldo "Ciffo" Caleffi

RENATO BOTTURA

Quarta Età

Dalla Sopravvivenza al Senso

Nuova edizione con 12 capitoli inediti
e disegni di Arnaldo “Ciffo” Caleffi



*A Emanuele Brevi,
giovane psichiatra non più fra noi,
che ha seminato,
con dolce competenza e tenera attenzione,
solidarietà vera, ascolto intenso,
opportunità terapeutiche efficaci
per chi soffre nella mente.*

Renato Bottura, nato nel 1953 a Mantova, medico e geriatra da 27 anni, ha scritto: *Letti a rotelle*, 1987; *Storie dal carcere*, 1990; *Per non dimenticare* (riflessioni sulla guerra nel Golfo), 1992; *La nebbia dell'anima* (sui temi dell'Alzheimer), 1994; *Il tempo della canizie*, 1996; *Sul sagrato di San Leonardo* (commenti di omelie di don Walter Mariani), 1998 (assieme al dott. Enrico Baraldi).

Internet: www.renatobottura.it

E-mail: renatobottura@Istmazzali.com

*Un ringraziamento particolare alla signora Ida Sivori
che gentilmente ha "prestato" il suo volto sorridente per la copertina.*

© Prima edizione - 2003 - Editoriale Sometti - Mantova

© Seconda edizione - 2006 - Editoriale Sometti - Mantova

Tel. 0376.322430 - www.sometti.com

ISBN 88-7495-185-X

Presentazione

Quando Bottura mi ha pregato di scrivere una breve presentazione al suo volume mi sono sentito particolarmente onorato, per la stima e l'amicizia che ho per lui da molti anni, ed anche perché speravo di poter contribuire all'insieme del libro.

Leggendo poi queste pagine mi sono accorto che **contengono tutto quanto si può dire di intelligente e di frizzante sulla vita dell'anziano** e che quindi nulla avrei potuto aggiungere nella mia introduzione.

Mi permetto quindi – forse andando “fuori tema” – di riferire quello che ho detto ai miei allievi alla tradizionale riunione di fine anno 2002 del GRG, quando ho parlato loro delle idee di fondo che guidano il nostro lavoro, idee che ogni giorno vanno coltivate e vitalizzate se non si vuole diventare solo dei “*gestori di un fallimento*”.

Ho citato per iniziare due titoli presi dal British Medical Journal (una delle riviste mediche più prestigiose e quindi non accusabile di provincialismo o di assistenzialismo!).

Il 7 dicembre 2002 così intitolava l'editoriale di apertura: “*Medicine need values badly*”, che può essere tradotto: «*La medicina ha disperato bisogno di valori, di capire la sua strada, il “perché” delle cose e non solo il “come”*». Nel secondo, del 28 dicembre, l'editore del giornale, in un numero importante come quello di fine anno, scriveva: «*Spend (slightly) less on health and more on the arts. Health would probably be improved*», che si può tradurre come un invito ad interpretare la salute a tutte le età *non solo come un evento strettamente fisiopatologico*, ma anche come una condizione alla quale contribuiscono *aspetti spirituali ed artistici*.

Credo che Renato si sia involontariamente ispirato a questi due

spunti della famosa rivista inglese, perché tutti i capitoli del libro sono segnati dalla ricerca di “senso”, impresa dalla quale non sono assenti anche aspetti relazionali e metarelazionali quali la religione, l'arte, la filosofia.

Ed anche la *compassione*, che non è attributo delle persone deboli, ma anzi di chi comprende per cultura, esperienza e capacità introspettiva il valore dell'altro nella sua assoluta unicità.

L'intervento natalizio sulle “idee forti” in geriatria (la cui costruzione ritengo sia il mio principale dovere nei prossimi anni, soprattutto per dare dignità e nobiltà al lavoro di migliaia di persone che nelle condizioni più difficili esercitano il compito di assistere con passione e cultura gli anziani ammalati) continuava citando la prolusione tenuta nello scorso novembre a Boston dal professor Michele Marmot all'apertura del 55° Congresso della Gerontological Society of America.

Marmot ha sostenuto che l'anziano deve essere aiutato ed educato a sentirsi padrone della propria vita anche quando le condizioni oggettive fanno pensare ad un forte disagio. Marmot ha sostenuto che solo una “*Mastery*” (parola difficile da tradurre) sull'esistenza permette di ridurre i danni delle malattie, degli eventi sociali negativi, degli insulti del tempo; ma ha anche sostenuto che noi tecnici dell'assistenza abbiamo grandi responsabilità nel coltivare questi spazi pur piccoli di libertà, che troppo spesso tendiamo a ridurre, anche se guidati da buone intenzioni.

Tutto il volume di Renato ha questa tonalità, espressa con vari “colori”: *rispettare la persona anziana che a noi si affida, cercando di valorizzarne gli spazi di autonomia, di originalità, di libertà.*

Io penso a quanto è difficile in alcuni ambienti ed in molte circostanze difendere questi spazi da chi vorrebbe più ordine, minori spese, minore fantasia e magari un diluvio di classificazioni spersonalizzanti!

Non voglio continuare con le citazioni ed i relativi commenti, anche perché leggendo gli spunti di Bottura il lettore avrà mille modi di pensare e di arricchirsi.

Vorrei solo ricordare – continuando nei riferimenti al tempo pre-

sente – che nello scorso mese di dicembre è scomparso Ivan Illich, studioso al quale devo personalmente molto nella mia formazione.

Così ha lasciato scritto: «*Nella mia vita ho sempre combattuto contro la trasformazione dell'umanità in una folla smarrita di clienti e pazienti*».

Nessuna delle figure che Renato ha descritto con lievità ed incisività nelle pagine che seguono ha subito questa trasformazione: non perché si sia obbedito ad Illich, ma perché appartiene alla nostra cultura il rapportarci con uomini e donne liberi, né “clienti” né “pazienti” (ovviamente il termine va inteso per le sue valenze negative).

Buona lettura, quindi ai lettori; e questa sia di viatico per le difficoltà che si profilano sempre più minacciose.

Con la compagnia delle idee espresse da Renato non ci fanno paura né i burocrati, né i “commercialisti” della sanità e dell'assistenza e neppure quelli che vorrebbero farci accettare la sostanziale marginalità umana e sociale del 20% della popolazione, cioè i nostri vecchi!

MARCO TRABUCCHI

*Professore dell'Università Tor Vergata di Roma
Coordinatore del Gruppo di Ricerca Geriatrica-Brescia
Neo Presidente della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria*

Grazie, Ciffo!

Conosco Arnaldo Caleffi (detto Ciffo da sempre) dall'età di 12-13 anni, cioè da circa quarant'anni, quando faceva il mio insegnante di religione alle medie.

Una persona molto importante per me. È stato il mio primo efficace "Direttore Spirituale", come si diceva una volta, figura oggi tristemente andata fuori moda.

Ciffo da sempre sa condensare intuizione, intelligenza, disponibilità. La sua ricchezza umana è figlia di quattro anime. La prima è schiettamente umana ed è testimoniata da una grande sensibilità specie per i deboli, in particolare i ragazzi con handicap, che ha sapientemente accompagnato all'Enaip per tanti anni. La seconda è la fede nel Cristo Liberatore con la sua potente forza rivoluzionaria, che ha incarnato nella breve ma intensa e fondamentale parentesi brasiliana come missionario. La terza anima è la sua scelta matura di formare una bella famiglia, accompagnato dalle sue tre splendide donne. La quarta è la sua originalissima sensibilità artistica, che si è concretizzata nella decisione attempata di diventare architetto.

I volti di anziani che nel libro sono disseminati fra un capitolo e l'altro, come fiori originali e odorosi di senso, riassumono perfettamente le quattro identità del Ciffo.

Io, che amo profondamente le persone ritratte, sono davvero grato ad Arnaldo, perché ha saputo cogliere l'essenza vera di Virginia, Vittorio, Ada... nella loro irripetibile diversità invecchiata.

Grazie, Ciffo, non solo per il dono dei ritratti, ma soprattutto per i semi di bene che hai, magari inconsapevolmente, deposto nel mio cuore.

Renato

TEMI INTRODUTTIVI

Chi è l'anziano fragile?

Chi è l'anziano fragile? È sostanzialmente una persona che di fronte alle difficoltà della vita perde la capacità di mantenere l'equilibrio. Di fronte ad un evento negativo – un lutto, una perdita, una malattia acuta – ne viene dominato e non riesce più a riprendersi. La sua struttura complessiva fa in modo che l'evento negativo sia un gradino dal quale non riesce a tirarsi su, una caduta dalla quale non riesce più a riscattarsi.

E allora al fragile serve qualcosa di molto più specifico e più attento al suo bisogno, di molto più vicino al luogo dove avviene la sua difficoltà. *Bene: come faccio a capire in una popolazione che sta a casa o che è normalmente frequentante i servizi sanitari, qual è quella fragile? È uno dei grandi problemi della prevenzione*, perché se agisco su tutti spendo un sacco di soldi, perdo del tempo e non combino niente. La mia capacità dovrebbe essere di riuscire a capire chi è fragile con studi mirati. Ma gli esperti sanno benissimo quant'è difficile riuscire ad identificare – su 100 mila anziani che stanno in una città – quelli che potrebbero aver bisogno di una azione particolare. E questa è una prima difficoltà che ancora non siamo riusciti a superare.

Una volta individuato l'anziano fragile, va capito perché e come agire. I servizi devono essere fatti da gente che ha cultura e attenzione. Le persone, siano medici, infermieri o altri professionisti,

dovrebbero essere molto colte: invece spesso sono gestiti da quelli che, purtroppo, non trovano un altro lavoro. Occuparsi degli anziani, se non si è colti, è un mestiere drammatico. L'ignoranza genera frustrazione, che poi porta al maltrattamento dei pazienti.

Nell'analisi dell'anziano bisogna vedere i singoli comportamenti e avere una capacità complessiva di capire sinteticamente come vive. E ciascuno dei due ambiti non deve prevalere sull'altro. Cosa vuol dire? La chiave del rapporto con l'anziano fragile è la medicina narrativa, basata sulla capacità di ascolto, di esercitare compassione (che non vuol dire patire ma capire). L'operatore distaccato, che non è capace appunto di compassione, non sarà mai un operatore che fa il suo mestiere.

In terzo luogo dobbiamo dire che nella medicina delle cronicità lo slogan fondamentale è «*misurare misurare misurare*». Se non misuro, io operatore non esisto, perché quello che ho fatto passa assolutamente irrilevante. Devo fare un progetto e poi, con gli altri collaboratori della mia équipe (medici, non medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, psicologi, assistenti sociali, ecc.), devo cercare di vedere se ho raggiunto quegli obiettivi.

Il tutto ha senso in un'ipotesi di continuità dell'assistenza. Oggi di cosa soffriamo in Italia? Della solitudine di chi è fragile, della solitudine dell'anziano non soltanto rispetto agli affetti ma rispetto ai servizi. Chi sta male è abbandonato, perché non esiste la cosiddetta continuità terapeutica e quindi abbiamo la disperazione del paziente, della sua famiglia rispetto alla solitudine e alla incapacità dei servizi di accompagnarlo. *La grande rivoluzione è trasformare l'assistenza alla persona fragile in qualcosa che lo accompagni nel tempo con la conoscenza, con l'informazione, con la continuità degli interventi.* Altrimenti la solitudine del malato cronico aggrava la sua cronicità, accorcia la sua vita e lo rende ancora più fragile.

Per tutto ciò l'anziano fragile ha bisogno di operatori intelligenti, generosi, compassionevoli, attenti, colti e che sappiano indirizzare il loro lavoro alla continuità, perché nessuno di noi è un'isola.

MARCO TRABUCCHI

Tutto nasce dai sogni

I sogni non finiscono mai

La forza del tempo lacera l'anima e attraverso questo strappo vi penetra l'eternità.

SIMONE WEIL

Il mio primo sogno era portare i letti con le ruote in Piazza Erbe, a far meravigliare, ingelosire, arrabbiare, scandalizzare la città. È un bel sogno e si può realizzare. Ma non basta.

Il secondo sogno voleva chiudere gli Istituti, le Case di Riposo: una sorta di legge 181, che dopo la mitica 180 che chiuse (in più di vent'anni di gestazione) i manicomi, osava eliminare gli ospizi, i geriatrici offrendo alternative più vicine al domicilio. Ci siamo vicini. Ma non basta.

Il terzo sogno non si potrà mai inverare fino in fondo. E proprio per questo è forse il più assurdo, ma il più bello, perché irrealizzabile.

E allora lasciamoci avvolgere dal sogno, al pari di un abbraccio caldo e lungo come il tempo, lunghissimo come l'Eternità.

Provate a pensare che i dementi si liberino come d'incanto dal loro Alzheimer, così abbarbicato al loro cervello da diventare un tutt'uno con l'identità della persona.

Un mattino la signora Francesca ricomincia a chiamare per nome la figlia, e non più la mamma, morta da 50 anni. Eppoi le chiede di mangiare la sbrisolona, che tanto amava da giovane, lei che urlava tutta notte e urinava in ogni angolo. E comincia a dire: «*Sono libera da questi lacci che mi stringono il cervello da 10 anni; posso parlare con dolcezza, riesco ancora a immaginare un bel tramonto!*». La signora Giulia inizia a cantare la canzone appena ascoltata alla radio, stancamente accesa da ore. «*Che bella musica, non l'ho mai sentita*». Urla, di gioia, lei che non parlava più da anni.

L'oblio è scomparso.

Il buio interiore si è dissolto.

L'angoscia strisciante si è rarefatta.

Le gambe hanno di nuovo forza, brio, calore.

Il sorriso si ridisegna chiaro sul volto.

È un miracolo o un sogno?

Che sia stato l'ultimo farmaco, il vaccino americano, la preghiera intensa della figlia, la voglia di guarire? Che importa. È successo.

E così la gamba rinsecchita e il braccio duro di Luigi che da anni sono un soprammobile del suo corpo iniziano a muoversi di nuovo, a roteare nell'aria, a sentire la terra sotto i piedi, ad afferrare la forchetta.

E la voce ritorna, chiara, limpida, congrua, intonata.

Lictus è scomparso, il mezzo uomo bloccato ritrova fluidità, coordinazione, e dialoga ancora con l'altro mezzo uomo sano.

E la Olga un bel mattino non trema più nelle gambe, nelle mani, nelle labbra.

E la rigidità "Parkinsoniana" sfuma dolcemente nella plasticità delle membra, che possono alzarsi dalla carrozzina e darle un calcio così forte da gettarla contro il muro.

E così Francesca, Giulia, Luigi, Olga si prendono per mano e cominciano a correre sotto i portici del centro di Mantova, e si fermano a prendersi un gelato gigante e a leccarlo con dolce avidità. Poi entrano in Sant'Andrea e corrono assieme verso l'altare, si avvicinano assieme alla Croce e prendono per mano il Cristo Crocefisso, che volentieri si schioda e scende per correre insieme a loro.

E poi tutti e cinque escono di chiesa, tutti per mano, e cominciano a prendere le mani della signora con la spesa, del bambino che gioca davanti alla Rotonda di San Lorenzo, di Fabio che vende i cappelli in Piazza Erbe, di Gianni che ha una boutique di classe in Via Verdi, delle due studentesse del liceo che amoreggiano con i sogni adolescenziali, di don Ulisse, splendido parroco di Sant'Andrea che esce di canonica, dell'autista della corriera che scende e prende per mano questo lungo, infinito, serpentone di vite, di gioco, di canti, di danze, di risate.

Sarà così l'aldilà?

Dalla sopravvivenza al senso

Anche se l'uomo esteriore si va disfaccendo, quello interiore si rinnova di giorno in giorno.

SAN PAOLO (lettera ai Corinzi)

Nel dialogare continuo fra queste due realtà sta racchiuso il nocciolo del libro.

Dal quanto (numero di anni malati, numero di malattie, di problemi), dal dato obiettivo, dalla misurazione, dalla fotografia dell'esistente, al perché e al significato nascosto di tutto questo, al farsi le domande dure, difficili, paradossali, all'abbozzare risposte profonde.

Vi invito dunque a leggere ogni capitoletto cercando di misurare in ognuno quanto di senso può essere nascosto dietro e dentro ad un dato argomento.

Esiste anche una sorta di progressione di argomenti che "*crescono sempre più di senso*", partendo dall'apparente aridità del non-senso alla pienezza del senso compreso e percepito istintivamente da ogni lettore.

Un esempio: sopravvivere e basta è importante, ma si fa molta fatica a capirne il senso. E questo sta alla estremità sinistra della riga. Un malato di demenza che partecipa attivamente a messa (per esempio) ha poco di oggettivo, misurabile, ma molto di senso, anche misterioso, ma pur sempre senso.

Per ogni capitoletto potrete così segnare un punto sulla linea retta dentro i cerchi che si intersecano a seconda del vostro giudizio, percezione, pensiero, adesione.

Il punto si avvicinerà o meno alla linea retta, al concetto di sopravvivenza o di senso.

Potrà così essere una bella scommessa con sè stessi riconoscersi o condividere il tanto di sopravvivenza o il poco di senso o viceversa, di un capitolo o di un altro.

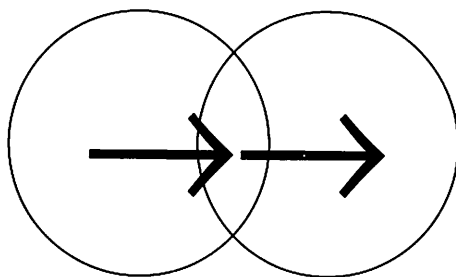
E così, piano piano, andremo (lo spero di cuore) a fondo della nostra personale ricerca di senso.

E i nostri protagonisti del libro potranno diventare specchio della nostra affascinante ricerca, cui nessuno deve mai rinunciare: cercare di capire, di andare a fondo, di arrabbiarsi, di scoprire significati, di intuire nessi importanti, di gustare qualcosa cui mai avevamo pensato prima negli avvenimenti della nostra vita e di quella degli altri.

E ci accorgeremo che questo cammino che porta dalla sopravvivenza al senso è di ognuno di noi, qualunque età abbiamo, qualunque appartenenza viviamo, qualunque latitudine abitiamo.

Quando scopriamo dietro alle cose semplici, o magari assurde e paradossali (come tanti dei temi del libro) un senso, anche piccolo, o grande, magari con la S maiuscola, beh, lì avverrà un piccolo miracolo che ognuno di noi avvertirà chiaramente.

SOPRAVVIVENZA SENSO



quanto, quando come perché
dove, chi
che cosa
se, ma

E allora la quarta età, forse, ci farà meno paura, e invece di fuggire chi l'ha già raggiunta, ci inginocchieremo al loro capezzale a ricercare insieme il perché, i perché, i "perché no?". Come facevamo da bambini.

Spiegazione dello schema

L'area circolare della Sopravvivenza e quella del Senso si intersecano e si sovrappongono in parte.

Più si sta verso la sinistra, maggiore è l'incidenza del *quanto*, del *quando* e del *dove* dei problemi e dei temi e dei ritratti del libro, dei *chi*, dei *che cosa*, dei *se*, dei *ma*.

Andando verso la destra, si incontrano i *come* dei capitoli mentre all'estrema destra della linea che è dentro ai cerchi, si arriva ai *perché*.

Ovviamente tutti i 9 avverbi sono importanti.

Ma mentre i primi sette indagano la quantità, i luoghi e i tempi (certamente importantissimi) e quindi, solo in parte la qualità, i *come* approfondiscono ancora di più le qualità e soprattutto le relazioni.

I *perché* entrano nella profondità dei significati e delle domande ultime di ogni uomo e della società intera.

Le tre perle che riassumono il libro

«È possibile sopravvivere solo con un orientamento al futuro e uno scopo il cui compimento ci attende nel futuro».

Viktor Frankl

«La società perfetta non è quella in cui ciascuno ha il suo, ma quello dove ognuno dà il suo, vive per l'altro; dove nel dono reciproco, ognuno diventa tutti gli altri e raggiunge la pienezza di sé stesso».

Pier Paolo Pasolini

«Mi vanterò ben volentieri della mia debolezza, perché dimori in me la potenza di Cristo. Perciò mi compiaccio nella mia infermità, negli oltraggi, nella necessità, nelle persecuzioni, nelle angosce sofferte per Cristo: quando sono debole, è allora che sono forte».

San Paolo, 2 Cor. 12, 9b-10

Queste tre frasi formano una sorta di struttura portante di tutto il libro. Vi consiglio vivamente di impararle a memoria: esse potranno accompagnarvi non solo nella lettura, ma accarezzare i vostri giorni e il vostro cuore.

Gli obiettivi e il senso, il dono reciproco, e la debolezza umana che può essere una straordinaria forza interiore, sono come tre vie maestre che portano sia da sole, tanto più insieme, a sperimentare in noi la gioia profonda. Ve l'assicuro.

Alive (vivo)

*La maggior parte degli uomini impiega
la prima parte della loro vita a rendere
l'altra miserevole.*

JEAN DE LA BRUYÈRE

Accostare l'età della dipendenza e della malattia cronica del vecchio alla logica della sopravvivenza è per me una novità.

Non avevo mai riflettuto attorno a questo rapporto strano e stimolante insieme.

In primis: la sopravvivenza è la parola chiave e la legge n. 1 nel Regno Animale e Vegetale.

Gli animali in Natura vivono per sopravvivere e sopravvivono per vivere.

Non si domandano il perché di ciò: è fondamentale in natura mangiare, predare, fuggire e non lasciarsi predare.

E ciò è sufficiente in Natura.

Per la specie umana c'è di più, molto di più: *la ricerca del senso*. E ne riparleremo a lungo.

Ho visto poi, con curiosa attenzione e partecipata empatia, il film "*Alive*", che racconta la storia dei sopravvissuti dell'aereo caduto sulle Ande i primi anni '70.

Una storia vera così come ne incontro tante tutti i giorni al capezzale dei miei padroni: i malati cronici.

Pensare che ogni loro nuovo giorno sia per essi una conquista indicibile è per me confortante.

Lo confesso, ho sempre creduto che i giorni dei miei vecchi

disarticolati di stanchezza e disagi, fossero un trascinarsi faticoso verso un non so che.

E se fossero, al contrario, una lotta vinta alla sera di ogni giorno malato?

Se il sopravvivere senza senso rappresentasse, al contrario, un aggrapparsi spasmodico alla potestà della vita?

Quei giovani cileni che, in quella carcassa d'aereo, fra i ghiacci e il terrore, componevano, minuto per minuto, il mosaico di una vita ritrovata, possono essere figure capovolte di un uomo vecchio e piagato al sacro nel quarto stadio.

La medicazione quotidiana, tragica e assurda assieme, può diventare per il vecchio malato il sottrarre un minuto in più alla morte vicina, e riporla, con dolcezza, nell'utero della vita.

«*Si tira a campà*», dicono i napoletani: «*tirare la vita*» significa quasi prenderla a forza per i capelli e farla propria.

Sopravvivere, per un malato cronico, vuol dire stringere fra i denti quel giorno che fugge, quel brandello di vita che scivola via e sorridere sereno per aver fatto lo sgambetto, almeno per un giorno, alla morte, regalando un raggio di vita e un anelito di senso al mondo.

L'età della sopravvivenza

*L'uomo anziano si trova sul confine tra
il tempo e l'eternità.
È qui che lo attende il suo compito più
arduo e più sacro, che può diventare un
grande peso.
Ma Dio porta questo fardello con lui.*

KARL RAHNER

L'arco vitale di un uomo è come un arcobaleno: si compone di tanti colori, tutti indispensabili a formare l'iride e tutti utili a contribuire alla pienezza della luce.

Le età della vita sono fondamentalmente cinque: la prima e la seconda infanzia, l'adolescenza e la giovinezza, l'età adulta, l'età della prima senilità (la cosiddetta terza età) e l'età della grande senilità (detta anche quarta età).

Contando bene, a ben vedere, ne enumeriamo sette. Ma le riduciamo appunto a cinque, soprattutto perché vorrei associare a questo numero altrettante parole-chiave, tipiche ognuna di una fase antropologica irrinunciabile della vita.

Esse corrispondono rispettivamente:

- *all'infanzia*: il gioco e la gratuità;
- *alla giovinezza*: l'apprendimento-scolarizzazione;
- *all'adulità*: il lavoro;
- *alla prima senilità*: il cosiddetto "meritato riposo";
- *all'ultima parte della vita*: la cosiddetta sopravvivenza.

Mi fermerò, ovviamente, ad approfondire quest'ultima.

L'età della sopravvivenza può anche essere assimilata alla cosiddetta "quarta età".

Essa, come è noto, non solo comprende un dato anagrafico (gli ultrasettantacinquenni), ma possiede anche una valenza esistenziale: rappresenta tutte quelle persone costrette a vivere una dipendenza fisica e/o psichica.

In pratica in questa età incontriamo i malati cronici vecchi e non, gli handicappati gravi, anche giovani, i malati di mente molto disturbati e marginalizzati.

Per approfondire occorre scomodare l'OMS (l'Organizzazione Mondiale della Sanità) che ha codificato con chiarezza i rapporti che portano un organo del corpo di una persona ad ammalarsi, successivamente a menomarsi, poi a perdere l'abilità, e infine a vivere l'handicap.

Schematizzo questa fondamentale successione:

→ Malattia d'organo → Menomazione → Disabilità → Handicap.

Una malattia di un organo (o più organi contemporaneamente) può, se perdura a lungo, determinare una menomazione, cioè un'incapacità più o meno grave di utilizzare quell'organo colpito (per esempio un ictus porta alla menomazione di un braccio). Successivamente subentra un'incapacità a compiere tutta una serie di abilità utili nella vita quotidiana.

Se questa disabilità coinvolge, nello scorrere del tempo, anche gli altri apparati, la disabilità può diventare handicap, cioè svantaggio sociale, con tutte le conseguenze psico-relazionali deficitarie e con un impatto sociale spesso devastante (perdita di lavoro, solitudine, spesso isolamento, marginalizzazione, povertà economica).

Ma l'età della sopravvivenza è ancora di più. Essa, nel profondo, mina l'essenza stessa della persona, rendendola diversa da quello che è sempre stata, cioè capace di relazionare col mondo e di rendersi utile al contesto sociale.

Chi vive la sopravvivenza deve rigerarchizzare i propri valori, riscrivere la scala delle priorità di sé stesso.

Per prima cosa non conta più il ruolo sociale, il tipo di lavoro che fa, l'aspetto fisico, l'essere madre o padre, il sentirsi indispensabile o comunque utile in molte situazioni, l'essere i primi in quello sport o in quella materia scolastica, o essere un uomo che guadagna molto, o una donna che riesce a conciliare con abilità la famiglia, il lavoro, il rapporto col marito...

Sopravvivere significa mettere al primo posto le cose indispensabili per "*campare*": mangiare, eliminare, respirare, non avere dolori eccessivi, riuscire, se possibile, a uscire dal letto e mettersi al massimo in poltrona o in carrozzina.

Capite cosa vuol dire sopravvivere? Scommettere che giungere alla sera di ogni giorno è già di per sé una conquista grande, e che "*tirare mattino*" è un'altra conquista, che potersi scaricare dopo magari 5 giorni è una vittoria importante, che respirare bene senza ossigeno è una fortuna, che stare a letto o in carrozzina senza formare piaghe da decubito è un altro tassello della sopravvivenza.

Capite? Almeno 3 o 4 milioni di persone in Italia vivono, seppur con sfumature e intensità molto diverse, tutta questa fatica del vivere. Dementi, emiplegici, gravi artrosici, Parkinsoniani, scompensati di cuore o affetti da insufficienza respiratoria (dove ogni respiro è una scommessa con l'ossigeno)...

E ancora: non vedenti o sordi gravi, afasici (chi non riesce più a parlare), chi è roso nei nervi periferici, magari ancora in giovane età (sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica), para o tetraplegici per incidenti, comatosi, malati terminali che prolungano a volte anche per lunghi periodi la loro sofferenza totale, allettati con piaghe da decubito, malati di mente con psicosi, schizofrenie, depressioni, anoressie nelle forme gravi, obesità gravissime...

Vi renderete conto allora di questo mondo nascosto agli occhi dei più, un mondo che palpita sofferenza, senso e non senso, che lancia e si fa domande drammatiche, che abbozza significati e risposte, che apre speranze e disillusioni, che sfiora disperazione o sa godere delle briciole della vita.

L'età della sopravvivenza è lo spazio del limite della vita, è il segnale di una vita continuamente ritrovata, è lo spessore dei signifi-

cati veri e profondi del vivere, ma anche dei perché senza risposta, della rabbia nascosta, delle attese mai dome.

Dice Paolo (*I Corinzi* 1,27-28):

«Dio ha scelto quelli che gli uomini considerano ignoranti, per coprire di vergogna i sapienti, ha scelto quelli che gli uomini considerano deboli per distruggere quelli che si credono forti. Dio ha scelto quelli che nel mondo non hanno importanza e sono disprezzati o considerati come se non esistessero, per distruggere quelli che pensano di valere qualcosa».

E allora, a noi, medici, infermieri, parenti, volontari e tutti i cittadini cui stanno a cuore anche coloro che arrancano e faticano, è richiesto un *surplus* di stupore e di ringraziamento, perché essi liberano il meglio di noi stessi e toccano le corde profonde dell'esistere.



Virginia: due occhi azzurri da far girare la testa a qualunque uomo, 50 anni d'infermiera all'ex Manicomio, un sorriso splendidamente triste.

IL MASSIMO DI SOPRAVVIVENZA

La fotografia - Le cose misurabili

La fragilità e i modelli clinici in geriatria

La vita, verso sera, come i sogni verso mattina, diventano sempre più trasparenti ed ordinati e questo è un grande beneficio.

KARL WEBER

Riprendendo le splendide riflessioni del professor Trabucchi sull'anziano fragile che avete letto all'inizio del libro, vorrei offrirvi spunti di ulteriore approfondimento clinico, certo rapidi e superficiali, ma che considero di grande utilità per farvi capire la complessità, l'interazione dinamica, la sinergia, le risorse, i "talloni d'Achille" di molte situazioni concrete che vivono gli anziani nella quarta età.

Vorrei farvi capire il nesso fra la fragilità e alcuni "modelli clinici", come sono stati definiti, che in geriatria spesso si presentano dinamicamente. I fattori che determinano la "fragilità" dell'anziano sono molteplici.

Ecco i principali:

- *Età*, una età di 75 anni e oltre è considerata "cut-off" per la determinazione della fragilità.
- *Livello economico*, che stabilisce la possibilità o meno di sottoporsi a particolari tipi di cure.

- *Solitudine*, che potrà essere “*relativa*”, se esistono dei parenti vicini, o “*assoluta*”, se non sono presenti parenti vicini.
- *Recente ospedalizzazione*.
- *Eventi sentinella*, quali la frequenza di cadute e l’insorgenza di incontinenza.
- *Disabilità cognitiva o demenza*.
- *Depressione*.
- *Poli-patologia*.

Ciascuno di questi fattori da solo non è in grado di determinare il tracollo, ma spesso sono sufficienti due o più di tali fattori per far precipitare una situazione di fragilità.

In geriatria esistono diversi modelli clinici:

1) *Circolo Vizioso*.

Una malattia acuta, ad esempio un eccesso febbrile (definito *ACE*, cioè “*evento clinico avverso*”), può, nel soggetto anziano, determinare uno stato di confusione mentale. In tale situazione potrà ridurre la quantità di acqua introdotta con conseguente compromissione renale e poliuria. Ciò potrà determinare uno stato di disidratazione che ancora inciderà aumentando lo stato di confusione mentale. Pertanto, da un normale evento clinico si instaurano vari meccanismi che determinano un circolo vizioso.

2) *Complicanze a cascata*.

In questo secondo modello un normale evento clinico determina una serie di meccanismi sempre più gravi che possono anche condurre alla morte.

Un esempio può essere quello della cascata di eventi generata da un normale evento clinico (anche esso considerabile un “*ACE*”) quale la nausea; questa può portare vomito, con conseguente disidratazione, quindi ipotensione ortostatica, che potrà determinare una sincope, con probabile rottura del femore; sarà necessario l’allettamento, che porterà alla formazione di piaghe da decubito, con conseguente sepsi e morte.

3) *Morbilità sinergica.*

La polipatologia statica di cui abbiamo accennato sopra determina non solo una somma di morbilità, ma tali morbilità interagiscono e si potenziano con un'azione sinergica. Si tratta in realtà di una *co-morbilità* dinamica. A tutt'oggi però il relazionarsi tra diversi agenti patologici è una realtà parzialmente sconosciuta. Un esempio potrebbe essere la interazione tra uno scompenso cardiaco e una artrosi dell'anca; tale interazione porterà a poliuria e ad incontinenza definita "ecologica", in quanto è legata all'ambiente.

4) *Modello attributivo.*

Secondo questo modello si attribuisce ad un certo sintomo, ad esempio vertigini, una certa valenza. In realtà alla base c'è spesso una patologia mis-conosciuta; nel caso della vertigine spesso c'è un problema di tipo depressivo, perciò si tratta in realtà di una psico-somatizzazione.

5) *Modello dell'evento smascherante.*

L'evento smascherante una situazione di fragilità è molto spesso il decesso del coniuge; questo determina una sofferenza psichica con rottura dell'equilibrio pre-esistente e, molto spesso, la successiva istituzionalizzazione.

Seppur succintamente credo che abbiate colto quanto malattie, eventi della vita, disabilità fisiche anche modeste, interagendo dinamicamente e spesso imprevedibilmente, sono in grado di rompere i precari equilibri della fragilità geriatrica.

Conoscerli, capirli, è indispensabile per pensarvi, prevenirli, se possibile, dunque, posticipare le conseguenze della cosiddetta "disabilità catastrofica", cioè a rapida evoluzione e con gravi o fatali conseguenze, così frequente negli anziani fragili.

10 modi di chiamare un malato

*Beati quelli che mostrano pazienza per il mio piede che inciampa e per la mia mano tremante.
Beati quelli che comprendono che il mio orecchio deve sforzarsi per capire ciò che mi si dice.
Beati quelli che mi sorridono e si fermano un istante per chiacchierare con me.
Beati quelli che non dicono mai: «Questo me l'ha raccontato oggi già per la terza volta».
Beati quelli che mi fanno sentire che sono amato, rispettato e non abbandonato a me stesso.*

ANONIMO AFRICANO

Le parole pesano. Non è vero che siano indifferenti. Non è per questo la stessa cosa usare un sostantivo o l'altro nel definire le persone, ancor più delle cose.

Dire paziente, o utente, o cliente, o cittadino, o malato, o persona che soffre, o usare il nome proprio non è quindi la stessa cosa.

Ogni stagione ha utilizzato l'uno o l'altro di questi appellativi. Vorrei analizzarli uno per uno, per approfondire i significati e le intenzioni, spesso celate dietro l'uso di una parola o l'altra.

Ho dato un ordine che va dal più negativo o spersonalizzante a quello, a mio parere, più ricco di umanità, rispetto, empatia.

1) Il numero

Tutti sappiamo che sui letti di un ospedale ci sono i numeri. Sono comodi, li si ricorda facilmente. Certo che sentir dire: «Vai al

numero 3 perché ha suonato il campanello» non è il massimo del rispetto per quella persona.

Anche gli internati nei campi di concentramento avevano il numero. Il codice fiscale ci inquadra in una sigla fatta di lettere e cifre. I numeri, dunque, sono proprio il massimo dell'oggettivazione e il minimo della soggettività di una persona. Meglio abolirli in fretta!

2) L'organo, la malattia

In corsia spesso si usa anche questa orribile oggettivazione a pezzi del nostro corpo-persona.

«Prova a palpare il fegato della n. 5!». «Guarda gli esami di quella cirrosi epatica del letto n. 6». «È entrata una demenza molto disturbante». Sentirsi dire ciò deve essere come un pugno allo stomaco.

3) Cliente

Questa parola può fare un po' ribrezzo se si pensa a un malato. È vero. Ma prima indaghiamone le sfumature positive, che sono certo numerose.

In genere ad un cliente si sta attenti o lo si ascolta con interesse perché esso è un potenziale compratore del mio prodotto (dare salute, in questo caso).

«Se lo tratto bene, egli sarà soddisfatto, resterà qui da me e non cercherà altri venditori di salute», pensa il "tecnico della salute". E ciò spesso funziona ed è sufficiente a trattenere il malato.

Ma la domanda vera che sorge è: il venditore fa davvero il bene del malato, o vuole mantenere il proprio interesse di venditore? Qui si disvela inevitabilmente la logica del mercato. Si può vendere salute? Si può acquistarla al di là di un banco? Sì e no.

In ogni caso non è sufficiente per le domande alte, lunghe e profonde che l'uomo sofferente ci pone.

Come fa a sapere la commessa del negozio quanto significa per la cliente quella collana regalata, quale valore ha per quella persona

quel regalo che acquista, quali emozioni, domande, desideri, sogni, dubbi, paure, attese significano quell'oggetto comprato?

L'uomo che sta male può forse comprare salute, ma non certo sondarne il significato.

Mi diceva ieri mia moglie: «Sai, ho fatto l'ecografia e non c'era niente. Ma sai, non sono contenta». «Perché?» replico io. «La dottoressa non mi ha neppure rivolto lo sguardo e, terminato l'esame, se ne è andata in fretta, salutandomi appena, e lasciandomi lì sola». «Ah, ho capito», le ho risposto. E ho riflettuto.

Altro è l'oggettività clinica, diagnostica, terapeutica, altro è la soggettività della malattia, l'interiorità, le percezioni, il vissuto di quel momento, la storia precedente.

La persona riassume in sé la globalità dell'esperienza umana. È al contempo corpo e interiorità.

4) Paziente

È il termine che la fa da leone sul panorama del mercato degli appellativi. Ma paziente cosa? Chi l'ha detto che uno che sta male deve essere paziente? È noto a tutti infatti che proprio quando si soffre, la virtù della pazienza tende a venir meno.

Un dolore del corpo, una spina nell'anima, un pensiero disturbante, un'ansia sottile e continua non possono certo dare tranquillità. Dunque chiedere pazienza in un momento difficile o molto difficile, quando l'integrità psicofisica viene frantumata, quando il compiacimento del proprio globale benessere è messo in crisi, beh, è a dir poco inadeguato.

Ognuno di noi tende continuamente all'equilibrio interiore, che è sempre la risultante del benessere del corpo, della mente e del cuore messi insieme e ben armonizzati fra loro. La pazienza può essere esercitata con pienezza solo quando questi tre "benesseri" coincidono.

È probabile dunque che la parola "paziente" sia stata coniata da chi sta bene per chi sta male, al fine di tutelare la tranquillità del primo sul secondo.

«Stai paziente, così io, che sto bene, non perdo la pazienza!».

La realtà è invece ribaltata: «*Io, malato, sono così impaziente di star male che chiedo la pazienza di chi sta bene!*». È questo il paradosso che tuttora si vive in ogni ambito del mondo della malattia e del soffrire. Riflettiamoci!

Ovviamente la parola paziente evoca anche la sfumatura certamente più importante: «*Colui che patisce*». Su questa dimensione si fonda ovviamente l'atto medico, che vuole alleviare il dolore e ridare, se possibile, la guarigione.

5) Utente

Vi piace davvero? Siate sinceri.

Non è bellissimo, anche se è corretto dapprima sottolinearne gli aspetti positivi. Che sono comunque numerosi. Vediamoli.

In primis recuperiamo il valore intrinseco della parola, che vuol dire "utilizzo", cioè mi servo di un servizio fatto per me. Si recupera tutto il valore professionale, tecnico, tecnologico, addirittura, di una capacità acquisita e retta dalle conoscenze scientifiche. Inoltre si serve, l'utente, anche delle grandi opportunità che i sistemi complessi socio-assistenziali-terapeutici si sono dati.

E si raccolgono così le esperienze di milioni di operatori e di scienziati che in tutto il mondo hanno accumulato esperienza e conoscenza.

Ma non basta "consumare" un servizio quando c'è di mezzo la sofferenza. Occorre sondare infatti molti altri strati di umanità che il dolore umano induce nell'individuo e in chi gli sta accanto. È per questo che utente appare un termine non esaustivo, perché taglia inevitabilmente la profondità esistenziale del patire, il non-senso/senso celato dietro e dentro il soffrire dell'uomo.

L'utente non può chiedere al servizio «*Perché soffro?*». È questo un piano diverso, molto più profondo, che l'usare non implica. L'utente chiede soddisfazione di un bisogno, non di un desiderio, nè tanto meno del perché nascosto, nè del grido esistenziale sotteso, nè del significato recondito.

Certo è già molto sapere che esiste un servizio che può dar rispo-

sta a bisogni emergenti di dolore e di malattia. La logica dell'utente è utile ma non sufficiente.

6) **Cittadino malato**

La dimensione di "cives" (città) è certamente molto ricca. La città rappresenta le relazioni piene tra le persone, i luoghi cari, la casa, le strade conosciute.

L'uomo si realizza nella città, lavorando, incontrandosi al bar, a fare compere, nelle piazze, al mercato, nelle parrocchie, nelle chiese, passeggiando, andando a trovare i propri cari, gli amici.

Il cittadino ha dei diritti e dei doveri, e si realizza in essi. Ma non può però vivere tutta la gamma di significati esistenziali di una persona. Il cittadino è una parte della persona, importante, ma non completa.

7) **Ospite**

Praticamente in tutte le culture umane l'ospite ha un posto di primo piano nelle tradizioni famigliari.

Ad esso si offrono i cibi migliori, esiste spesso un luogo predisposto a lui, in alcune culture si offre addirittura il proprio letto per riposare.

L'ospite diventa la persona più importante per la famiglia, ne è al centro dell'attenzione, gode di rispetto e ascolto.

Ricordo quando con mia moglie andammo a trovare i suoi parenti in Sicilia, e gli zii di Angela ci offrirono il loro letto matrimoniale. Fu per me un gesto insolito e al contempo stupendo, che poi abbiamo ereditato anche noi.

La Bibbia è ricca di episodi in cui all'ospite si assicura il meglio di quello che la famiglia possiede. Nel mondo ospedaliero non si utilizza, normalmente, questo appellativo per denominare la persona malata. Nelle case di riposo giustamente si utilizza questa parola così ricca di valenze e sfumature.

8) Signore, Signora

Può sembrare strano, ma spesso questo appellativo non piace al malato. Spesso mi hanno risposto: «*Dottore, la signora è quella che ha tanti soldi. Io non sono "la Signora", io sono la Maria*». E allora ho capito che spesso questo appellativo può essere percepito come distacco, quasi come una svalutazione della propria identità e individualità.

La “*siora*” nel nostro dialetto è quella che non lavora, in genere, con persone che la servono e la riveriscono. Questo almeno nell’immaginario di chi è anziano, diciamo ultrasessantenne. I malati più giovani, al contrario, accettano di più questo prefisso, ormai entrato nel linguaggio comune e spogliato dei significati borghesi e di casta, una volta molto più incisivi.

Ecco perché occorre, inevitabilmente, passare all’ultima formulazione, che riassume tutte le precedenti.

9) Il nome, il cognome, la professione

«*Signora Maria*» è molto più caldo e vero di dire «*quel cuore aritmico*». Fin dalla nascita ci sentiamo chiamati per nome dalla mamma, e imprimiamo nel fondo di noi questo marchio indelebile del nostro nome che ci piace molto.

Quando una persona si sente chiamare per nome sente subito eceggiare in sé armonie dolci, emozioni positive.

«*Mi ha chiamato per nome, quel medico sa allora il mio nome, irripetibile e personale. Che bello!*». È questo il pensiero inconscio e nascosto che vorremmo sempre sentirci dire.

Io amo molto sentirmi chiamare “Renato”.

Quando in mezzo a 100 «*Dottore?*» sento il mio nome, come un brivido mi si diffonde lungo le membra.

Mi viene spontaneo dire fra me e me: «*Allora valgo qualcosa per gli altri, al di là di essere medico! Allora il mio nome e dunque la mia identità profonda, conta per gli altri, al di là del ruolo e dell’investitura che gli altri mi danno*».

Anche il cognome in fondo non è male. «*Vai da Bottura a sentire come sta*».

Credo che l'impatto emotivo interiore sia meno forte rispetto al nome, meno radicato nell'inconscio, più "adulto" come acquisizione, più scolastico se volete, ma certo positivo.

In fondo di Bottura in quell'ospedale non c'è nessun altro. La mia individualità e irripetibilità vengono rispettate e valorizzate. E non è poco.

La professione. Sentirsi dire: «*Come sta il nostro falegname, la nostra insegnante, la nostra casalinga?*» mi sembra che sia una buona premessa per essere considerati per quello che siamo, e soprattutto riconosciuti per ciò che siamo riusciti a costruire nella vita.

Dunque anche l'appellativo professionale è molto importante, anche se magari il malato è già in pensione da molti anni. Ma in quel magico appellativo risuona tutta la sua storia, e ne mantiene il valore agli occhi di sé e degli altri.

10) **Persona che soffre**

Non trovo di meglio che questa formula.

È il dualismo che si fa sintesi, è la complessità che si compiace dentro e in relazione col sé e col mondo.

La persona è relazione, nella sua totalità.

Provate a pensare all'etimologia della parola "persona". Forse non tutti sanno che deriva dalla parola "maschera". Sì, proprio così. Può sembrare sorprendente. Ma provate a pensarci bene. Nell'antica Grecia la maschera era l'attore. Esso si mascherava per poter recitare la propria parte. Anche noi dobbiamo recitare la nostra parte nel mondo, laddove siamo stati messi e nel tempo in cui ci capita di vivere. La persona vera dovrebbe cercare la sintonia fra ciò che è e ciò che manifesta. Pensate: l'attore si immedesima a tal punto col personaggio che impersona da riuscire ad esprimere il meglio di sé. Il grande Gassman disse una volta che sapeva esprimere il meglio di sé (ma anche il peggio di sé, come grande esperienza catartica) quando era sulla scena.

Dunque il concetto di persona ci induce ad essere pienamente gli attori di noi stessi. Anche le maschere del Carnevale (di cui noi abbiamo l'idea negativa di copertura di sè) permettono di esprimere parti di noi che spesso non riusciamo ad evidenziare nella realtà normale.

Quando poi diamo l'aggettivo alla persona ne sottolineiamo la dimensione forte di quel momento, di quella realtà che essa deve, magari suo malgrado, vivere. Ed essere.

La vita/essenza diventa in quel momento un tutt'uno per quella persona, e ne esprime la totalità dei suoi significati.

Abbiamo allora il coraggio di chiamare per nome i nostri malati, di farli essere pienamente sè stessi, con le proprie storie, le proprie relazioni, i propri affanni, le proprie domande, le proprie emozioni.

E così anche noi, "operatori della salute", ci sentiremo pienamente noi stessi: persone vere che incontrano persone vere.



**Nerina, compleanno di 101 anni: pochi giorni dopo,
è scivolata dolcemente al suo capolinea, dopo lunga vita giusta.**

Lo spazio e il malato cronico

Chi conserva la facoltà di vedere la bellezza non invecchia mai.

FRANZ KAFKA

Lo spazio non è uguale per tutti.

Un metro per il ventenne nel pieno delle potenzialità fisiche è uno spazio insignificante: con un balzo lo divora in un attimo.

Per un malato immobilizzato in un letto è una distanza enorme. Se il comodino gli è lontano di 30 o 40 centimetri, questa misura diventa un vuoto incolmabile.

E questo vale non solo per le gambe, ma anche per gli occhi. L'occhio di chi è in un letto o nella poltrona nella propria camera può spaziare di quel poco che i muri gli permettono. Mentre chi sta bene può allargarsi con gli occhi che possono rivolgersi al cielo, dunque a spazi infiniti. Ciò non è facilmente possibile a chi consuma i suoi giorni e i suoi spazi nell'angustia di una stanza o di un appartamento.

Ricordo i carcerati: chi sta in galera lunghi mesi o anni interi a lungo andare perde la capacità di guardare spazi ampi. E la vista si immiserisce.

Camminare, guardare, ascoltare. Sì, lo spazio si ascolta. Come? I suoni di spazi angusti sono prevedibili, sempre gli stessi. I suoni degli spazi ampi respirano. Come i polmoni in montagna.

Ascoltare lo spazio ampio significa dilatare le orecchie alle dimensioni della natura, che hanno il tetto nel cielo e le pareti nell'orizzonte.

È come se lo spazio potesse parlarci, facendoci entrare in una sintonia lunghissima. E si possono ascoltare i rumori dello spazio ampio, dolci, lunghi, pieni.

Il malato invece ascolta lo spazio più come protezione e difesa. Ma esse possono trasformarsi in prigione per le orecchie.

Qui però può venire in soccorso al malato un'opportunità inaspettata, un'ancora di salvezza che probabilmente impara ad affinare e a rendere sempre più viva l'immaginazione.

Lo spazio si può immaginare, laddove le gambe, gli occhi, le orecchie trovano ostacoli fisici insormontabili.

Si può immaginare lo spazio nel momento in cui esso si confonde con il tempo, specialmente il tempo passato. I ricordi allora si mescolano con le distanze e allora nella mente del malato avviene questo straordinario miracolo dell'incontro fra spazio e tempo.

E penso che molti malati sereni dentro, carichi di quella calma dolce che è amica di chi a lungo ha sofferto in precedenza, abbiano scoperto la sinfonia complessa e sempre nuova di questo straordinario incontro.

Per questo non sempre i malati cronici sono angosciati come san-
cirebbe il loro stato esistenziale.

Lo spazio è dunque una dimensione che diventa un'amica o una nemica nella misura in cui è avvenuta, nel corso del tempo lungo, una rielaborazione immaginativa e una rivisitazione dei frammenti del passato. Essi non necessariamente devono rispondere perfettamente a ciò che realmente il malato ha vissuto nel suo passato.

Immaginare, rivisitare i ricordi, diventa in tal modo un'opportunità straordinaria per bypassare lo spazio ristretto del vissuto del malato.

Lo spazio lo si può anche respirare. Respirare lo spazio angusto vuol dire avere un rapporto con l'aria limitato e finito. Respirare all'"aria aperta" può voler dire rapportarsi con lo spazio nella sua infinitezza.

È un poco quello che dice l'asmatico: «*Apri la finestra che respiro meglio!*».

È spesso la percezione psicologica di catturare più aria che questo desiderio sottintende. È però anche vero che più aria può voler dire più ossigeno, specie se l'aria di una stanza ristagna ed è poco "cambiata".

Ma soprattutto lo spazio angusto impedisce all'aria di lasciar signoreggiare il vento, in tutte le sue sfumature, dalla brezza leggera fino al vento impetuoso e disturbante.

Un uomo senza vento è un uomo che manca di una buona parte del benessere che la natura offre.

Il malato spesso dimentica la dolce carezza del vento, il buffetto di una brezza leggera, il bacio di una folata calda e discreta, accompagnata magari da quel soffuso rumoreggiare di foglie che il vento porta con sé. Respirare il vento leggero è un privilegio che i malati non hanno più.

Ma lo spazio lo si può anche annusare.

Provate ad annusare uno spazio ristretto, una stanzetta di pochi metri quadrati.

Odori di malato (ogni malato ha un odore diverso), magari di urine, o feci, o sudore, o di lenzuola lavate, o quell'odore inconfondibile di medicine, o il semplice ma inconfondibile "odore di chiuso". È vero: questi odori fanno compagnia, spesso si attaccano alla pelle del malato e alle sue narici con affetto e ne diventano un amico inseparabile. Si potrebbe dire che il malato si affeziona ai propri odori.

Ma provate a pensare a quanti odori ci sono negli spazi liberi: odori di prato, di essenze di fiori che arrivano chissà da dove, odori di una cucina o di un ristorante vicino, o di una fabbrica più in là...

Anche il naso è una parte importante di noi, anche se quasi mai ci pensiamo.

C'è poi un'altra dimensione importante dello spazio: il valore affettivo che le cose dentro lo spazio assumono per chi si relaziona con esse.

Chi meglio di una persona che sta in compagnia del proprio comodino, o poltrona, o carrozzina, o mobile della propria stanza, riesce a investire di significato le cose che lo attorniano?

Ogni centimetro quadrato, ogni angolatura di una sedia, di ogni quadro, di un soprammobile diventano interlocutori.

E così lo spazio diventa relazione. Il malato prende per mano le cose, le accarezza (col pensiero), le getta per terra in altri momenti, le abbraccia, le bacia: sempre col pensiero.

Le cose entrano dunque prepotentemente nel vissuto relazionale della persona, gli danno identità, sicurezza, riferimento. Sono parte di lui. Sono lui.

Se tutto ciò è vero allora proviamo a dare spazio ai nostri malati. Le carrozzine, a volte anche i letti di un Istituto, di un Ospedale hanno le ruote. E allora portiamoli fuori.

Ben coperto, un malato può stare tranquillamente all'aria aperta, magari per pochi minuti, o anche per delle ore, se il tempo lo permette.

Pensate davvero che l'atmosfera sia così nemica dei malati? Ricordate gli antichi sanatori (che invero io non ho mai conosciuto!): non erano essi dotati del solarium per i malati, non era l'elioterapia un fondamento della terapia antitubercolare, allora farmacologicamente molto povera?

L'aria aperta, gli spazi ampi non sono carichi solo di suoni o di sostanze allergizzanti: sono anche pieni di vita, odori, regalano al viso e alle mani le carezze del vento leggero, il profumo dell'umidità, la freschezza dell'aria libera.

Ma soprattutto, quando presente, donano la ricchezza del sole, che scalda la pelle e il cuore, rinfranca le profondità di menti magari sconvolte, tonifica il sangue, le ossa...

Li vedo spesso i miei malati di Alzheimer godere profondamente di una "banale" e così fondamentale passeggiata in giardino, lungo le vie della città, in piazza Virgiliana. Stanno bene, respirano con i polmoni, con i pori della pelle, con gli sprazzi della mente.

Portiamoli fuori, i nostri malati, prendiamoli sotto braccio, o spingiamo la carrozzina e via.

E così i due spazi, quello angusto della camera e quello libero all'aperto, diventano complementari.

Lo spazio finito e quello infinito si prenderanno così per mano,

o meglio, essi prenderanno per mano il malato, anche se sta seduto su una panchina.

E il capo potrà girarsi, guardare, ascoltare, respirare, annusare. Potrà guardare in alto, librarsi libero, guardare le rondini che passano, seguire un passero che si posa su un albero, osservare una foglia che cade incerta o accarezzare le nuvole che si rincorrono. Potrà seguire un bambino che gioca con una palla, una macchina che sfreccia, un passante che avanza soprapensiero.

E il malato potrà così desiderare di tornare nello spazio ristretto, ma anche rassicurante, della sua stanzetta, sapendo che non è più una prigione senza uscita, perché domani, magari, potrà uscire in giardino e annusare l'odore profondo delle salamelle che il vicino di casa sta preparando all'aperto perché è il Primo Maggio...

Stare lì: il tempo e il malato cronico

Il passare del tempo sfuma i contorni delle vicende e ne addolcisce i risvolti dolorosi.

GIOVANNI PAOLO II

A volte mi fermo a guardare i miei malati mentre lì, seduti su una carrozzina o accovacciati in un letto, o piegati sulla poltrona geriatrica, giocano a scacchi col tempo.

È come se ingaggiassero una lunga partita fra il loro non essere e il non tempo.

Cos'è il non tempo dei miei vecchi senza numero?

Se ci pensiamo bene il tempo in sè non esiste; esso è, al contrario, un susseguirsi di eventi e di fatti che lo scandiscono.

E quando nulla accade? Quando il restare lì un minuto o tre ore è la stessa cosa? Quando la persona rende il tempo marmoreo e sempre uguale a sè?

È infatti l'uomo che plasma il tempo, oltre che viceversa.

Mi sono chiesto poi se davvero questi miei vecchi apparentemente fatti di pietra non cadenzano il tempo con qualche avvenimento.

E così mi sono avvicinato a Vincenzo: un leggero e impercettibile muoversi del capo, un respirare interciso, non regolare, che fa pensare a sussulti nascosti. Ancora: un muovere nervoso di una mano, su e giù, senza apparente finalità, il ripetersi non cadenzato ma episodico di un «Uu, uu», che proviene non dalla voce, ma da un misto di stomaco e di corde vocali.

E questa è vita? Sì, è vita.

Perché una cellula che compie migliaia di operazioni chimiche si fa sentire? Forse che il nostro cuore ci chiede un parere quando pompa litri su litri di sangue fino all'estrema periferia di noi? Ha mai spiegato il polmone la sua complessa relazione fra meccanica, biochimica e sistema nervoso? E non ci offre continuamente l'ossigeno per la vita?

E allora quello "stare lì" apparentemente inutile, marmoreo, ripetitivo di quei corpi rinsecchiti è una sfida vinta col tempo.

Il tempo si lascia forgiare da queste persone a metà, quasi si lascia cullare da loro. Infatti per noi, uomini apparentemente padroni del tempo, basta un ritardo di mezz'ora e ci mette in crisi, o un vuoto di un quarto d'ora e ci fa arrabbiare.

Noi sani siamo schiavi del tempo. I miei malati sono i veri padroni del tempo.

Sono convintissimo che in quei lunghi pomeriggi, in quelle giornate sempre uguali di un vecchio malato, magari indementito e muto, si snoccioli nella sua mente un'attività immaginativa fluida e ricca.

Una sorta di replay caotico di tante cose già viste, vissute, ricordate. Uno spezzettare di tracce di memoria assemblate con apparente disordine, ma che seguono la nuova logica dello "star lì" a guardare sempre quel pezzo di muro bianco sporco, o quell'angolo di finestra opaca e sempre uguale.

Il cervello che non vede più, o non vuol più vedere, trova nel proprio scrigno cerebrale un'incredibile congerie di pensieri, come quei vicoli di Istanbul che si snodano per chilometri fra stradine, colori, odori e persone tutte uguali e diverse.

E dentro questa fantasia immaginativa si cela, in filigrana, il segreto del tempo: l'eternità.

"Stare lì" diventa infatti per queste persone la nuova carta d'identità: un sintonizzarsi con l'eternità, meglio, un'anticiparla.

"Stare lì" a far nulla, ad aspettare un dopo sempre uguale, a girare il capo da una parte all'altra, a ripetere gesti, ululati, versi strani, nomi antichi, silenzi infiniti: perché?

C'è un'umanità enorme che sta lì, ad aspettare, a giocherellare col

tempo, ad attendere sussulti di vita, spezzoni di senso, a cancellare i perché.

Ma proprio quello “stare lì” inutile, vuoto, ingordo di niente, è l’abbandonarsi alle melodie arcane che il tempo sempre uguale racchiude.

Questa umanità così abile nello sgambettare il tempo vuoto diventa per noi maestra di vita, perché sa raccogliere, come una pianta rinsecchita ma viva, quelle poche gocce di vita che cadono nel loro apparente vuoto cosmico.

Perché solo ciò che è vuoto può essere riempito.



Ennia: ciao, ciao, ciao. Ci rivedremo!

Modello medico e modello geriatrico

Le dieci differenze fondamentali

Per invecchiare bene non bisogna contare tutto ciò che la vecchiaia ci toglie, ma piuttosto quanto ci lascia.

EMIL LEGAUVÉ

Vorrei tratteggiarvi, seppur per sommi capi, i fondamentali riferimenti che sostanziano da un lato l'approccio medico, dall'altro quello geriatrico-gerontologico moderno.

Devo premettere che questi due modelli non si escludono a vicenda, ma si completano l'un l'altro. O meglio, questo dovrebbe essere l'obiettivo di entrambi. Teniamo in mente, per farci chiarezza, una donna anziana ammalata che conosciamo. Come ci si può rapportare con lei? Quali scelte, priorità, professionalità, statuti scientifici di riferimento? Proviamo a svolgere la matassa.

Punto 1 - Il luogo: ospedale e domicilio

Nel modello medico l'emblema spaziale è l'ospedale moderno, altamente tecnologico e plurispecialistico.

In quello geriatrico è il *domicilio*. Ci verrebbe da pensare alla Casa di Riposo. Ma ciò non risponde al dato quantitativo che evidenzia che solo il 5% di anziani al Nord-Italia, il 4% al Centro e il 3% al Sud-Italia sono stabilmente ricoverati in RSA (o Residenze Sanitarie Assistenziali, o Case di Riposo, o Ricoveri, o Gerontocomi e chi più ne ha più ne metta).

Pensate che quando faccio conferenze pubbliche chiedo a chi è presente qual è a loro parere la percentuale. Pensate che la maggioranza “spara” cifre altissime (addirittura l’80%, il 50%, il 70%!). E ciò esce anche da addetti ai lavori (ASA, IP).

Perché questo?

Riflettete: l’immaginario della Casa di Riposo alberga in ognuno di noi. L’equazione vecchiaia-malattia e dipendenza sembra essere, nelle nostre coscienze, la regola. Ciò la dice lunga sui pregiudizi che spesso riempiono i nostri convincimenti.

Punto 2 - Malattia e malato

La malattia e l’organo ammalato sono il centro del modello medico.

Nell’altro esso diventa il malato, meglio la persona-anziana-malata.

È questo un punto fondamentale. L’organo diventa così importante che la medicina si è strutturata appunto sull’iperspecializzazione degli organi: cardiologia, epatologia, immunologia... Ciò è evidentemente un gran bene: ha permesso di approfondire la complessità bio-patologica di ogni organo, e così le opportunità diagnosticoterapeutiche sono oggi molto ampie, le possibilità della medicina dell’evidenza (vedi) sono sicuramente straordinarie. È questo un patrimonio straordinario e irrinunciabile.

Il malato è comunque altro dalla malattia che porta in sé. La medicina narrativa (vedi) è l’esempio più tipico del coniugare l’“essere malato” rispetto all’“avere una malattia”.

Punto 3 - Malattia acuta e malattia cronica

La prima comporta l’approccio ospedaliero, altamente tecnologico, la seconda quello tipicamente geriatrico.

Purtroppo c’è un dato epidemiologico che mette in crisi questo enorme sforzo organizzativo: oggi solo il 20% degli eventi patologici sono davvero acuti, mentre il “grosso” delle patologie è di malattie croniche.

Mi sembra importante riportare le considerazioni che nel lontano 1989 Schroeder fece a proposito delle patologie acute: «*L'insegnamento della Medicina in questi ultimi 50 anni ha avuto come effetto principale la cura del paziente ricoverato nell'ospedale per acuti. Questo modello, se è appropriato per un paziente di 35 anni, lo è molto meno per uno di 80 anni. Continuando ad occuparsi del malato acuto, trascinando le problematiche più complesse della conservazione e del miglioramento dell'autonomia funzionale nell'individuo disabile, il sistema di formazione del medico o delle infermiere professionali non ha saputo rispondere ad un importante bisogno sociale.*».

Dunque occorrerebbe ribaltare le risorse che si destinano a questi due mondi così vicini, ma tanto diversi (appunto l'acuzia e la cronicità). Certo, anche la patologia cronica può riacutizzarsi, può evolvere in un peggioramento rapido.

E ancora: una patologia acuta e nuova può instaurarsi in un organismo già minato da una o più patologie croniche, come succede sempre coll'anziano. E questo rende motivo alla complessità dell'evento patologico del vecchio.

La cronicità è in sé qualcosa di complesso (e fra l'altro di molto interessante per un clinico e per tutti quelli che si interessano di questi problemi) perché include un tema centrale in geriatria: la *Co-morbilità* (polipatologia interagente). Con questo termine si intende appunto l'interagire complesso e sinergico fra diverse malattie nella stessa persona. È questo un campo di enorme interesse della geriatria, poco indagato dalla medicina classica, che apre nuovi panorami inesplorati e per lo più sconosciuti.

La Co-morbilità fa intuire anche la grande diversità di presentazione clinica che gli anziani ammalati manifestano. Vi faccio un esempio, che contemporaneamente è un richiamo mnemonico che utilizza un acronimo: le 5D. Esse rappresentano 5 malattie, o insieme di sintomi (sindrome) tipicamente geriatriche (anche se non solo), ma che spesso coesistono nella stessa persona.

La *depressione* (1) spesso accompagna, precede, rimanda una *demenza* (2) vera e propria, i disturbi della *deambulazione* (3) ne sono spesso un epifenomeno o una conseguenza, il *delirium* (4) (con-

fusione mentale acuta e quasi sempre reversibile) spesso è confuso con le precedenti o ne caratterizza una fase di peggioramento, i *disturbi sensoriali* (5) (riduzione della vista e/o dell'udito) fanno spesso da corollari alle precedenti, aggravandone e complicandone il quadro clinico e il decorso.

Punto 4 - I DRG e le cure continuative (Long Term Care)

Il sistema dei DRG (Diagnosis Related Groups) importato dagli USA, individua 492 categorie diagnostiche omogenee per il consumo di risorse assistenziali e quindi anche per i costi.

Il sistema DRG quindi classifica il paziente in base alle *risorse assorbite* e non alla *loro gravità*, per cui il rimborso è in funzione delle categorie diagnostiche e non dello stato clinico del paziente.

Quindi i DRG possono essere utili per le specialità acute, ancor più se chirurgiche e per pazienti con condizioni cliniche ben definite, ma sono del tutto inadatti per i pazienti anziani, dal momento che non tengono conto dei numerosi fattori confondenti. L'evidente conseguenza è la riduzione della durata della degenza, a discapito della qualità dell'assistenza, e quindi del paziente.

Le "Long Term Care" (le degenze più lunghe) si adattano molto meglio alle persone anziane fragili e malate. Per capire e studiare un vecchio con Co-morbilità, disabile, magari solo e un poco demente e depresso, occorre tempo.

Come è possibile in 4-5 giorni capire questa complessità, raccogliere i dati anamnestici, relazionali, intrapsichici dell'anziano, impostare un piano terapeutico globale (compresa la fisioterapia!) e iniziare a vedere almeno qualche abbozzo di risposta?

Ciò è spesso addirittura impossibile. Con tempi lunghi di almeno 15-30 giorni, ciò è quasi sempre possibile.

E quando occorrono 45-60 giorni, o ancor di più, che fare? Un approccio "lungo" permette di trovare soluzioni ulteriori per queste persone.

Sennò rimane la cosiddetta "dimissione selvaggia", così odiata e temuta dalla gente. Ma, ahimè, spesso la realtà.

Punto 5 - Dalla patologia a genesi genetica al Problema

Mentre il primo modello vede nel guasto genetico l'unico punto di interesse, il modello geriatrico si identifica meglio con la parola Problema.

Esso riassume in sè: le malattie, gli aspetti affettivi, relazionali, abitativi, sociali, culturali, di autonomia e funzionalità.

Essi sono, per definizione: *multipli, interattivi, sinergici, imprevedibili, dinamici, complessi* (voglio sottolineare ogni aggettivo per indicare la grande pregnanza e profondità che ognuno di essi racchiude).

Multipli: in genere più di due, o i loro multipli!

Interattivi: fa intuire il fatto che un problema medico, per esempio, può interagire con uno psicologico (una malattia, per esempio, classicamente può portare depressione).

Sinergici: due problemi diversi assommano due energie diverse, spesso contrastanti.

Imprevedibili: mai come in geriatria le cose sono poco prevedibili. Spesso mi chiedono i parenti: «Dottore, quanto tirerà avanti?». È questa una classica imprevedibilità. Più vado avanti nell'esperienza clinica e meno "sparo" prognosi sicure!

Dinamici: i problemi non sono mai statici! La geriatria, ricordatevi, è una delle discipline più in divenire di tutte! Il vecchio cambia e si modifica, anche in tempi brevissimi!

Complessi: è un aggettivo "rubato" al linguaggio sociologico, ma bene spiega questa realtà non semplice, nè facilmente semplificabile che è quella del vecchio malato. Complesso è diverso da complicato: indica la presenza di tanti fattori contemporanei e interagenti fra loro, non di per sè "ingarbugliati" fra di loro.

Punto 6 - Dalla patologia alla Funzione

Anche qui vorrei sottolineare quanto sia centrale nell'approccio geriatrico la Funzione, quanto un apparato o un organismo intero riesce ancora a fare, a dare alla persona in termini di raggiungimento di un piccolo obiettivo finalizzato (il cosiddetto gesto "prassico").

Insomma: al di là della malattia conta di più l'utilità del gesto, della funzione mantenuta, che serve alla persona per essere il più possibile autonoma.

Un esempio fra i tanti: un anziano può avere una ipertrofia benigna della prostata, ma se non gli procura incontinenza essa ha un impatto non significativo sulla persona.

Funzione, autonomia, autosufficienza, o al contrario menomazione, disabilità, handicap indipendentemente dalla malattia di base: nessuno in geriatria vuole trascurare l'evento patologico. Al contrario, il bravo geriatra lo deve conoscere, prevedere, prevenire e curare il meglio possibile.

Ma è la relazione fra esso e la possibilità ugualmente di autodeterminarsi che conta (ricordate quanto sono importanti le ADL, cioè le Attività di base della vita quotidiana, cioè mangiare, vestirsi, lavarsi, andare in bagno da soli, alzarsi dal letto?).

Inoltre in geriatria ci siamo abituati a guardare di più quello che resta buono (concetto di risorsa e residuo funzionale) rispetto a ciò che manca (deficit, menomazione).

Se un anziano ha l'arto destro plegico è meglio lavorare su quello sinistro, che può in buona parte vicariare quello che il destro ha perso.

Punto 7 - La sfera biologica e le 4 sfere

La medicina "ufficiale" è la figlia prediletta della biologia. Essa è la madre di tutte le discipline chimiche, sia quelle di base, sia quelle specialistiche.

La geriatria è figlia essa stessa della medicina e quindi della biologia. Ma non basta. Essa deve andare in prestito da un'altra sfera: quella *psicologico-relazionale*.

È irrinunciabile indagare, capire, affrontare la complessa rete di sentimenti, emozioni, reazioni che l'anziano ammalato vive in sé stesso o nel rapporto con gli altri e anche nel relazionare con gli oggetti (così importanti per ognuno di noi, non solo per il valore di utilità ma anche per il significato simbolico di alcuni di essi).

La terza sfera è quella *socio-economica*. Ricordate che in Russia, dopo la caduta del muro di Berlino, ci fu un tracollo economico ulteriore con la riduzione dell'età media di 5 anni?

Chi può negare l'importanza per ben invecchiare del riscaldamento nelle case, dell'acqua potabile, dell'alimentazione diversificata? E chi può negare che poveri si muore prima e ricchi si muore più tardi?

La quarta sfera è quella *ecologica*, a dire del valore importante del clima, la latitudine, la metropoli o il piccolo paesino di montagna sul modo di invecchiare.

Pensate quali enormi differenze trova un vecchio al Polo Nord o all'Equatore, a New York o a Villimpenta...

Dalle schede noterete che le quattro sfere sono interagenti, collegate fra loro, dinamiche e su 3 dimensioni.

Punto 8 - Medico/paziente e Team

L'approccio diagnostico-terapeutico del modello medico classico vede nel Medico il referente fondamentale.

Nel modello geriatrico il paziente anziano si rapporta necessariamente con un team, una squadra, un'équipe di persone che si interessano a lui.

Non basta fare una diagnosi ed impostare una terapia che porti alla dicotomia guarigione o morte. L'équipe stila un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), multidisciplinare e multidimensionale, che va riverificato con scadenze ravvicinate.

Lo strumento è la Valutazione Multidimensionale (VDM), appunto l'alternativa geriatrica della diagnosi medica. L'équipe prevede la presenza, a fianco del medico o geriatra, dell'Assistente Sociale, dell'Infermiere Professionale, dell'Assistente Geriatrico, del volontario, del vicino di casa, del fisioterapista, dello specialista, del geometra, del...

L'obiettivo non è necessariamente la guarigione, ma è sicuramente il massimo di autonomia e di benessere psico-fisico per quell'anziano e per i suoi familiari.

Punto 9 - Modello gerarchico-piramidale e modello circolare

Mentre in ospedale la gerarchia è rigida e trova al vertice il medico (Primario) e in fondo il paziente, nella visione geriatrica il vecchio malato è al centro dell'équipe, affiancato dal parente (Care Giver), esso stesso al centro dell'attenzione.

Punto 10 - Ospedale-territorio e Rete dei Servizi

Un anziano malato resta in ospedale un tempo breve (in media 5-6 giorni) poi torna al domicilio con un foglio di dimissioni che consegnerà al suo medico curante. Scarso è il rapporto, per esempio, fra il medico ospedaliero e il medico di base. Scarsa l'attenzione agli aspetti assistenziali e riabilitativi (pannoloni, carrozzine, letto), o a quelli sociali (abitazione idonea?), o a quelli psico-relazionali (la figlia è scoppiata?) nelle dimissioni ospedaliere.

Nell'impostazione geriatrica moderna si è imposto ormai da anni il concetto di Rete di Servizi: l'Ospedale, il SAD, l'ADI, il Medico di base, il Consultorio Geriatrico, il Centro Diurno, le RSA, la Riabilitazione Geriatrica, il privato sociale formato, gli aiuti economici alle famiglie, il volontariato. Un concerto di referenti, servizi, opportunità che dovrebbero stringere una dolce e sicura rete attorno all'anziano fragile e alla sua famiglia.

Il tutto caratterizzato il più possibile da un'alta capacità comunicativa. Fantascienza? In alcune zone italiane, Mantova compresa, è già realtà, perfettibile sì, ma presente e attiva da alcuni anni.

Purga

*L'età matura non esiste più.
Adesso si passa direttamente da giovani
a rimbambiti.*

RENZO ARBORE

«Signora, come mai a letto?».

«Dottore, sa, il purgatorio!».

Ho afferrato subito il concetto: la purga.

Una parola magica, mitica, evocativa per ognuno di noi. Fin da piccoli è una parola che si inseriva nella quotidianità. L'olio di ricino, la magnesia, le mele cotte, l'acqua al mattino...

Strategie semplici e poi sempre più complesse accompagnano le diverse età, fino ad arrivare ai metodi più drastici, combinati sinergici: il clistere, il colly, il lassativo vero e proprio nelle svariate forme, gocce, sciroppi scuri, intrugli da bere 5-6 volte nel giro di 2 ore prima di un esame diagnostico delle vie digerenti, miscele di oli. Ma ancora: olio di vaselina, le erbe, le tisane, la crusca, le alghe speciali, i super clisteri con dentro bustine ad hoc.

Ma ciò non basta: il giorno della purga è segnato spesso da una dieta poco allettante e soprattutto dalla condanna principale: *restare a letto*.

Un cadenzare preciso segna il rito-purga.

Esso ancora non ha lasciato il posto (non dappertutto, per fortuna!) a una reale e indispensabile personalizzazione di questa "liturgia dell'eliminare".

Ognuno è diverso e bisognerebbe che ogni persona venisse approcciata in modo diverso per regolare l'intestino.

Invece spesso nei nostri Istituti la tendenza a omogeneizzare questa funzione così importante è elevata.

Lo “scaricarsi” evoca lontane abitudini, scomoda Freud e la psicanalisi, indaga nelle abitudini di una vita, è spesso una funzione che dà piacere e allo stesso tempo preoccupazione, amata e temuta, attesa e rinviata, amica e nemica.

Per il malato cosiddetto cronico assume uno dei posti di prima fila nelle preoccupazioni della sua vita malata: ogni tre giorni, ogni quattro, a seconda del reparto, delle abitudini e convinzioni delle caposala, la vita viene cadenzata e determinata da questo rito. Esso, come gerarchia d'importanza, viene dopo solo al mangiare e bere, al respirare bene, al non avere dolore, al non avere freddo nè caldo eccessivi.

Lo “scaricarsi” è al tempo stesso attesa, intima soddisfazione dell'eliminare, dolori di pancia da accettare magari con stoicismo, preoccupazioni di una subdola intossicazione se i giorni passano senza scaricarsi, fino a ossessioni, fobie, preoccupazioni inadeguate.

Il dialogo fra il sè e l'intestino è complesso e frequente, contraddittorio e ambivalente. Su di esso si scaricano e somatizzano segni di disagi psichici spesso molto più disturbanti come l'ansia, la depressione, l'inadeguatezza alle situazioni.

Il nostro povero colon (così utile e bistrattato, paziente e incompreso) si addossa tante emozioni negative e le trasforma, caricandosele addosso, riducendo e mascherando le sofferenze del malato. O comunque dandone, almeno, una misura e una oggettivazione che, al contrario, la psiche non riuscirebbe a manifestare con la stessa chiarezza e tangibilità.

Grazie colon, che ci fai *sorridere* quando ti svuoti, che disturbi sì il nostro odorato, ma che sei così indispensabile e a tuo modo intelligente.

Grazie colon, perché anche tu hai senso e, in fondo, ci dà senso.

Biologia e biografia

Ora ho 93 anni, dunque non sono proprio un ragazzino e comunque non più tanto giovane come quando avevo 90 anni. Ma la vecchiaia è relativa. Oggi vivo tante sensazioni molto più intensamente di prima e la vita mi affascina sempre di più.

PABLO CASALS

In queste due magiche parole sono racchiusi due universi. La scommessa è che questi due mondi si incontrino. In geriatria essi sono abbastanza comunicanti. Nell'approccio medico classico sono ancora troppo distanti. Ma non basta che comunichino: biologia e biografia devono compenetrarsi al punto da modificarsi a vicenda, in un dinamismo sempre nuovo e affascinante. La dimensione biologica di ogni uomo che invecchia sembra essere scritta con caratteri di pietra, imm modificabili e stabili, dalla nascita alla morte, iscritti nelle decine di migliaia di geni (nonostante lo srotolamento del DNA ancora non si sa quanti essi siano di preciso) racchiusi nel nucleo delle cellule. Da questo determinismo biologico, praticamente totale e accerchiante, poco sembrerebbe sfuggire. Ma non è così. L'irrompere irripetibile e sempre nuovo della dimensione biografica della persona anziana scompagina la signoria dell'impatto biologico.

Il paragone col computer serve, ma non è sufficiente a spiegare la complessità dell'incontro biologia-biografia. Infatti l'hardware (cioè la dimensione biologica) si incontra con il software (la dimensione biografica) ma a differenza del computer, viene profondamente

modificata dal software. Invece di cambiare il computer ogni due anni per adattarlo a programmi sempre diversi e più completi, la natura si modifica quando incontra la vita, gli eventi e gli stili che la persona adotta. Nell'impero della genetica, dell'ipertecnologia applicata alla medicina, sembrerebbe non esserci spazio per la dimensione psicologica, storica, sociale, relazionale della persona. Tutto sembrerebbe essere riconducibile ai geni e, se questi sono guasti, si potranno presto cambiare e l'individuo troverà salute e benessere. Ancora una volta la tentazione dell'onnipotenza biologico-medica si fa strada in molte coscienze di scienziati ma anche di cittadini. Al contrario, mi sembra che più si approfondisce la dimensione biologica e più si comprende quanto essa sia soggetta alle influenze esterne. Provate a pensare quanto plasmi una persona la cultura, l'alimentazione, il modo di pensare, il clima dove abita, l'attività fisica, le relazioni che instaura, il lavoro che fa...

Quanta strada deve fare ancora la medicina perché tutto ciò entri con la maiuscola al fianco degli esami del sangue, l'esame obiettivo, i sintomi del malato! Quando metteremo sulle cartelle cliniche fotografie, stati d'animo, paure, speranze? E ancora: se ha l'ascensore o no in casa, quante ore passa da sola e quanto tempo a telefonare...? Quali emozioni sta vivendo in questo momento? Quali le attese, le speranze, le paure? Mi rendo conto, realisticamente, che il tempo a disposizione degli operatori geriatrici e sanitari è quasi sempre pochissimo. Ma sono convinto che più che un problema di tempo è un problema di "testa", cioè essere attento e sensibile all'oceano racchiuso nella mente o nelle membra di un vecchio malato. È un problema di approccio, di mentalità, di cultura. Penso che il futuro della scienza sia inevitabilmente l'integrazione sempre più forte e complessa tra le diverse grandi aree: quella biologica, quella psicologica-relazionale, quella sociale, quella economica e quella ecologica. La persona che invecchia è un mix originalissimo, dinamico e sempre nuovo di queste cinque aree. La biologia da sola non basta a spiegare tutto. Nè ogni area da sola lo può fare. Solo il concerto armonico di tutte si avvicina a capire la realtà. Ma tantissima strada c'è ancora da fare. Per fortuna!

Medicina narrativa

La vecchietta è quell'età in cui il rumore dei passi dei vostri figli che salgono le scale vi dà un'emozione più gradevole del rumore che fanno scendendo.

PHYLLIS DILLER

In Italia vi sono molti ottimi geriatri o clinici famosi che conoscono a fondo i problemi degli anziani. Fra questi, a mio parere, spicca il prof. Marco Trabucchi, che è capace di affiancare ad una grande conoscenza scientifica e clinica una straordinaria capacità di riflessione.

In medicina spesso esiste un gap tra le scoperte scientifiche, le avanguardie di laboratorio, le applicazioni cliniche da un lato e il supporto del pensiero dall'altro.

Le incredibili voragini di conoscenze che, per esempio, stanno aprendo le scoperte del genoma, per ora trovano un deficit inevitabile di riflessione, approfondimento etico ed epistemologico. Ciò è normale. Infatti frequentemente le capacità di formulare pensieri logici, gli approfondimenti seri di un fenomeno, necessitano di tempi lunghi.

È noto a tutti che la modifica del modo di pensare di una persona (ma anche di un gruppo di persone più o meno allargato), quella che si chiama in gergo la "mentalità", è lentissima nel porre cunei di cambiamento. Al contrario le tecnologie, ma anche le scienze biologiche possono cambiare con velocità vertiginose.

Tutto questo per sottolineare che, per fortuna, alcuni scienziati

veri, come Trabucchi, sanno anche pensare oltre che sperimentare. Questo ragazzone credo ormai quasi 55enne (ma forse più), che ne dimostra sempre 35, con la sua voce forte e rassicurante, il suo modo gentile e cordiale, la sua stazza robusta ma elegante, è da sempre un riferimento per decine di geriatri, gerontologi, operatori del settore. Ci ha sempre insegnato che fare ricerca di laboratorio, far la trincea in un reparto di malati anziani non deve mai farci dimenticare la necessità di riflettere su quello che stiamo facendo. Tutto ciò è di enorme valore.

Su questa falsariga vorrei appuntare uno dei nodi chiave del pensiero di Trabucchi, che sa alimentarsi, spulciare e interpretare la sterminata "letteratura" mondiale sui temi geriatrici, distillare le intuizioni più intelligenti e poi farle proprie, e infine tradurle con chiarezza nel contesto geriatrico italiano, così variegato. Trabucchi ci martella da 2-3 anni su questo tema: la contrapposizione fra la "*Medicina dell'evidenza*" (*Evidence Base Medicine*) e la "*Medicina narrativa*" (*Narrative Medicine*). E ci "stessa", giustamente, predicando l'inscindibile importanza di entrambe: la prima vuole significare quanto sia indispensabile (ma ciò è ovvio e intuitivo per tutti) dedicarci a una medicina che fonda le sue basi su robuste acquisizioni scientifiche, ben misurate e valide per migliaia e migliaia di casi. Un farmaco è valido solo dopo essere stato studiato, testato, provato per lunghi periodi e per un numero elevato di persone, in tutte le parti del mondo.

«I risultati devono essere evidenti e positivi». Okay!

Ma la medicina narrativa? Cos'è?

È uno straordinario mix di esperienze di vita sintesi di sentimenti, emozioni, storie, memorie che il malato prova in sé stesso. In modo assolutamente originale e diverso da una persona ad un'altra. Una bronchite, una demenza, un'artrosi sono astrazioni, sono perfette confezioni nosografiche da libro, sempre uguali a sé stesse, magari aggiornate da nuove acquisizioni scientifiche. Ma quella bronchite, quella demenza, quell'artrosi in quella persona, in quell'altra, in quell'altra ancora, sono tutte diverse.

Provate a pensare a quel brulicare incredibile di sensazioni, emo-

zioni che accompagnano qualunque evento patologico: dubbi, paure, fantasmi, aspettative, riguardo alla “mia malattia”. «Si può curare?». «No, io non sono malato!». «Quanto durerà ancora?». «Io mi curo da solo!». «Ho sentito alla televisione che è uscito quel farmaco». «Perché io ho quel sintomo e la mia amica no?». «Ho letto sull’enciclopedia che...». «Il mio medico non mi dà sicurezza». «Il mio medico ha detto che... ma io faccio così!». «Quello specialista mi dà grande fiducia, mi ascolta». «Quell’altro specialista non mi ha neppure guardato in faccia mentre gli parlavo!». «Come potrò dirlo ai miei cari?». «E il mio lavoro, che ne sarà?». «Come farò a farmi aiutare per tanto tempo?». «I miei si stuferanno, non ce la faranno ad accudirmi». Volete continuare?

Capite cosa vuol dire narrare la propria malattia, o meglio, il proprio disagio? Lo spettro di sfumature interiori è davvero sterminato.

Occorre tenerne conto, capirle, valutarle, accoglierle, farle proprie. Insomma occorre saper ascoltare. E questa è un’arte.

Ascoltare la narrazione complessa, a volte balbettante, incerta, o profusa, apparentemente fuorviante di un malato, è un’arte.

Pensate ad un anziano malato: quanto ha macerato in sé gli stessi pensieri, dubbi, convinzioni, conditi magari di vuoti mnesici, o ricostruiti in modo confuso fra macerie di pensieri, o nitidi ricordi antichissimi. Il tutto si embrica col sintomo recente, con quel dolore che brucia, quel disagio malinconico interiore e profondo, quella fatica continua ad ogni respiro.

E ancora: occorre valutare il contesto nel quale il dialogo avviene, se ci sono persone estranee che possono bloccare la narrazione, se la vergogna, o l’imbarazzo, o l’ansia condiscono quel momento relazionale. E ancora: le precomprensioni che riguardano l’*“autorevolezza presunta”* o il rispetto che, culturalmente, il vecchio ha nei confronti del medico.

Mi ricordo di quella signora anziana che, entrata nel Reparto di Riabilitazione Geriatrica, iniziò a raccontare la sua malattia. Non mi diceva i sintomi precisi, da libro. Sciorinava sensazioni, momenti importanti lungo l’affacciarsi lento e subdolo del suo male, una grave forma di artrosi. Le cadute, la fatica a camminare, i dolori notturni

conditi dal vissuto interiore di paure, ansie, attese, arretramenti, peggioramenti, insperati miglioramenti. Eppoi il non dormire, l'appetito che se ne va, l'incomprensione (a suo dire, è questo che conta per lei) della figlia, gli errori (veri o presunti) dei medici in quel ricovero o in quell'altro. E ancora: il suo rapporto ambivalente con il cortisone («mi fa tanto bene per il dolore, ma mi rende le ossa fragili come grissini»), il lento trasformarsi in patologia cronica e quindi il diventare, piano piano, meglio, il sentirsi “malata cronica”, eppoi le crisi depressive, i tranquillanti, la frattura del femore, il letto per mesi...

Mentre la malattia, basata sull'evidenza, assomiglia di più ad una fotografia, pur indispensabile, perché precisa e nitida, ma pur sempre statica, la medicina narrativa ricorda invece lo svolgersi, sempre diverso, di un film interpretato, reinventato, sempre aggiornato.

E noi, che guardiamo questo film, dobbiamo osservare ancora più a fondo: occorre conoscere chi è il regista, la sua storia, i suoi film precedenti, il suo stile, i suoi linguaggi. Eppoi i vari personaggi, gli attori che li interpretano, il loro background, saper leggere oltre che gustare la fotografia, la sceneggiatura, la colonna musicale, gli attori secondari, a volte così significativi. Eppoi, naturalmente, desumere il messaggio di fondo che il film di quella persona malata vuole trasmetterci, i messaggi nascosti tra le righe della trama, tutte le sfumature, i dialoghi, i silenzi, gli sguardi, le inquadrature, il succedersi degli eventi...

Tutto questo è la medicina narrativa, come un libro da leggere: ogni lettore lo filtra come meglio crede, ed uno può dire «Bellissimo, quel libro», e l'altro invece «Non mi ha lasciato nulla!». Con la differenza che il libro della vita di un malato ha sempre, bello o brutto che sia, prolisso o vivace, simpatico o “rompicatole”, l'autorevolezza dell'uomo che soffre. Il malato interpreta a modo suo, in modo affatto originale, il cammino del suo dolore, che diventa sofferenza eppoi non-senso, e ancora chiarezza di senso, eppoi buio pesto e ancora luminosità di significati in qualche breve momento felice.

Si dice che la medicina non è matematica. Facile a dirsi, difficile da capire, indispensabile però da assumere. Oltre a matematica

infatti l'evento patologico in sè è anche incomprendimento, irrazionalità, emozione, evento di una storia personale, risultato di contraddizioni sociali, economiche, biologiche messe insieme.

Provate a rubare ad un bambino la fiaba narrata la sera, prima di addormentarsi: gli mancherà uno spazio fondamentale della sua crescita.

Provate a rubare alla medicina questa dimensione narrativa: resterà una scienza monca, priva di entusiasmo, prigioniera di numeri e tabelle, di radiografie e di esami del sangue, di farmaci (più o meno azzeccati), di tecniche chirurgiche magari invecchiate dopo due o tre anni.

Provate a rubare l'immaginazione all'animale-uomo: somiglierà più al vostro computer, già superato dall'ultima generazione appena uscita sul mercato, che a un bambino che corre, sempre nuovo a sè stesso e al mondo.

Quel bambino avrà sì bisogno di regole, limiti, leggi precise, comportamenti misurabili, televisione e Play-Station. Ma senza l'immaginazione, la creatività, la fantasia, l'entusiasmo, il gioco, la preghiera della sera, il sorriso, il pianto, lo scherzo, le urla fastidiose e il correre incredibile su di un prato in fiore, sarà un bimbo triste, soprattutto un bambino a metà.

Meglio, un uomo incompleto.

Ancora di più: un malato non capito e non pienamente realizzato nella sua umanità ferita.

E un'umanità ferita non può essere curata, guarita, affrontata, accompagnata se non da un approccio globale, dove appunto l'evidenza scientifica e la creatività narrativa della relazione si abbracciano in un connubio erotico (l'amore di sè) ed agapico (l'amore dell'alterità) che esprimono insieme la totalità della ricchezza umana.

Cinque anni di carcere

*Non essere più ascoltati: questa è la cosa
tremenda quando si diventa vecchi.*

ALBERT CAMUS

Cinque sono gli anni, che statisticamente ogni persona in Italia dovrà vivere nella propria vecchiaia, caratterizzati da pluripatologie, dipendenza, disabilità.

Con lo straordinario aumento dell'età media (82 anni per le donne e 74 per gli uomini!) e con la rapidità con la quale questo fenomeno si sviluppa (negli ultimi 10 anni, dal 1990 al 2000, si sono guadagnati ben 3 anni di età media!), la percentuale di anziani ammalati cresce in modo significativo. La quantità di anni guadagnati diventa qualità scarsa di vita, la lunghezza diventa faticosa, il posticipo del morire diluisce anni di sofferenza. Sicuramente poche persone hanno coscienza piena di questo scenario che è proposto al futuro di tutti, o almeno di quasi tutti.

Propongo alcuni punti di riflessione.

Il primo: pensare in anticipo a questa dura eventualità può permettere di attrezzarci, per affrontarla in modo adeguato. Ciò significa, per esempio, valorizzare molti aspetti del nostro "residuo funzionale". Faccio un esempio: aumentare, fin da giovani, il gusto di leggere un bel libro può significare avere questa opportunità quando le gambe non ci permetteranno più di camminare. Oppure, fin da giovani, si possono aumentare le abitudini di camminare, correre, andare in bicicletta. Nel caso che questa persona perda l'udito da anziano (per esempio) potrà godere della sua grande potenzialità

motoria. Potremmo elencare un grande numero di possibilità, basate sulle potenzialità già preparate fin dall'età giovanile o matura, che possono essere risvegliate o rivitalizzate da anziano malato. Mia madre è un bellissimo esempio di questa splendida possibilità di adattamento intelligente e costruttivo nel caso della perdita o della riduzione di qualche funzione importante. La sua significativa riduzione della vista in questi ultimi anni è stata da lei vicariata dalla grande vivezza mentale e dalla normalità del suo udito: ascolta montagne di audiocassette di grandi romanzi preparate da splendidi volontari anonimi del "*Libro Parlato*" di Feltre.

È incredibile questo vuoto di informazione che viene dato a milioni di cittadini. Ognuno di noi avrà probabilmente da scontare 5 anni di galera nella propria vecchiaia estrema (chi a 75, chi a 80, 90, 95 anni...). Questa cosa andrebbe detta a tutti, ai telegiornali, scritto sulle magliette dei giocatori di serie A, nelle scuole, dalle elementari all'Università: «*Preparati ad invecchiare, nel bene e nel male!*».

Tutto ciò non per terrorizzare, ovviamente, ma per costruire una mentalità preventiva e di coscientizzazione intelligente nei confronti di questa dura realtà.

Provate a immaginare se questi 5 anni fossero davvero da vivere in carcere. Tutti si scandalizzerebbero, gli scioperi sarebbero permanenti, le proteste davanti ai Ministeri, al Quirinale, ai Municipi, sarebbero addirittura violente. Come potrebbero accettare 5 anni di galera onesti cittadini, massaie volonterose, studenti inappuntabili... Nessuno accetterebbe una cosa del genere, un'ingiustizia così grande.

Usciamo dalla metafora e rientriamo nella realtà. Dovremmo tutti prendere coscienza di questa dura, vera, sconvolgente verità.

Essa ci indurrebbe a guardare chi già è in questa strana galera (un letto, una carrozzina, l'eclissi della mente) con occhi completamente diversi. Ci indurrebbe a conoscerli, incontrarli, intervistarli, accoglierli, abbracciarli per capire di più, condividere, riflettere.

5 anni di galera che intanto potremmo trasformare in... arresti domiciliari, cioè renderli il più umani possibile, domiciliarizzati, attornati dagli affetti di tutte le età, da attenzione, senso, valore.

5 anni di galera da accorciare ("comprimere" si dice in gergo

gerontologico) di almeno 1-2-3 anni, attraverso seri e possibili provvedimenti preventivi (il controllo prolungato e attento della pressione arteriosa, l'attività motoria continua ed adeguata a tutte le età, l'alimentazione intelligente ed equilibrata, l'allenamento costante del nostro cervello...).

E quindi questo arco di vita critico potrebbe diventare relativamente breve, di 2-3 anni, e quindi accettabile per tutti. Ma senza demonizzarlo, anzi caricandolo di significati anche positivi, di valenze relazionali arricchenti le età colme di salute e pienezza. L'incontro con la fatica del vivere, col negativo della vita dà valore al positivo, al benessere. Dunque: consapevolezza serena, evitare l'occultamento di questi anni difficili, farli entrare nelle piazze del vivere comune, liberando solidarietà, attenzione, domande, rabbia, fatica, accettazione. Perché anche i "carcerati" sono uomini densi di vita. E vi auguro di cuore di conoscerli. Li ringrazierete davvero, per tutta la vita.



**Zita: 98 anni riassunti in questa splendida smorfia
ironica, intensa, malinconica.**

Frail Elderly

Andando avanti negli anni apprendiamo i limiti delle nostre capacità.

J. A. FRAUDE

Con “*Anziano Fragile*” si intende oggi, nel linguaggio geriatrico moderno, l’intersecarsi ogni volta diverso ed originale fra 7 componenti:

- 1) invecchiamento avanzato (oltre 80 od 85 anni);
- 2) la contemporanea presenza di diverse malattie interagenti (polipatologia e Co-morbilità);
- 3) l’assunzione di parecchi farmaci;
- 4) l’instaurarsi di almeno una disabilità leggera ma costante;
- 5) la presenza di qualche situazione geriatrica tipica (cadute frequenti, fasi di confusione mentale, scarsa mobilità, depressione, iniziale incontinenza urinaria);
- 6) stato sociale e 7) situazione relazionale difficili o critiche.

Le persone “*fragili*” possono paragonarsi a un bicchiere di cristallo che, se toccato anche in modo impercettibile, può rompersi improvvisamente in modo irreparabile e catastrofico.

Provo a descrivere un’anziana fragile: “*vita sola*”, molto simile e nello stesso tempo molto dissimile da tante altre.

La signora Maria ha 87 anni, con sfumati disturbi dell’equilibrio e della marcia, tendenza a stare molto a letto (di giorno) e seduta in poltrona o sul divano, memoria prevalentemente debole, uso di sedativi (pillolina per dormire), scarsa forza alle braccia e alle gambe, pressione un po’ alta, cerottino per il cuore, dolori alle ginocchia, un

po' sorda e vista non certo da aquila, la figlia sessantacinquenne in città che viene tutti i giorni, 2 rampe di scale, vicini di casa gentili ma non molto disponibili.

Capite che in questa situazione l'equilibrio è assolutamente instabile. La signora Maria è come se camminasse su un filo, come un equilibrista provetto, ma certamente stanco perché su quella corda da molte ore.

Anche i grandi equilibristi possono perdere l'equilibrio, prima o poi, specie se sono affaticati, o se soffia d'improvviso un vento impetuoso, o se...

Almeno il 50% di molte ottantenni è considerato fragile. Dunque l'impatto "epidemiologico", cioè il numero di queste persone sul crinale dell'autonomia sì / antonomia no è copioso.

Cosa può far cadere l'equilibrista, l'anziano fragile? Una caduta anche banale, una rottura di femore, ma anche dell'omero, una febbre elevata, un ricovero intercorrente, la malattia improvvisa del parente principale di riferimento...

Ci sono poi altri segni, forse ancora più sfumati, ma importanti da indagare per evitare la rottura del fragilissimo equilibrio raggiunto a fatica.

Un dimagrimento lento ma progressivo, la poca fame, la chiusura verso l'esterno, problemi di instabilità nel camminare, la facile stancabilità, la paura di cadere (quasi sempre conseguente a cadute precedenti), il senso di astenia frequente.

Oggi è ammesso e riconosciuto dagli addetti ai lavori che l'anziano fragile (*Frail Elderly*) è il paziente anziano nel quale la Medicina Geriatrica ha dimostrato tutta la sua efficacia.

L'identificazione del *Frail Elderly*, la sua valutazione ed il suo trattamento rappresentano la "pietra angolare" della geriatria moderna.

Oltre questo crinale si apre uno straordinario panorama di possibilità valutativo-diagnostiche, ma soprattutto preventive.

Pensate che con un semplice test applicabile in 5 minuti ad un anziano si può selezionare il gruppo di anziani che facilmente potrebbero entrare nell'area degli "anziani fragili", cioè a rischio forte di perdere l'autonomia motoria.

Questo test si svolge così: alzare un piede e tenersi per qualche secondo su una gamba sola, alzarsi velocemente da una sedia, fare almeno 50 metri a piedi in tempo rapido (vedi).

Già la geriatria moderna sta entrando in questo spazio preventivo-diagnostico semplice e contemporaneamente importante: ciò spingerà ad una ulteriore individuazione di popolazioni più ristrette e più a rischio a seconda dell'individuazione di altri sintomi neurologici più sfumati da indagare, ma spesso presenti.

Questi nuovi paesaggi mi affascinano.

Sono persuaso infatti che in essi si nascondano grandi opportunità per poter arrivare all'obiettivo di ridurre il più possibile il numero degli anziani nella quarta età e al contempo comprimere la durata di questa fase di vita dura e nuova per l'umanità.

A risentirci fra... 10 anni. Ne vedremo delle belle. Ne sono stracconvinto.



Ciffo.

FRA SOPRAVVIVENZA E SENSO

Dare voce al malato

Living Will

*Cominciamo ad apprezzare il tempo
solo quando ormai ce n'è rimasto poco.*

LEONE TOLSTOI

Viene tradotto con il termine “*Testamento biologico*”. Esso rappresenta una sorta di dichiarazione siglata con grande anticipo che indica se si vuole o no essere curati nei casi più gravi.

Potrebbe suonare così un eventuale “*Living will*”: «*Io, qualora fossi affetto in futuro da (per es. morbo di Alzheimer) rifiuto qualsiasi forma di rianimazione o di continuazione dell'esistenza dipendente da macchine*». È insomma una sorta di riconoscimento del rifiuto di accanimento terapeutico, sancito quando si è in grado di intendere e di volere, magari 20-30 anni prima, o anche più.

Sulla frontiera delle coscienze si affaccia questa nuova opportunità. L'etica, e la bioetica in particolare, è giusto che si confrontino con questa nuova proposta, già abbastanza diffusa soprattutto oltreoceano. Il prolungamento del vivere, aumentato in modo incredibile in questi ultimi decenni (pensate che solo fra il 1990 e il 2000 in Italia abbiamo guadagnato 3 anni di vita media per tutti!), sta portando la maggioranza delle persone ad età una volta appannaggio solo di poche o pochissime persone (80-85-90-95 anni).

La possibilità dunque di vivere qualche spezzone di vita, anche lungo, in situazioni estreme, o quasi, è elevata. Stati vegetativi post-ictali (dopo un ictus grave), fasi terminali di demenze senili, stadio finale del morbo di Parkinson, lo scompenso di cuore sempre più curabile e sempre più prolungato, gli antibiotici più potenti in associazione, l'idratazione endovenosa e soprattutto la nutrizione enterale, le cure e la prevenzione seria ed assidua dei decubiti, l'ossigenoterapia continuativa, la terapia del dolore e le terapie psicofarmacologiche: tutto ciò appartiene ancora alle terapie "ordinarie".

Gli interventi "straordinari" sono molto rari nei geriatri: respiratore automatico, contropulsatore aortico, interventi di rianimazione per tempi prolungati sono poco utilizzati negli anziani.

Dunque il problema vero, della quotidianità nei reparti geriatrici o medici o chirurgici, ma anche nelle RSA o a domicilio, è proprio l'utilizzo prolungato (per mesi o anni) di tecnologie e metodiche che non sono particolarmente invasive o violente.

Credo che il problema del "*Living will*" si giochi proprio su questo ampio ventaglio di possibilità. «*Se io mi trovassi, da anziano, senza più il senno, incapace di decidere, senza poter parlare nè esprimere il mio volere nè i miei sentimenti, se avessi dolori forti e insopportabili..., dichiaro che mi vengano interrotte le cure.*»

Si apre qui un ventaglio enorme di riflessioni e soprattutto di domande.

Ma quali cure? E quando interromperle? E le terapie di supporto, palliative, di sostegno, spesso più preventive che curative? Quale il crinale del "senza ritorno"? Quale il livello di sofferenza o di dolore in queste situazioni?

E ancora di più: chi può decidere i tempi, le modalità, i limiti e gli *aut-aut*? Chi può dire quanto potrà andare avanti? E come? E come valutare le idee, i principi che animano i medici deputati a "staccare la nutrizione"? E l' "*Insight*" (cioè l'autoconsapevolezza del paziente) chi lo conosce fino in fondo? Chi lo indaga? E come?

E poi siamo sicuri che soffra veramente in quella situazione?

E il livello di depressione, di profonda tristezza interiore o di angoscia insopportabile che in buona parte possono essere ridotti,

quanto incidono sulle scelte iniziali o sul vissuto intimo di chi si trova in situazioni estreme? E il senso di abbandono, in buona parte colmabile da presenze forti o dalla compagnia vera di qualche persona cara, quanto pesa in un'eventuale scelta di "chiudere i giorni in anticipo"? E l'emarginazione spaziale, l'essere in un letto anonimo d'ospedale o d'un geriatrico, pensate non incidano?

Chi può stabilire, sia oggi ma ancora di più fra 20-30 anni o più, cos'è l'accanimento terapeutico e i suoi limiti etici e tecnologici?

E cosa significa "dipendere da macchine"? E cosa significa manovra rianimatoria? Sapete che una semplice pompa per nutrizione enterale è una macchina senza la quale le persone, dopo 2 o 3 giorni, sicuramente morirebbero?

Più che formulare risposte mi viene spontaneo aprire domande, porre interrogativi che sollecitino le coscienze a interrogarsi, che non considerino nulla per scontato, o sicuro, o assoluto.

Non ho mai visto anziani disperati in queste fasi estreme. Li ho visti sì, depressi, stanchi, qualche volta anche disperati, angosciati, ansiosi, annoiati, irrequieti, affaticati. Rarissimamente mi hanno chiesto, anche questi: «*Dottore mi faccia morire!*». Quasi sempre mi supplicavano: «*Dottore mi faccia guarire!*». E seppur dicevano: «*Dottore, voglio morire!*», il giorno successivo mi imploravano: «*Dottore, stia qui con me, non vada via!*». Tutto ciò che riguarda questi argomenti è dinamico, in continuo fluido cambiamento: l'uomo che pensa *in primis*, le tecnologie, il pensiero dominante (forte o debole che sia), i costumi, il mondo sociale e politico, le scoperte mediche e le nuove opportunità terapeutiche, i nuovi studi relazionali...

Come sia possibile decidere oggi quello che una persona vorrà che le venga fatto da altri, magari fra 30 anni, mi sembra francamente come minimo azzardato, per non dire presuntuoso, quasi arrogante.

Forse occorre una dose grande di umiltà. A tutti i livelli: umiltà personale, umiltà scientifica, umiltà etica, umiltà sociale, umiltà di pensiero. Se quasi senza l'arroganza o l'eccessivo calcolo ci danneggiamo, l'umiltà e il dubbio intelligente sono sempre amici fedeli dell'agire umano. Anche in questa complessa e difficile tematica esistenziale.

Quando le parole non servono più

Invecchiare significa passare dalla passione alla compassione.

ALBERT CAMUS

Qualche giorno fa sono stato in Piemonte a fare una conferenza dal titolo sopracitato.

Mi ha chiamato uno splendido amico di 67 anni, Emanuele, infermiere in pensione, volontario da sempre e per sempre.

Sapete, di quelle persone anziane (sui 65 anni) straordinarie, che sprigionano dolcezza, forza, intelligenza, concretezza, intuizioni alte, un cuore sempre nuovo e bambino. Sono quelle persone di cui ti viene spontaneo pensare che, dopo mezz'ora che le hai conosciute, affideresti loro le cose più preziose che hai.

Emanuele, che abita a Castellaro, un paesino di 231 anime che fa Comune (di cui è stato a lungo sindaco), vicino alla splendida Saluzzo, mi ha chiesto questo tempo per parlare dei malati di Alzheimer (e non solo) nella fase avanzata della malattia, quando appunto le parole non sono in grado (almeno apparentemente) di comunicare con il malato che soffre.

Ho esordito citando una stupenda frase di Einstein: «*La più bella e profonda emozione che possiamo provare è il senso del mistero. Sta qui il senso di ogni arte, di ogni vera scienza, di ogni fede religiosa*».

È incredibile pensare che uno scienziato, che dovrebbe essere figlio dello scientismo razionale, si esprima con la categoria di “Mistero”, che io metto con la M maiuscola perché abbraccia la profondità e l'altezza del trascendente.

Quando «*l'età delle parole è finita*» (come dice il grande architetto Alberto Giacometti) restano le domande grandi, resta lo spazio del silenzio, del nascondimento, dell'incompiuto, dell'attesa, della speranza. E della salvezza. Oltre alle parole resta l'anelito di una Salvezza che trascende la durezza, l'incomprensibilità, la fatica, l'anomia del soffrire.

Il silenzio di tanti malati cronici si sintonizza sul silenzio di Dio, che si manifestò ad Elia col flebile silenzio della brezza e non col fragore del tuono o del vento impetuoso.

Sentite quale profondità raggiunge Gandhi: «*La rosa non ha nemmeno bisogno di parlare. Essa emana semplicemente il suo profumo. Persino i ciechi che non la vedono, la sentono. Vivere è il messaggio più efficace*».

Provate a pensare ai nostri malati soli, nascosti, accartocciati, come ad una rosa profumata.

Ciò significherebbe ribaltare completamente il nostro modo di considerare queste donne, questi uomini che apparentemente non trasmettono più senso, valori, attese. Ma la rosa non parla, non interroga. Sta lì, profuma, penetra a fondo. Entra dentro le corde del cuore, fa vibrare le emozioni ma salta completamente la nostra razionalità.

Di fronte ad una rosa non ragioniamo. Contempliamo, tacendo.

È per questo che Gandhi termina questo pensiero con una chiosa apparentemente disarmonica, invero ricca di verità e intimità: vivere è il messaggio più efficace. Anche tacendo.

Quei nostri corpi accartocciati vivono. E tacciono. Quelle menti spopolate vivono. E tacciono. Quei cervelli immiseriti vivono. E tacciono. Quelle gambe rinsecchite vivono. E tacciono.

Vorrei ora concludere questa riflessione con una sfumatura altrettanto indispensabile e complementare a quella precedentemente tratteggiata.

Essa nasce dalla riflessione che sprigiona chiara da una splendida frase di Shakespeare: «*Date voce al dolore. Il dolore che non parla bisbiglia al cuore sovraccarico e lo fa scoppiare*».

Ci è richiesto, con forza, anche questo.

Laddove il silenzio parla ma non riesce a farsi ascoltare. Laddove il nascondimento feconda ma non riesce a sbocciare. Laddove la vita cresce silenziosa ma non riesce a portare frutti, beh, a quel punto occorre, con forza, diventare altoparlanti del silenzio, del nascondimento, della vita negata.

Dobbiamo diventare come i profeti, che gridavano il Silenzio di Dio.

Gridiamo con la nostra voce forte il flebile bisbiglio di chi soffre.

Facciamo sentire a tutti il senso nascosto dietro ai silenzi.

Facciamo eco ai significati nascosti ma grandi dei nostri malati dementi, vecchi, soli.

E se avesse ragione Simon Weil quando dice: «*Il sofferente è uno specchio in cui troviamo la conoscenza di noi, se l'amiamo come noi stessi*», beh, allora sarebbe davvero un lampo di straordinaria gioia. Che ne dite?



Franco, 90 anni: oggi si direbbe: «Che figo!».

Rudere

È proprio di una civiltà pienamente umana rispettare e amare gli anziani.

GIOVANNI PAOLO II

Mettetevi nei suoi panni: con la punta dell'orecchio un malato anziano, cronico, pluripatologico, allettato, depresso, con piaghe, riesce a percepire una frase che due medici dicono di lui: «*È arrivato un catorcio con i fiocchi!*». Non è fantascienza. A volte capita (e non voglio tirarmi fuori neppure io!) di utilizzare parole di questo tipo nel definire alcuni malati. È vero, si cerca di non parlare di “queste cose” al letto del malato. Ma la sostanza non cambia.

Questa sostanza, cioè certi appellativi che a volte si usano nelle corsie per definire la catastrofe di molte realtà umane, cliniche, esistenziali, è terribile. Le parole pesano. Le parole contano. Le parole definiscono. Le parole imprimono marchi nel cuore e nella mente. Anche se non vengono udite dalla persona cui si riferiscono. È vero che spesso la malattia dura, lunga, inguaribile, è pesante da sopportare sia per chi la vive sulla propria pelle, ma anche per chi si accosta a queste povere persone. E allora il linguaggio funziona da proiezione al di fuori di sé, per liberarsi psicologicamente di questo peso insopportabile. Ma a lungo andare il linguaggio, le parole, si appiccicano alla nostra lingua e mente e diventano abitudine. E non c'è più posto per altre parole. E siccome dietro le parole ci sono simboli, archetipi, idee, allora è necessario riflettere. Riflettere prima d'usare le parole, perché non diventino la norma, la quotidianità del nostro parlare ed etichettare.

Volete sentire altri termini che, a volte, si usano? Eccoli: decrepito, dementone, depressone, rudere, regalino, peso, raus... Un campionario lessicale che fa venire in mente la spazzatura, le cose da gettare in fretta e di cui disfarsi senza rimpianto. Se ci riflettiamo con serenità ed eticità non è proprio il massimo. È come quello che, per abitudine, e necessariamente senza cattiveria, bestemmia ogni tre parole. Non è bello nè da dire, nè da sentire. Diciamo, o pensiamo: «Che brutta abitudine ha quella persona!». E se è brutto bestemmiare Dio (per chi crede ma anche per chi non crede perché in questo secondo caso non ha neppure senso), è altrettanto brutto “*bestemiare una persona*”, cioè offenderla nella sua intima essenza di persona, irripetibile. Analizziamo velocemente i diversi appellativi.

Decrepito: fa venire in mente le crepe in un muro, che quindi sta per sgretolarsi. Se è vero che da un lato i nostri malati stanno per sfaldarsi, sono ancora persone con la P maiuscola, cui dobbiamo riconoscere integrità, unicità e irripetibilità, nonostante le tante crepe psico-fisiche.

Dementone: colui che ha una demenza grave, che “non sa più niente”. Ma proprio per questo necessita del nostro massimo rispetto, che consideri la profondità immensa del suo soffrire, anche se probabilmente non se ne rende più conto.

Depressone: la depressione è una compagna scomodissima del vivere. Chiamare così chi la patisce significa non percepire l'enorme fatica che questi malati spesso vivono, spesso marchiati anche dalla solitudine incompresa.

Rudere: è un simulacro disarticolato di una casa integra. E non è più nè una casa, nè quindi neppure un uomo. Dite poco?

Regalino: è un modo di dire frequente ad indicare un dono per nulla gradito. Mettiamoci nei suoi panni, cioè nel non sentirsi accettato e neppure amato. Non è certo bello avvertire questo.

Magone: in dialetto significa qualcosa che interiormente ci pesa, un blocco psicologico, una sorta di “nodo alla gola” che ci paralizza, un macigno sul cuore. I nostri malati dovrebbero essere questo per noi?

Peso: spesso i malati sono ripetitivi, faticosi da sopportare, molto

pesanti da ascoltare. Ma ciò è il frutto dell'essere malati, dipendenti, sofferenti. E ciò richiede un di più di cuore e di accettazione. Anche se costa molto.

Raus: è un misto fra il dialetto e il tedesco e, intuitivamente significa «Va via, lontano da me». Plasticamente fotografa un'istanza evidente, cioè del liberarsi di chi ci infastidisce, l'importuno, ci fa pensare troppo: il perfetto contrario dell'atteggiamento di accoglienza, ascolto, pazienza che dovrebbe connotare il nostro approccio a chi soffre, in tutte le dimensioni del suo corpo e della sua identità.

Proviamo allora a ribaltare il linguaggio. Io credo che le parole speculari a quelle sopra elencate potrebbero essere: *persona sofferente*, con tanti problemi, *dimenticata*, *sfortunata*, *emarginata*. Ma un aggettivo lo vorrei spendere, e mi sta molto a cuore: *persona "sacra"*. Sì, sacra proprio perché sofferente, con tanti problemi, dimenticata, sfortunata, emarginata, sola. C'è una sacralità iscritta nella miseria umana, nella sua caducità, nel suo limite a volte inestinguibile. C'è una sacralità che si rafforza proprio quando l'uomo è fragile, molto fragile, dipendente, agonizzante, quando lotta con il male e la morte che si avvicina. Questa sacralità complessa chiama al rispetto grande, chiama alla dolcezza, alla compassione profonda, al senso duro ma profondo del mistero del patire umano, chiama ad un luogo speciale e il più umano possibile cui si riserva il massimo dell'attenzione e dolcezza e rispetto (come i luoghi Sacri del Divino).

Una volta si parlava degli "ultimi". Queste persone sono, lo credo profondamente, gli ultimi fra gli ultimi. Ultimi rispetto al tempo. Sono vicini alla morte. Ultimi rispetto allo spazio. Consumano i propri giorni e le proprie relazioni nel perimetro di pochi metri quadrati. Ultimi rispetto al soffrire. Quattro, cinque, sei malattie contemporaneamente. Ultimi rispetto alla capacità di autodeterminarsi: hanno bisogno di tutto e di tutti. Ultimi rispetto alla scala sociale. Non lavorano più, non hanno più un ruolo, se non quello di essere vecchi e malati, spesso soli. Ultimi rispetto ai valori. Vivono sul loro corpo e dentro la loro mente e il cuore il restringersi vertiginoso dei significati del vivere e della sua pienezza ormai rimpicciolita all'essenziale. Ma non fu detto: «*Gli ultimi saranno i primi?*».

Urla o canto melodioso?

Per un vero cristiano il nocciolo della vita di una persona anziana può essere solo la preghiera.

ROMANO GUARDINI

Sono quasi le 7 di sera di un bel pomeriggio di maggio, caldo, sereno. Ho finito il giro nei reparti e mi concedo una cioccolata della macchinetta. Mi siedo tranquillo, nel bel giardino dell'Istituto ad ascoltare il cielo azzurro che gioca con le foglie verdi e fresche e con i fiori rossi dei cespugli.

Mi giunge alle orecchie da una finestra aperta del reparto dietro alle mie spalle un monologo di un malato. È apparentemente disarticolato, ma in realtà segue una sua logica; ad ascoltarlo bene srotola un filo altalenante che ricorda una canzone, strana, mai sentita da me ma che probabilmente pesca nella memoria di quella persona malata, in qualche angolo di cervello malato, un'antica melodia che lui amava.

Non è un urlo ma un canto, apparentemente stridente, e diventa una melodia demente e originale.

Sta cantando. A suo modo. In alcuni momenti si ferma, poi riprende, monologa, allaccia qualche nota stonata. Ma è carica di dolcezza, non di angoscia e non è un richiamo disarticolato.

È un urlo cantato di una persona che vuole farsi compagnia con una musica originale, una composizione nuova, seppur così disordinata.

Un urlo senza senso diventa così un canto nuovo, un prendersi

per mano a danzare su un pentagramma personalissimo e irripetibile. Da un letto di Geriatrico.

Anche un malato (che non ho individuato, ma sicuramente demente o afasico) può cantare.

Anche un malato così compromesso e certo grave riesce a inventare qualcosa di nuovo. E può sintonizzarsi in uno splendido pomeriggio di primavera avanzata col diuturno cinguettio di uccelli, con la brezza leggera e con i colori caldi e dolci.

E regalare un piccolo-grande momento di gioia a un medico che gusta una parentesi di ascolto di sé e dei rumori della natura. È un urlo cantato che quasi paradossalmente e inconsapevolmente vuole prendermi per mano e dirmi: «Guarda, non sono solo, qualcuno mi sta ascoltando. Qualcuno può gustare il mio stonato, indecifrabile, irripetibile canto». In un caldo pomeriggio avanzato di un maggio mantovano.



Brigida: un gesto insolito, originale, simpatico, come tu sei.

Insight (consapevolezza)

Invecchiare significa vedere meglio.

MARIA VON EBNER ESCHENBACH

Da qualche anno solamente i medici hanno cominciato a domandarsi in modo “scientifico” che cosa un malato avverte interiormente. Solo da poco la psicologia è riuscita a penetrare nello status scientifico “duro” della biologia (che è madre della medicina e della chimica), ricordando che il corpo umano è una cosa complessa, fatta di mente, psiche, corpo e, perché no, anima.

Dunque il vissuto interiore di chi si ammala (cioè di una persona che acquisisce una o più malattie, dunque non della malattia come astrazione e nosografia) rappresenta un elemento fondamentale di chi soffre. È una cifra indispensabile da indagare, capire, prendere su di sé.

Dunque, domandarsi cosa pensa, cosa prova, cosa sente vibrare dentro un malato diventa un'operazione non solo clinica ma prima di tutto etica di grande, indispensabile valore.

Intanto, facciamoci una domanda banale: un malato grave, magari sfregiato nella mente e nel cervello (gravi malattie psichiatriche, demenza dell'anziano, afasia completa, un bimbo piccolo che soffre, chi è vicino al coma o alla morte), pensa o no?

Domanda pleonastica: certo che pensa.

Il pensiero è sempre la risultante fra la razionalità e l'emozione, fra il mondo delle idee e il guazzabuglio dei sentimenti. Il pensiero è l'abbraccio fra il mondo esterno e la nostra elaborazione interiore, fra l'ideazione e la nostra percezione della realtà.

Il pensiero è come la pelle: sta a metà fra il mondo esterno e quello interno, è l'interfaccia dell'incontro fra il fuori e il dentro.

E se tutto ciò è vero, ogni uomo, anche quello più sfigurato e immiserito, nell'intimo pensa. E pensando, a qualunque livello sia il pensiero, può godere o soffrire, gioire o avvertire disagio, sorridere interiormente o macerarsi con fatica.

Il pensiero sarà, nei sofferenti, forse ripetitivo, rudimentale; sarà un aborto di pensiero, sarà un tentativo balbettante o un arrovellarsi sempre uguale a se stesso, attorno magari a brandelli di pensieri, semplici, sconnessi, disarticolati. Frammenti di pensiero.

Dunque del pensiero dei sofferenti si può solo argomentare, fare ipotesi.

Qui resta uno iato enorme di incomprendimento, quello spazio che dobbiamo ammettere come difficilmente colmabile: vedere, accettare questo scarto di non-conoscenza dell'altro, che solo il Dio incarnato potrà penetrare appieno.

Ma se tutto ciò è vero, ci resta però uno spazio per fare almeno un poco più di luce in questo abisso che l'altro nasconde a noi. Infatti l'*Insight* significa soprattutto consapevolezza del proprio stato di inadeguatezza.

E allora: qual è il livello di consapevolezza che il malato avverte rispetto al proprio livello di sofferenza, in tutte le sue infinite sfumature? Questa è una domanda legittima.

Oggi l'analisi più attenta, l'ascolto empatico dei malati, le intuizioni di tante branche e scuole psicologiche, le scienze neuropsicologiche ma anche quelle tecnologicamente sofisticate come i diversi approcci di Neuroimaging, ci dicono che *i malati anche gravi nelle facoltà mentali, hanno un livello di comprensione del proprio stato interiore molto più alto di quanto noi pensiamo*.

Quante volte i medici, i famigliari, gli infermieri, insomma, chi vive a lungo con i malati, si chiedono: «Soffre o no quel malato? È cosciente di come sia ridotto?».

Probabilmente si può rispondere: «Sì, e molto più a fondo di quanto pensiamo».

Se anche il feto negli ultimi mesi di gravidanza ha un'attività

mentale, perché non dovrebbe pensare un malato già adulto o vecchio, se pur già molto devastato nel cervello e nella mente?

Esiste un bellissimo test, confezionato da Verley nel 1993, che ci aiuta a capire meglio, oltre che a misurare se pur in modo grossolano, il livello di consapevolezza.

Si chiama: *Scala GRAD* per la valutazione dell'Insight. Si sostanzia in una breve intervista di 4 domande e indaga prevalentemente il livello di coscienza del proprio deficit di memoria.

La scala GRAD per la valutazione dell'Insight

L'intervista inizia con la domanda.

«Per cortesia, mi parli dei problemi per i quali lei è qui. Perché il suo medico l'ha invitata a questa clinica?».

Quando il paziente ha altri disturbi non direttamente correlati alla demenza:

«Ha altri disturbi?».

Quando il paziente non si lamenta spontaneamente dei suoi deficit cognitivi:

«Come va la sua memoria? Pensa di avere una cattiva memoria?».

Quando il paziente nega i deficit di memoria o di altre funzioni cognitive:

«Non ha per niente problemi di memoria? Va tutto bene?».

Dopo queste domande i disturbi sono discussi estensivamente in una intervista aperta, dalla quale il medico trae indicazioni sul quadro e la natura dei sintomi cognitivi ed al paziente è chiesto di fare esempi.

Un punteggio di 4 si riferisce ad un "*Insight adeguato*": piena consapevolezza dei deficit, il paziente si lamenta spontaneamente della memoria e di altre disfunzioni cognitive, fa esempi.

La storia passata riferita dal paziente è congrua con quanto riferito dal Care Giver.

Un punteggio di 3 si riferisce ad un "*Insight lievemente compromesso*": il paziente ha qualche consapevolezza dei deficit cognitivi, ma con alcune imprecisioni.

Si lamenta spontaneamente della memoria, la storia mostra alcune discrepanze con quella del Care Giver.

Il punteggio di 2 equivale ad un “*Insight moderatamente compromesso*”: il paziente ha solo una vaga e passiva consapevolezza dei deficit cognitivi. Non si lamenta della memoria, persino dopo domanda esplicita.

Un punteggio di 1 equivale a “*Insight gravemente compromesso*”. Il paziente non è consapevole dei propri problemi cognitivi.

C'è un secondo strumento, la *Scala CIR*, che è in grado di indagare non solo la consapevolezza del deficit cognitivo nella sua globalità, ma anche la coscienza della progressione della malattia ed offre quindi una visione più completa dell'Insight. Questa scala valuta inoltre se il paziente riferisce il deficit cognitivo come un problema e valuta quindi anche le risposte curative. Ecco.

La scala CIR per la valutazione dell'Insight

1. “*Consapevolezza della ragione della visita*”: indaga la consapevolezza della situazione clinica. Il paziente è valutato in base al grado di consapevolezza del fatto che sta vedendo il medico per richiesta dei parenti, ma non sa riferire il motivo della visita ed il tipo di medico. Il punteggio è attribuito basandosi sul colloquio preliminare con il Care Giver.
2. “*Consapevolezza del deficit cognitivo*”: coscienza che vi è un problema di memoria o di altre attività mentali. Un punteggio di 1 dovrebbe essere dato alla consapevolezza della disfunzione di memoria che il paziente non riferisce come un problema.
3. “*Consapevolezza dei deficit funzionali*”: valutata come la consapevolezza che ci sono deficit funzionali nelle attività della vita quotidiana, occupazione, gestione del denaro, degli appuntamenti.
4. “*Consapevolezza della progressione della malattia*”: coscienza di un declino delle attività funzionali rispetto al periodo antecedente all'insorgenza della malattia. Il declino è valutato sulla base delle informazioni ottenute dai referti medici e dall'intervista con il Care Giver.

	Insight completo	Insight parziale	Insight nullo
Consapevolezza della ragione della visita	0	1	2
Consapevolezza del deficit cognitivo	0	1	2
Consapevolezza dei deficit funzionali	0	1	2
Consapevolezza della progressione della malattia	0	1	2

Una conseguenza importante di questi semplici strumenti può far luce sul grande problema etico-esistenziale-giuridico della capacità decisionale dei pazienti con gravi problemi cognitivi, di comprensione e autocoscienza.

Ciò si evidenzia per esempio nel momento in cui il paziente deve essere sottoposto a speciali terapie o a esami diagnostici strumentali particolari, o quando deve prendere importanti decisioni riguardanti il proprio futuro (vedi l'enorme problema del Living Will trattato in altra parte del libro).

L'indagine approfondita della memoria non è certamente l'unica dimensione dell'indagine di un'autoconsapevolezza completa, ma è certamente quella principale. Infatti la memoria è un poco la madre di tutte le nostre funzioni cognitive ed emotivo-pulsionali: attenzione, concentrazione, capacità critica e razionale, ma anche sentimenti di rabbia o di gioia, di tristezza o di serenità, d'ansia, di sofferenza o di dolore, ma anche di appagamento e felicità. E via e via.

D'ora in poi non potremo più dire, con leggerezza: «Ma tanto non sente niente, tanto non capisce, dunque, che ci sta a fare al mondo?».

Chi dissente alzi la mano!

Per gentile concessione del Prof. Orazio Zanetti (Primario dell'IRCCS, Sacro Cuore Fatebenefratelli di Brescia e Docente Universitario), mio amico carissimo, splendida persona e clinico di altissimo livello.

Da “catorcio” a gioiello preziosissimo

I vecchi hanno bisogno di affetto come del sole.

VICTOR HUGO

Non so se c'è sul vocabolario. Probabilmente sì, ma non voglio andare a vedere, perché mi farebbe male al cuore.

Nelle corsie ospedaliere, negli Istituti, anche quelli universitari, spesso si sente echeggiare questa parola. Essa vuol fotografare la complessa situazione di un anziano che si presenta così compromesso, indecifrabile e “brutto da vedere” che l'unico modo per definirlo è l'offesa. Insomma, un uomo talmente accartocciato sul proprio dolore e la propria inadeguatezza da assomigliare a un foglio di carta completamente spiegazzato e da gettare.

Vi è mai venuto in mente di utilizzare un dispregiativo nei confronti di un computer dell'ultima generazione? Esso è molto complesso: ha una memoria molto potente, può connettersi con Internet, col CD-Rom, con un visore, con la musica, con... Per farlo funzionare occorre una persona comunque addestrata e molto motivata.

Se si rompe, è un disastro. È così complicato e delicato che occorre “mandarlo a Milano”, dove c'è l'unico laboratorio in grado di metterci le mani. Ma siccome costa molto, è di una marca all'avanguardia ed è meglio di quello del mio amico, non potrò mai asserire... «*È un catorcio!*».

Del vecchio ottantacinquenne, un po' indementito, incontenente, appena caduto davanti a casa sua, dove vive con la moglie ottantenne al 3° piano senza ascensore, affetto da altre cinque o sei patologie significative grandemente influenzanti la sua quotidiana

nità... beh, di lui diremmo senza problemi, ad alta voce: «È arrivato un catorcio, mettiamolo nel letto 13».

Pensateci bene: quel “catorcio” è una persona, anziana, malata, sconfitta, umiliata, delusa, angosciata, depressa, stanca. È un uomo con i diritti del trentenne post-yuppy, con una serie di problemi complessi, interattivi, simultanei e multidimensionali. Infatti essi sono di tipo chimico-biologico, psicologico-relazionale, sociale, economico ed ecologico. Siamo di fronte ad un uomo che riassume tutti i bisogni, le domande che possono essere formulate.

Quel catorcio ormai da gettare è invece qualcosa di prezioso da osservare, aggiustare, raddrizzare, comprendere, ascoltare, per quanto possibile.

Ed anche “interessantissimo”, a dirci che ci sta molto a cuore proprio perché ultimo, totalmente indifeso e pienamente abbandonato nelle nostre mani. Ma interessantissimo anche perché stimola la nostra curiosità scientifica, la nostra intuizione clinica, la nostra razionalità affinata, la nostra capacità o meno di far sintesi intelligente fra una congerie di situazioni difficili, che dialogano stranamente ma in modo affascinante fra di loro.

Quell’ottantacinquenne non è solo un uomo sofferente.

Non è solo un caso clinico.

Non è solo un problema sociale.

Non è solo un dramma assistenziale.

Non è solo un appello alla nostra coscienza.

Non è solo... È tutto questo assieme.

E allora quel “catorcio” da mettere nella stanza meno “interessante” dovrebbe diventare la persona più importante del reparto, quella da osservare costantemente, quella che ci impegna di più la mente, il cuore, le braccia. E i piccolissimi miglioramenti diventeranno grandi conquiste, per lui e per tutta l’équipe.

“Il catorcio”, cioè un agglomerato confuso di organi malati, diventerà come un gioiello preziosissimo, come una Ferrari ultimo tipo, come un tramonto alle Hawaii.

E solo una parola dovrà uscire dalla nostra bocca: stupore ammirato.

Silenzi (*)

Al fianco di tanti malati anziani resta spesso solo un alleato affidabile: il silenzio.

Vorrei offrirvi alcune riflessioni nate in me spontaneamente, stando vicino a chi soffre, cui non mi sentivo di dire più nulla. Nè loro mi dicevano più nulla.

E lì, in quegli attimi lunghissimi, il pensiero sgorga, fresco, zampillante, libero.

* * *

Il silenzio lacera il cuore inquieto, ma addolcisce il cuore riconciliato.

* * *

Tacere a volte è così utile da rinsaldare un amore infranto. Altre volte tacere è l'abisso di un amore lunghissimo.

* * *

Il silenzio sta alla chiarezza interiore come l'innamorato seduce la sua amata resa confusa da questo momento magico, senza tempo.

(*) Capitolo inedito.

Spesso il silenzio ci attanaglia, ci insegue, ci spia: e noi sfuggiamo, corriamo via, chiudiamo la porta. Ma il silenzio filtra lo stesso nelle pieghe del cuore e ci stupisce.

* * *

Il silenzio fluttua tra il vuoto e la pienezza, e in questa altalena di opposti dona la dolcezza del cullarsi nel nascondimento abitato da Dio.

* * *

Ci sono attimi di silenzio lunghissimi, pesanti, densi di un vuoto angosciante e angosciato.

Magari un'ora dopo il silenzio diventa come una riconciliazione tra due amici carissimi che si sono riabbracciati e perdonati dopo anni di lontananza: il silenzio come un'inondazione di tepore appagante e felice.

* * *

Il silenzio pian piano diventa maiuscolo se riusciamo a lasciarci inondare dall'Altro, Ineffabile Presenza di Amore.

Allora il silenzio di Dio è il suo modo più dolce di abitarci e scaldarci le pieghe più intime del cuore, grondante di gioia e di gioia ancora.

* * *

Il silenzio significa fare spazio. È un passaggio decisivo per colmare il cuore di quello con cui noi scegliamo di riempirlo: dolcezza, tepore, serenità. Silenzio e pensiero positivo vanno a passeggio assieme, tenendosi per mano, guardandosi ogni tanto con delicatezza, sorridendo di tenera profondità.

La gioia penetra il silenzio e solo quest'ultimo può lasciarsi penetrare da gioia vera.

* * *

Il silenzio malato è come una corazza dura che attanaglia l'identità della persona.

Il silenzio guarito somiglia a un fresco tramonto collinare.

Dipendere da altri

Figlio, soccorri tuo padre nella vecchiaia, non contristarlo durante la vita.

Anche se perdesse il senno, compatiscilo e non disprezzarlo, mentre sei nel pieno vigore. Poichè la pietà verso il padre non sarà dimenticata, ti sarà computata a sconto dei peccati.

SIRACIDE (Bibbia)

Ho bisogno dell'infermiere per fare pipì, ho bisogno della moglie per essere imboccato, ho bisogno del medico per alleviare il dolore, ho bisogno del campanello per chiamare, ho bisogno del fisioterapista per camminare, ho bisogno...

È vero che in fondo tutti abbiamo bisogno di altri. Se mangiamo la pastasciutta significa che qualcun altro l'ha preparata, confezionata, distribuita.

Se vado in macchina ho bisogno della benzina.

L'interdipendenza è legge di vita.

Ma quando la dipendenza tocca i verbi essenziali del vivere, ciò è completamente diverso: camminare, muoversi nel letto, usare il bagno, scaricarsi, essere imboccati, respirare sufficientemente...

I gesti elementari sono in genere automatici. Li facciamo senza pensarci, precedono la nostra coscienza.

Quando invece proprio questi gesti si affacciano alla nostra consapevolezza e ci obbligano a chiedere aiuto per poterli eseguire, cambia completamente il panorama della nostra quotidianità.

La parola dipendenza fa venire in mente la tossicodipendenza.

Pensate a un giovane schiavo di una bustina di eroina o a un po' di polvere di cocaina.

Pensate a come si trasforma la sua quotidianità: un affannoso rincorrere la sostanza, il vendere la mente, il cuore, molte energie del corpo per "la roba". E magari arriverà a stravolgere completamente la vita, gli affetti, il lavoro, le relazioni.

E così è anche della dipendenza nelle cose semplici, "*di base della quotidianità*", come si chiamano in gergo il mangiare, il vestirsi, il lavarsi, l'andare in bagno, il controllo delle proprie funzioni escretorie.

Provate a immaginarvi: aprite gli occhi al mattino e qualcuno deve venire al vostro letto portandovi la colazione.

Qualcuno deve imboccarvi.

Qualcuno deve poi lavarvi il viso e il corpo.

Qualcuno deve cambiarvi il pannolone.

Qualcuno deve aiutarvi ad alzarvi dal letto e, se va bene, mettervi su una carrozzina.

Qualcuno deve pensare al vostro intestino impigrito.

E ancora. Qualcuno deve darvi i farmaci di oggi.

Qualcuno deve darvi l'ossigeno, se i polmoni da soli non ce la fanno.

Qualcuno deve leggervi il giornale, accendervi la televisione.

Qualcuno deve venirvi a trovare, se siete soli e non parlate con nessuno.

Qualcuno deve...

E allora magari diventiamo nervosi, rispondiamo male e ci considerano anche "cattivi" o "poco pazienti".

E così dobbiamo anche evitare, se possibile, di irritare troppo chi ci aiuta e ci assiste, per poter meglio centellinare la nostra dipendenza.

E così dobbiamo diventare anche abili nel domandare, evitare di suonare troppo il campanello o di chiamare troppo frequentemente con la voce.

In tal modo affiniamo la nostra capacità di zigzagare il tempo che non passa mai.

L'uomo, la donna costretti alla dipendenza diventano così maestri del tempo.

Molte volte infatti mi stupisco di quanto i miei malati siano così bravi nel dosare le richieste, di quanto sappiano essere discreti nelle loro esigenze, sempre più "piccole" ed essenziali.

Se confronto i miei bisogni con quelli di tanti miei vecchi infatti devo riconoscere quale abisso esista fra me e loro.

Io infatti ho bisogno e consumo un mare di cose, ho bisogno di situazioni sempre nuove e diverse. Mi ci vogliono molti strumenti, oggetti, incontri per diluire la mia quotidianità.

Il malato, artista della dipendenza, sa accontentarsi dell'essenziale, delle piccole ma grandi cose della vita: mangiare, respirare, scaricarsi. E poco altro.

Se allora sappiamo guardare i nostri malati anziani da questo punto di vista ci accorgiamo di essere di fronte a persone che hanno imparato tante cose, che hanno saputo affinare una grande capacità di adattamento, che hanno massimizzato le poche cose e le poche abilità rimaste.

Questa umanità dipendente, se letta da questa angolatura, è un'umanità molto ricca, seppur immensamente dolente, è un'umanità che sa insegnare l'arte del vivere.

Mi viene in mente emblematicamente, Rosanna Benzi, quella splendida donna che visse moltissimi anni in un polmone d'acciaio, e che aveva così bene essenzializzato e donato la propria vita da focalizzare praticamente tutto sulla propria mente, le proprie labbra, il proprio cuore; la sua totale dipendenza l'aveva trasformata in un dono totale della propria essenzialità: la relazione col mondo e con gli altri, seppur dentro il suo sarcofago.

La nuova gerarchia di valori che le persone dipendenti hanno, loro malgrado, costruito, è un invito alla vita, un appello ai valori veri, un'indicazione a dar senso alle cose apparentemente insignificanti, automatiche, quasi disdicevoli. Che lezione, ragazzi!

Sono una piaga da decubito

Il diminuire di tutte le forze col progredire dell'età è certamente una cosa molto triste: ma è necessaria, anzi benefica, perché altrimenti la morte diventerebbe troppo difficile.

ARTHUR SCHOPENHAUER

La Geriatria mi ha sempre affascinato, fra l'altro per la sua intelligente attenzione ad aspetti clinici apparentemente di secondo piano. Al contrario dei sacri testi di Medicina Interna dove gli apparati "molliti" (cuore, polmoni, cervello...) e le relative patologie assorbivano la stragrande maggioranza del testo, le piaghe da decubito, l'incontinenza, le cadute, le demenze (solo per citare i principali cavalli di battaglia geriatrici) avevano, se andava bene, qualche pagina distratta tutta per loro.

Quest'attenzione per una patologia "da serie B" ha invece nella Geriatria una disciplina attenta ai particolari, alle sfumature, alla complessità di quadri clinici non certo banali.

Per rendersi conto di ciò suggerisco un'immersione immaginifica; una simpatica metafora impersonificata.

«Mi chiamo "piaga da decubito", "decubito", "ulcera", come meglio preferite. Sono realmente brutta, specie quando sono profonda e larga.

Puzzo, anche se sono abilmente coperta, medicata, camuffata, curata, accudita con professionalità. Faccio male: brucio un poco, all'inizio. Ma è un bruciore continuo, penetrante, specie se non

hanno cura di ridurre il carico su di me. Sono un rubinetto aperto: faccio perdere proteine, acqua, siero, cellule, pus, schifezze di ogni tipo.

Sono proprio la parte peggiore della persona. Peggio delle feci, dell'urina, del vomito, del sudore.

Butto fuori di tutto, sono un terreno straordinario per i batteri, quelli brutti, quelli cattivi, patogeni, resistenti anche agli antibiotici più potenti e moderni.

E nonostante tutto ciò (forse a causa di tutto ciò!) sono ignorata da molti, ridicolizzata, minimizzata dai clinici famosi, dai primari distratti, dai dottorini appena laureati.

Negli Ospedali solo alcune infermiere attente mi vogliono bene, mi trattano con i guanti sterili, mi dedicano mezze ore e più, con attenzione, serietà, fatica, un po' di ribrezzo (che però gli perdono!).

Spesso le feci e le urine mi toccano, e io soffro ancor più: mi infetto ulteriormente, diventando "settica", e le urine mi bruciano la carne rossa ed esposta.

Sono una malattia grave per la persona che mi ospita, ma pochi se ne rendono conto: i medici spesso non pensano a me, ignorano spesso la mia esistenza.

Il malato mi avverte, ma non riesce a vedermi e non si rende conto che sono "una brutta bestia". Le assistenti geriatriche, quelle si si accorgono di me, e lo dicono subito all'infermiera. E arrivano le pomate, le garze medicate, i disinfettanti, i bisturi, i cerotti, i nuovi prodotti fatti di polimeri, sostanze assorbenti, umidificanti... Eppoi materassini antidecubito, flebo, cambio di posizione ogni 2-3 ore del paziente che mi ospita...

E con pazienza, costanza, serietà e tanta attenzione e professionalità pian piano passo dall'essere brutta, larga, profonda, puzzolente a una dimensione accettabile, con i margini puliti, con la scomparsa di aree necrotiche e la progressiva riepitelizzazione, fino... alla mia scomparsa. Sono morta io, chi mi accoglie si è liberato di me e può guardare con sorriso al suo futuro.

Ve lo consiglio: pensate a me un po' di più, e sarà meglio per tutti voi!».

Sonnecchiare

È un evidente privilegio della vecchiaia di togliere l'asprezza alle cose del mondo, di considerarle sempre di più in una luce interiore e di inserirle in un contesto più universale.

WILHELM VON HUMBOLDT

Ondeggiando fra i reparti ne vedo tanti di malati sonnecchiare sulle carrozzine: il capo leggermente reclinato in avanti o di lato, lì a cullare il tempo sempre uguale.

Mio padre durante la lunga malattia del morbo di Parkinson che lo aveva colto, passava parecchie mezz'ore durante le ore diurne con gli occhi chiusi. E mi faceva un'incredibile tenerezza. Spesso lo accarezzavo sul capo, come si fa con un bambino piccolo che dorme beato. E vivo.

Stamane mi sono permesso di svegliare una signora che, immediatamente, mi ha chiesto: «*Che ora è?*».

I meccanismi antichi della lotta al tempo, del lavoro incombente, della sveglia che non si è sentita, riemergono a volte prepotenti: forse un antico senso di colpa del lasciarsi andare un po' troppo nel sonno profondo o nel dormiveglia si faceva sentire. Le ho risposto: «*Signora, sono le 10, riprenda pure a dormire, tranquilla*». E lei ha chiuso gli occhi, dolcemente. Forse rassicurata, forse pensando che fossero le 10 di sera. Chissà.

Un'altra volta, sempre risvegliando poco cortesemente un'altra ospite le ho chiesto: «*Signora, a cosa sta pensando?*». E mi rispose,

tenendo chiusi gli occhi: «*A tutto*». Non so se è stata una risposta per farmi capire di lasciarla in pace. Forse era così.

Invero questa breve frase è molto significativa. Mi ha fatto riflettere. Il “tutto” ha una valenza filosofica. Rappresenta la pienezza, la totalità delle cose, il caos o l’ordine cosmico. “Tutto” rappresenta la totalità dei ricordi, dei vissuti personali ed extrapersonali.

“Tutto” si oppone al nulla. E dunque questa parolina è piena di vita. E credo che, al contrario di quanto si pensi, questi corpi fermi e sonnacchianti sono più vivi di quanto si pensi. In quell’apparente totale passività probabilmente si concentra un condensato di vita, memorie antiche, pensieri lenti e svolazzanti.

Sicuramente il sonnacchiare ha anche un significato di chiusura alla realtà e di ripiegamento in sé stessi. In fondo dentro di noi c’è un universo sterminato di ricordi, spezzoni di vita rielaborati, emozioni che riemergono confuse o magari chiare alla coscienza un po’ annebbiata dal sonno leggero.

La scienza dice che il bambino piccolo quando dorme o sonnacchia cresce. Il suo cervello lavora lo stesso, elabora, mixa immagini, emozioni, sensazioni vissute. E si rinforza. Senza sonno, al contrario, il suo cervello perderebbe vitalità e capacità di crescere. Perché non può essere così anche per i vecchi? Chiudendo gli occhi un vecchio cancella quel muro bianco davanti e può spalancare la vista dietro agli occhi, dentro al mondo interiore che si può rappresentare come si vuole. L’immaginazione è libera, il muro di fronte a sé, o il letto del vicino sono sempre quelli. Le fantasie che dietro gli occhi possiamo crearci sono infinite e create dalla nostra mente come noi vogliamo.

Un’altra volta una anziana mi rispose: «*Sa dottore, ho tutto un mondo da rivedere come una lunghissima moviola. Ho 85 anni da far scorrere sullo schermo del mio animo*». È un po’ come dicono le persone che sono state vicino alla morte (per esempio in un incidente stradale) che riferiscono di attimi brevissimi e al tempo stesso lunghissimi nei quali hanno rivisto scene di tutta la vita in pochi secondi!

Tanti altri, al contrario, interpellati riguardo al sonnacchiare, non

mi hanno affatto risposto. Quasi a volermi dire: «*Guardi che in quei momenti non penso a niente*». Sarà così?

Ma c'è tutto un mondo interiore fatto di sogni, esperienze fatte, inconscio che riemerge, confuso o limpido, complicato o trasparente, scuro o pieno di colori. Se il mondo fuori è grigio, lo spazio interiore può essere colorato. Uno può avvertire e vedere una luce interiore, magari con la L maiuscola, e goderne. Sonnacchiando si aprono le porte al rilassamento delle membra, e il nero degli occhi chiusi può essere appagante e trasformarsi in scene di vita, in frammenti in movimento, in volti, persone, luoghi già visti o inventati.

Forse sto sonnecchiando anch'io: lasciamo lo spazio alla signoria del sogno, della fantasia, dell'immaginazione. Ma vorrei proprio che quel sonnecchiare lento e apparentemente vuoto, a volte forse angosciato, di molti miei vecchi, fosse davvero come ho descritto in precedenza. Non ne sono sicuro. Lasciatemelo credere.



Ada: da 80 anni in carrozzina. Serena. Semplicemente un mito.

Mi cambiano, mi toccano

Come apprezzo un giovane che abbia in sè un briciolo di vecchiaia, così apprezzo un vecchio che serbi un certo sapore di giovinezza.

CICERONE

Tante volte mi viene da pensare al letto di un malato: e se fossi io in quel letto? Come vorrei che mi trattassero?

Mi riferisco in particolar modo a tutti i gesti che gli operatori o i parenti fanno al malato per cambiarlo, per accudirlo, per lavarlo. Probabilmente cento operatori hanno cento modi diversi di accostarsi al malato. Non parlo ovviamente di tecniche: queste sono, generalmente, codificate, protocollate, seguono una sequenza logica e predeterminata di gesti che devono essere, per lo più, gli stessi. Certo, anche le tecniche di approccio possono avere variazioni, alcune strategie possono essere più efficaci, più svelte, più “leggere” per chi le compie. E questo è certamente di grande importanza.

Ma non voglio parlare di questo, anche perché non sono esperto e tanti miei colleghi avrebbero da insegnarmi tantissime cose.

Voglio parlarvi, se ci riesco, dell’altra parte, della parte cioè di chi sta fermo in un letto ed è oggetto della manipolazione del proprio corpo da parte di altre persone.

In queste operazioni si gioca un mix di gesti: *toccare, girare, spogliare, lavare, asciugare, rivestire, pettinare, riassetare*. Ma anche *parlare, ascoltare, incoraggiare, sgridare, pazientare*.

Mani, pelle, muscoli, occhi, orecchi, cervello, cuore: un po’ tutti gli organi sono coinvolti nella cura diretta di un corpo malato. In

questi gesti due corpi (l'operatore e il paziente) si incontrano come in nessun'altra situazione assistenziale. In modo complesso e sempre nuovo.

E qui *tecnica, relazione, empatia* si incontrano in modo ineffabile e inimitabile.

Ci sono tantissimi OSA (operatori geriatrici, operatori socio-assistenziali, come li vogliamo chiamare) che hanno affinato in modo straordinario queste tre parole, creando un mix originale ed efficace. E, perché no, possono essere dei veri artisti del cambio di un malato.

E i malati se ne accorgono. Con la percezione che si diffonde a tutto il corpo attraverso la pelle, si colgono le sfumature del tocco, gli scatti piccoli di fatica, o di stress, o di slancio positivo racchiusi nei gesti dell'altro.

«Dottore, quando c'è quella ragazza che mi alza in carrozzina sono tranquilla. Ha un modo di fare che mi dà sicurezza».

Così mi diceva una volta una signora anziana, fotografando una sensazione che si traduceva in emozioni positive.

Credo che, senza dubbio, scattino i ricordi ancestrali della primissima infanzia, quando la mamma cambiava il piccolo con quella dolcezza, quel calore, quelle parole, quelle filastrocche che solo il cuore di una madre innamorata sa tirare fuori.

Quali momenti più belli può vivere l'infante? Quali sensazioni più tenere riesce a registrare nel suo corpicino, nel suo cervello così plastico, quando le due mani della mamma lo cambiano?

Scappano in quei magici momenti una carezza, un bacione sul sederino, un avvicinarsi al volto e sfiorarlo col naso, un abbraccio forte e veloce, una parola dolce, un sorriso pieno.

Questa memoria antica si àncora di certo nel nostro inconscio, e riemerge quando questi gesti vengono riversati, dopo 70-80 anni, sul corpo vecchio e irrigidito.

Le coccole piacciono a tutte le età. Chi non ama dire, ogni tanto: *«Fammi le coccole!»*, e ha la fortuna che qualcuno gliele fa.

Beh, noi dobbiamo coccolare i nostri vecchi malati, questi corpi certo non più arrotondati come un bimbo di 6 mesi, ma ugualmente bisognosi di contatto, calore, carezze, dolcezza.

Ci verrebbe forse da pensare che per chi ha perso le capacità cognitive (non parla più, non sa più il proprio nome, non ci riconosce) sia meno importante il contatto fisico. Tanto, pensiamo, non capisce più nulla, e dunque non ha più coscienza neppure di come lo si tocca.

Invece è sicuramente il contrario: pur se è svariata la parte cognitiva del cervello e forse anche quella emotiva, resta sicuramente l'ultima (e la prima nel bambino piccolo), appunto la dimensione tattile. Addirittura è probabile che questa si acuisca, si risvegli, occupando tutto lo spazio della mente, ormai cognitivamente ed emotivamente inadeguata.

È noto che la via uditiva e quella tattile sono le ultime che si perdono (e le prime che si attivano nel neonato).

Quindi parliamo con dolcezza al malato grave e tocchiamolo con abbondanza!

Pensate al morente: la sua memoria tattile resta fino all'ultimo. Sennò non capiremmo il perché del suo stringerci la mano (il Grasping, cioè lo stringere la mano del neonato, è uno dei primissimi riflessi ad attivarsi e quindi uno degli ultimi a perdersi, secondo la legge del riemergere dei riflessi arcaici nell'ultima parte della vita).

In tal senso comprendiamo allora come gli atti "terapeutici" siano numerosi e certo non si limitano solo alla somministrazione dei farmaci!

E terapeuti importantissimi sono appunto le assistenti geriatriche, i parenti, i volontari al capezzale del malato.

Tutti dobbiamo prendere coscienza di queste straordinarie potenzialità terapeutiche.

Due coniugi nella quarta età

Nell'età avanzata si conquista una profonda pace e la liberazione dalle passioni, di modo che, quando i piaceri, scemando, si affievoliscono fino al punto di acquietarsi, ci si libera, come dice il poeta, da molti folli padroni.

PLATONE

Li avete presenti: lui, molto vecchio col bastone, che fatica molto a camminare, lei, fragile, dall'incedere solo un po' più sicuro, ma curva sulla schiena, che gli sta a fianco, accompagnandolo con lentezza. Capita di vederle, queste coppie molto invecchiate, di persone sopra l'ottantina, marito e moglie, che accarezzano le vie della città, a onorare le passeggiate quotidiane, il giretto "giù da casa", il the delle cinque al caffè preferito, o la visita al figlio o ai nipoti indaffarati e distratti.

A Mantova, la mia splendida, piccola, invecchiata città della Bassa Padana, i vecchi-vecchi (ultra ottantenni) sono circa 3.500 persone (su 48.000 abitanti). Di questi, almeno il 40% sono dipendenti da altre persone. E allora capita che molte coppie anziane vivano pienamente questa realtà. Sto appunto parlando di quelle coppie di sposi molto vecchi, entrambi malati, che riescono ancora a vivere da soli, insieme. Quasi sempre uno dei due è molto fragile, dipendente, affetto da molte malattie e disabilità, e l'altro riesce ancora ad autodeterminarsi, seppure esso stesso con molte infermità e limitazioni.

In gergo tecnico (orribile!) li potremmo definire il primo "totalmente non-autosufficiente" (N.A.T.), il secondo "parzialmente non-

autosufficiente” (N.A.P.). Ma attenzione: non pensate che il primo sia necessariamente il marito e il secondo la moglie. Oltre gli 80/85 anni, la curva della dipendenza tende a sovrapporsi tra i due sessi. Classicamente si pensa che sia sempre la donna ad accudire il marito ammalato. Invece nei lustri estremi della vita il vantaggio femminile di autonomia si annulla. Se l'uomo riesce a superare gli 80 anni (ricordo che l'età media del maschio oggi in Italia è di 74 anni, mentre quella delle donne sfiora gli 82 anni!), il grado di autonomia è simile a quello della donna. Si potrebbe anche dire che il vantaggio quantificabile (il numero di anni) della donna ad un certo punto si pareggia e la qualità esistenziale di maschi e femmine si equivale.

Certo, l'imbricarsi di realtà di dipendenza è estremamente variegato: possiamo incontrare la coppia in cui il marito, già molto malato, accudisce la moglie, magari gravemente demente, o viceversa. Oppure lui (o lei) presentano disabilità prevalentemente fisiche (incapacità di camminare) e il coniuge prevalentemente psichiche (cioè gravi limitazioni di memoria, cognitiva, ma anche disturbi del comportamento più o meno accentuati).

L'intrecciarsi di limitazioni della sfera cognitiva (memoria, capacità critica, adeguatezza mentale), di un'insufficienza motoria (l'alzarsi dal letto, andare in bagno, muoversi in casa o fuori casa), competenze comportamentali e di capacità di svolgere le più semplici e complesse attività che la vita quotidiana richiede, ecco, queste quattro variabili messe insieme incontrano in una persona le quattro variabili dell'altra. Con altri termini si può dire che la capacità cognitiva e i livelli di autonomia di base e avanzate della vita quotidiana (ADL e IADL) all'interno del contesto ambientale (camere della casa, quartiere) della moglie incontrano le rispettive del marito.

È per questo che l'incastro diventa complesso ed ogni coppia di vecchi molto anziani è diversa da qualunque altra, perché le variabili diventano numerose e sempre nuove. Mente, comportamento, capacità di fare le cose, patologie, ambienti, livelli economici, storie autobiografiche, stili di vita: tutto ciò forma un mix complesso e irripetibile per ogni persona e per ogni coppia. Quando l'uno o l'altro di questi fattori va in crisi, l'equilibrio globale di una persona può essere

sosso e scuotere l'altro. Inoltre nella coppia queste variabili sono contrassegnate dal "fattore relazionale", che marito e moglie hanno (in modo del tutto eccezionale) formato nel corso dei decenni di convivenza. Un bel casino, vero? Sì, ed è proprio la complessità di tutti questi fattori messi insieme, che vanno valutati e osservati sia nella dimensione della carenza, sia in quella delle risorse. Ogni cosa ha infatti un meno e contemporaneamente un più. Per esempio una malattia è un deficit da un lato (come un cuore che fa fatica a pompare sangue), ma anche una potenzialità (quanto quel cuore malato permette di fare a quella persona). E allora succede che due coniugi anziani e malati compensino in 100.000 modi diversi i deficit reciproci, o minimizzino quelli dell'altro, o al contrario li ingigantiscono. Due anziani molto vecchi con tanti problemi sono come due straordinari equilibristi su un filo: riescono, insieme, a "tirare avanti", proprio in virtù di queste straordinarie capacità di stare a galla, di non cadere dal filo, perché hanno affinato negli anni reciproci compensi, aiuti, compromessi, strategie originali e che "funzionano". Mi capita con una certa frequenza di visitare queste splendide coppie "adattate". Esse incarnano appieno la capacità incredibile dell'uomo di dribblare le difficoltà e i cambiamenti.

Chi l'ha detto che gli anziani sono rigidi e non sono in grado di adattarsi alle novità? Ricordo una coppia molto anziana: lui 98enne, lei 93enne. Frequentavano il nostro Centro Diurno Integrato. Lui è un chiacchierone, è un po' più in gamba di lei, che comunque se la cavava abbastanza. Il figlio, ultrasettantenne, abitava molto vicino a loro. Ma loro si arrangiavano, direi al 90%. Lui la prendeva sotto braccio (la signora ha qualche "vuoto di memoria", come si dice dalle nostre parti, ma è ben orientata) e facevano le loro passeggiate nel giardino del Centro. Lei aveva comunque gambe buone, meglio di lui. Dunque si compensavano a vicenda, fra la mente un po' amnesica di uno e le gambe malferme dell'altro. Si facevano compagnia, come si suol dire, come si diceva una volta di due fidanzati giovani, che "si parlano".

Sì, l'amore a 90 anni può parlarsi, consumarsi, litigare, crescere, morire, e appunto, farsi compagnia.

Le tre cure

*Vecchi e giovani: tutti stiamo facendo
la nostra ultima crociera.*

ROBERT STEVENSON

È un titolo strano. Che vuol dire?

Ve lo spiego subito. Nella nostra cultura e nel nostro linguaggio la cura corrisponde all'atto terapeutico, che generalmente, almeno in medicina, contempla una diagnosi corretta e poi la prescrizione di farmaci e/o di un intervento chirurgico (se necessario).

Tutto qua, in fondo.

«*Ti ho dato la cura giusta*». Okay. Ma non basta. Devo scomodare l'inglese, utilizzando un gioco di parole che mi permette di dare molta più profondità a questo fondamentale tema.

Traduco cura con tre parole: *Cure, Care, Core*.

La prima: "*Cure*". Si può tradurre con la parola "*Rimedio*", appunto il farmaco giusto, l'intervento chirurgico ad hoc. È ovviamente, questo, il primo livello, irrinunciabile e indispensabile. Guai se un medico prescrive un farmaco sbagliato, o taglia l'addome invece del torace! La professionalità deve essere massima, perché sempre più difficile è destreggiarsi nel dedalo delle offerte di farmaci corretti, consapevoli, fra l'altro, degli effetti collaterali, che devono essere conosciuti non bene, ma benissimo dal terapeuta.

Ma ciò non basta.

Il secondo livello è la "*Care*". "*I care*" è traducibile, fra le altre espressioni, con lo stupendo "*Mi interessa*". Provate a pensare a cosa significa dire a un malato, a chi soffre, a chi è a disagio dentro la pro-

pria pelle: «*Tu mi interessi*». Sicuramente un brivido scorre sulla schiena di chi se lo sente dire, e viene spontaneo chiedere: «*Ma davvero, io ti interesso tanto, io, così fragile, debole, sofferente?*». «*Sì, sì, proprio tu mi interessi davvero, proprio tu sei molto importante per me!*».

È questa la *Care*, che si carica di sfumature, d'ascolto vero, di occhi che guardano attenti, di mani pronte a toccare, accarezzare.

Si può anche tradurre con “*Io mi carico del tuo peso*”, cioè io prendo su di me un poco del tuo fardello, per portarlo insieme e renderlo meno pesante per entrambi. Quante volte un malato vorrebbe dare ad un altro il proprio affanno, perché davvero pesante e ingombrante.

La *Care* è questo. La *Care* è anche *attenzione all'altro*.

Quante volte mi capita di attraversare il corridoio del reparto dove sono appollaiati sulle loro carrozzine una decina di malati e di salutarli tutti, magari distrattamente, perché diretto verso una stanza per visitarne uno. Una di queste dieci persone mi lancia una dolce bordata dicendomi: «*Dottore, non mi saluta?*». Allora capisco tutto, mi fermo, mi avvicino e dico: «*Sì, signora, ha ragione, ho sempre fretta! Come sta?*» e le prendo la mano, mi sintonizzo sul suo sguardo e le dedico qualche secondo d'attenzione, intenso e vero.

Quell'attenzione solo per lei conta molto: la signora in quel breve momento profondo si è sentita al centro dell'interesse, importante più degli altri, nella sua irripetibilità e originalità.

Ovviamente più l'attenzione è vera e lunga, e migliore è la relazione terapeutica.

Ma *Care* è anche preoccupazione per l'altro nel senso pieno del termine, non negativamente.

Mi preoccupo della tua complessità clinica, delle sfumature delle tue emozioni, degli anfratti dei tuoi sentimenti, delle tue attese e desideri.

Si può anche dire: tu occupi tutto me stesso, in quel momento, breve o lungo che sia. Cioè io sono tutto per te, con la mia mente, la mia professionalità, le mie orecchie, le mie mani, il mio cuore. In questo istante non c'è altro dentro di me che il tuo bisogno di me, che mi hai chiesto aiuto, ascolto, dolcezza.

Ma non basta ancora. C'è il terzo livello d'approfondimento, il *Core*. È traducibile con la parola "centro" dell'altra persona. Io cerco cioè d'entrare nel centro di te, di immedesimarmi a tal punto da confondermi quasi con te. Il mio centro corrisponde col tuo centro. Pensate al nucleo di una cellula: lì, dentro, c'è il DNA, cioè il codice irripetibile e diverso da ogni altro.

Il nucleo è la vita cifrata, l'originalità dell'altro, il punto nevralgico, decisivo. Dunque io mi faccio centro, nucleo, nocciolo con te, cioè io assaggio la parte più buona e profonda e vera dell'altra persona, quasi confondendosi assieme.

Mi viene in mente una splendida favola indiana, che fa intuire la magia di questa operazione di totale empatia con l'altro, cioè di questo fare pienamente "*l'esperienza dell'esperienza dell'altro*" (Edith Stein).

C'era una bambola di sale che voleva capire la propria identità profonda. Chiedeva distrattamente e rapidamente a un uccello che passava vicino: «Chi sono io, uccellino?». «Tu sei una bambola di sale». Ma non capiva. Poi chiedeva a un passante, e poi a un cagnolino: «Chi sono io?». E tutti rispondevano: «Tu sei una bambola di sale».

Un giorno si avvicinò al mare e fece la stessa domanda. Il mare rispose: «Entra in me e capirai». E così, lentamente, si sciolse nel mare e capì, confondendosi e abbracciando l'acqua che la accoglieva dolcemente, la propria identità: essa capì sè stessa solo nel dono empatico con l'acqua. Perdeva il proprio sè anonimo, ma ritrovava il vero sè nel dono e nell'abbandono all'altro.

Forse è questa la vera cura: un immergersi così intensamente e profondamente nel mare degli altri da ritrovare dopo un lungo cammino, certo faticoso ma esaltante, la propria vera identità.

È questo il segreto del vero atto terapeutico, a tutti i livelli e valido per ognuno di noi.

Esso cambia chi lo offre e chi lo riceve, e fonde a tal punto i due attori della relazione da far germogliare nuova vita, nuove onde, nuove armonie, nuovi stupori, come il mare, che dà vita a piene mani a chi lo ama con rispetto intelligente e tenero.

SEMPRE PIÙ VICINI AL SENSO

Aspetti relazionali

Asimmetria (*)

Ci sono tantissimi modi di avvicinarci ad un malato anziano.

Lì, in quell'incontro, avvengono tantissime piccole e grandi cose. Se è vero, come è vero, che l'identità profonda dell'uomo si stempera e si definisce nella relazione, in qualunque situazione esso si trovi, ciò vale anche per la persona malata, disabile, carica di dipendenza e di anni.

Quando chi è sano ed efficiente si avvicina a chi è il perfetto contrario, l'asimmetria del rapporto è un dato di fatto.

Come giocare bene quest'asimmetria a favore della persona più fragile? Ci sono tante frasi che si possono dire (a parole o con i gesti, o con l'enorme ventaglio di linguaggi non-verbali che possiamo usare) ad una persona in difficoltà.

Eccone alcune: «*Tu sei noioso, tu vali molto poco, tu vali molto, non so come aiutarti, capisco bene il tuo momento, vorrei scappare da te prima possibile, non ne posso più di te, ho voglia di incontrarti, mi interessi molto, sei importante per me...*».

Vorrei scegliere quest'ultima frase come emblema semplice e profondo della relazione corretta e profonda.

(*) Capitolo inedito.

Provate a pensarci bene. L'altro che mi avvicina mi dice: «*Sai, tu mi interessi molto*», ancor più «*Tu vali molto! Per te e per me!*». Fantastico.

Quali brividi positivi scorrono nelle nostre vene al risuonare di questa frase! A patto, ovviamente, che sia autentica. Vera.

E l'autenticità di una parola, di un gesto, si percepiscono bene, specialmente da parte di chi ha affinato molto le antenne della sensibilità, della percezione delle sfumature dell'altro.

Due occhi che si concentrano sull'altro, guardandolo con attenzione vera, con empatica vicinanza, due orecchie tese all'ascolto, una presenza a fianco del letto che sa stare lì con serenità, pazienza, premura: tutto ciò sa trasmettere quel «*Tu vali molto, per me e per te*».

Non basta «*valere molto*» in sè. Infatti quel «*per me*» sottolinea quel di più di relazione e di «*esserci*» che sintonizza le due persone in modo corretto. L'asimmetria così si azzera.

Essere importante «per me» vuol dire che «tu, l'altro», «tu, malato», sei capace di entrare in me (oltre che viceversa) e di cambiarmi, d'offrirmi un frammento di novità, di risvegliarmi una riflessione, un'emozione, un brivido. E io e te siamo un po' diversi da prima.

È questa la chiave di volta: un incontro contrassegnato da questo «*Tu vali molto per te, per me*» rende nuovo, impercettibilmente, sia il malato, sia chi lo avvicina. Con profondità.

Infatti le cose importanti, anche se piccole, sono sempre profonde, mai superficiali.

In quel breve o lungo incontro, si rischia di andare a fondo all'altro, reciprocamente.

Ricordo una signora ammalata che disse una volta all'infermiera: «*Non vada via. Sto bene quando lei sta qui con me*».

Non so che cosa fece quella splendida infermiera, se scappò rapidamente, se restò là a lungo, poco, o altro. Intuisco solo che quella ragazza probabilmente era capace di stare lì in modo adeguato ed empatico. Aveva trasmesso con chiarezza a quella signora anziana e malata il suo «*tu vali molto per me*», trasmettendole benessere.

È un po' come il bimbo piccolo che gode profondamente del

fatto che la mamma lo tiene in braccio, lo coccola, lo bacia, ride, gli canta la ninna-nanna, annusa il suo odore, il suo alito leggero ed innocente. È la mamma ancestrale che dice al bambino piccolo che è in ognuno di noi il suo: «*tu vali molto per me*». E chi meglio di una madre può dire ciò? Quella mamma viene profondamente modificata dal suo bambino.

Probabilmente qui sta il cuore: è decisivo risvegliare questo fondamentale rapporto madre-bambino inscritto così profondamente in ognuno di noi, portatore di intimo benessere e piacere.

Dobbiamo essere madre (o padre) che sanno risvegliare il bambino interiore, che sanno però contemporaneamente ridare dignità di adultità relazionale al e col malato.

«*Tu vali molto per me*» fa risuonare sia il bambino sia l'adulto che c'è in chi sta male in generale, e ancor più nel malato vecchio.

Queste due dimensioni interiori sono straordinariamente importanti per la persona: l'adulto è la pienezza della realizzazione, ma presuppone che il bimbo interiore sia non solo rispettato, ma spesso fatto riemergere con forza.

Occorre saper dialogare con entrambe queste due figure che si nascondono con abilità dentro il nostro cuore e mente. Occorre saper prendere per mano il bimbo, ricco di spontaneità e originalità, e dare gambe all'adulto che dice: «*Voglio camminare sicuro sulla mia strada irripetibile*».

Imboccare

Una famiglia della quale fa parte una persona anziana, possiede un gran tesoro.

PROVERBIO CINESE

Molti anni fa, giovane medico innamorato dei malati ma anche affascinato dalla scienza medica e dalla ricerca clinica, provai a mandare alla segreteria di un Congresso di Geriatria un piccolo studio che feci all'Istituto Geriatrico sull'uso del biberon con i malati anziani gravi. Cortesemente la Commissione che doveva vagliare i lavori proposti mi rispose che sì, era molto "umano", ma che non aveva i criteri della scientificità e non poteva essere pubblicato nella "Sezione Poster". Non me la presi, perché immaginavo che sarebbe andata a finire così.

Come può essere "interessante" per la scienza il gesto di dare da mangiare a un povero vecchio malato che non è più in grado di farlo? Ma io vi dico che questo è un gesto importantissimo, umano, scientifico e artistico insieme. Si può imboccare un malato in tanti modi: in fretta, con dolcezza, con grande efficacia o al contrario dando pochissimo da mangiare, rispettando i tempi del malato, o sintonizzandosi sui tempi di chi imbecca. C'è chi "ingozza" il malato con palate di cibo enormi, chi invece rispetta la sua capacità limitata e lenta, chi usa accompagnare il gesto con parole di incoraggiamento, o con stratagemmi distraenti come si fa con i bambini piccoli. Di fatto è un'operazione altamente scientifica e terapeutica, perché attiene al gusto, al piacere della nutrizione e quindi al benessere globale del paziente. Molto più di molti farmaci o di molti esami diagnostici fini e costosi e magari invasivi e disturbanti. Ma è un gesto

di grande umanità. Dopo l'allattamento al seno e il biberon, è il gesto che unisce strettamente madre e piccolo, facendo passare fra i due canali di relazione, affetto, comunicazione di enorme spessore.

Come non pensare allora che il gesto di imboccare sia un gesto profondamente materno? E così come il bambino può chiudere la bocca per ripicca, od aprirla per ingurgitare anche l'amore materno, con voracità e piacere, così fanno i miei malati. Spesso da un operatore all'altro ci sono differenze di efficacia incredibili: con uno serrano la bocca, con l'altro la aprono dolcemente e "mangiano tutto". Quale differenza? Semplice. Il primo si è posto come un cattivo farmaco, il secondo come un buon farmaco. Pensate dunque a quanto valga il "come" ci si pone, il come si relaziona, il come si vive questo gesto apparentemente semplice, in realtà complesso e difficile. È innegabile che la fretta sia la nemica prima dell'imboccare. La fretta trasmette inquietezza, impedisce di gustare il cibo, peggiora la masticazione, scippa al gusto del mangiare, le sfumature dei sapori, che anche il malato percepisce. Ma soprattutto trasmette il messaggio che «tu, malato, mi interessi poco. Prima finisci, prima me ne vado».

Ci sono imboccate che possono durare un'ora, anche più. Ricordo quella di una mia cara splendida amica, che ha il figlio quindicenne colpito da qualche anno da una rara malattia neurologica che gli impedisce ogni gesto autonomo. Pur usando un piccolo cucchiaino (l'unico modo per penetrare nella sua bellissima bocca di adolescente), la pazienza, la dolcezza, la serena fatica che trasmette al figlio permette ogni volta il miracolo della sua nutrizione, altrimenti praticamente impossibile. Ogni centimetro cubo di pappa è una conquista, una fonte d'amore, un soffio di tenerezza. Se voi vedeste la soddisfazione finale, al termine del pasto, di mamma e figlio, capireste cosa passa fra i due e dentro i cuori di ognuno. Dopo un'ora e oltre di fatica vera. Certo, non è richiesta a tutti tanta abnegazione e dolcezza. Ma se solo mettessimo in questo gesto un decimo, anche un centesimo del miracolo che ogni giorno questa splendida mamma, papà e figlio producono, allora capiremmo che, oltre che umano e necessario questo gesto è davvero un'arte d'amore appresa ed innata insieme. Come la Gioconda di Leonardo. Siete d'accordo?

“Alzati e cammina”

Per essere sinceri, lasciatemelo dire: io spero di vivere a lungo. Amo la vita.

GIOVANNI PAOLO II

In qualunque fase di una malattia disabilitante è *sempre possibile riabilitare e riabilitarsi.*

È un'affermazione forte, ma vera.

La Riabilitazione è un po' l'altra faccia della Prevenzione.

Ed è anche vero che si può sempre prevenire.

Prevenzione e riabilitazione si intrecciano e si rincorrono a vicenda.

E così come si può e si deve sempre prevenire la formazione di una piaga da decubito di una donna allettata per una frattura al femore, si può e si deve sempre riabilitare anche un malato grave, anche se anziano o molto anziano.

Si può sempre riabilitare. Si possono risvegliare le gambe intorpidite di un anziano rimasto troppo tempo a letto (magari solo per una settimana, ma sappiamo che è sufficiente questo tempo per fargli dimenticare gli automatismi del cammino). Si può rimettere in piedi, a volte dopo pochissimi giorni, un ottantenne fratturato al femore e tempestivamente operato con una protesi d'anca. Si può reinsegnare a un anziano affetto da morbo di Alzheimer a vestirsi da solo, a lavarsi autonomamente, a posticipare l'incontinenza urinaria educandolo a minzioni assistite e ad orario. Si può imprimere nella mente, pur amnesica di un malato di Alzheimer in forma lieve una serie di sequenze mnemoniche legate all'orientamento nel tempo e

nello spazio. E ancora: si può risvegliare in questi malati, magari già molto deteriorati cognitivamente, spruzzi di ricordi antichi, belli, importanti per lui e per chi li ascolta.

Si può sempre riabilitare.

Si può insegnare ad un malato emiplegico all'emisoma destro a mangiare con la mano sinistra: si può, ve l'assicuro. Mi ricordo di Angiolina, novantenne, che colpita da emiplegia destra, iniziò a dipingere in modo assolutamente originale ed efficace con la mano sinistra. Nella nostra cappella dell'Istituto c'è ancora una sua piccola opera incastonata nella Croce francescana tutta eseguita dai nostri anziani malati.

E sapete chi ha manipolato il corpo del Cristo di questa splendida e irripetibile Croce? La Olga, una signora Parkinsoniana che è stata molti anni ricoverata in R.S.A. e che è tornata poi a casa e ogni tanto torna nel nostro reparto di Riabilitazione per brevi periodi.

È un Cristo tremante come le sue mani secche e paradossalmente precise, un Cristo che parla col suo corpo della sofferenza tremante di Olga.

In fondo la *riabilitazione può essere una creazione*, meglio una nuova Creazione, con la C maiuscola. Un uomo, una donna disabile che riescono ancora ad andare in bagno da solo, da sola, appoggiandosi magari a maniglie ed appoggi, ma da solo, da sola, dopo un ictus, dopo una frattura, dopo un allettamento prolungato, rappresentano una creazione. È per questo che l'atto riabilitativo del malato e di chi lo rieduca e lo aiuta ad esso, sia questi un fisioterapista, un ASA, un infermiere, un parente, un volontario, è un atto assistenziale, riattivativo, riabilitativo e creativo insieme.

Amo spesso, parlando e scrivendo di queste cose, scomodare la parola "arte". *Che c'entra l'arte con la riabilitazione?* Se arte è il soffio irripetibile e originale di un gesto creativo umano, beh, credo che molti atti riabilitativi siano davvero dei gesti artistici. Come sapevano fare Van Gogh o Ligabue, pur sconvolti nelle loro menti, quindi essi stessi disabili, che dalla loro carenza d'essere sapevano tirar fuori opere d'arte.

Ma ancora: la riabilitazione può essere anche, e spesso lo è dav-

vero, un gesto d'amore. E come l'amore è dentro alla sfera dell'irripetibile e dell'esclusivamente umano, così è spesso dell'atto riabilitativo. Esso ha dentro un soffio d'amore che suggella un rapporto nuovo, gratificante, coinvolgente i due attori (l'operatore e il paziente).

Sto forse sognando?

Sto forse esagerando?

Sto forse delirando?

Sì, è possibile. *Ma lasciatemi, ogni tanto almeno, sognare un po', esagerare molto, delirare in libertà.*

Tutto questo è un gesto d'amore. Come tanti, ogni giorno, se ne compiono a fianco dei nostri anziani ammalati.

Se vi ho fatto sognare, esagerare, delirare, anche solo per pochi attimi, beh, di questo ne sono contento. Grazie a tutti i nostri vecchi malati, che sono i veri soggetti del nostro operare quotidiano.



Bruno e Armida: tenerezza dolce, tenera dolcezza.

IL MASSIMO DI SENSO

RSA: dalla custodia al senso

La vecchiaia deve essere il porto, non il naufragio di una vita nobile.

SANT'AMBROGIO

Vorrei proporvi una riflessione che a volo d'uccello attraversa trasversalmente circa 25 anni della mia attività dentro le Case di Riposo, oggi convenzionalmente chiamate R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali).

Disegnerò rapidamente 6 modelli, che sono poi 6 fasi susseguite nel tempo, che tutt'ora convivono. Le prime cinque sono già "presenti" nel panorama delle Case di Riposo, mentre l'ultima è l'elaborazione teorica di una mia proposta, già in parte presente oggi, ma che deve molto espandersi ed essere culturalmente "introiettata" dalle nostre coscienze umane e professionali.

I 6 modelli sono:

- 1) Custodialistico
- 2) Assistenziale
- 3) Riabilitativo
- 4) Clinico
- 5) Protesico
- 6) Del Significato

1) Il Modello Custodialistico

Una volta Ricovero significava esclusivamente custodia, sicurezza, sia per gli ospiti sia per la società intera. Occorreva dare un letto o un piatto di minestra a centinaia di persone per lo più anziane, ma non solo, comunque marginalizzate, povere economicamente, a volte con forti problemi psichiatrici, comportamentali e di alcoldipendenza. Per decenni questa è stata una funzione provvidenziale e al tempo stesso infamante. Tutto ciò che richiamava il simbolo ricovero significava per lo più nascondimento, esclusione sociale, lontananza fisica dalla "civis". Ma indubbiamente la dimensione di custodia, in molti casi di salva-vita era adeguatamente presente (questa è la dimensione provvidenziale e in buona parte insostituibile e necessaria). Questo modello lo ricordo solo i primissimi anni della mia attività medica e geriatrica, cioè gli ultimi anni '70. Il simulacro di questo modello era lo stare a letto, custoditi, con il caldo, l'alimentazione e un minimo d'igiene.

2) Il Modello Assistenziale

Già i primi anni '80 iniziava, con forza, a presentarsi la dimensione assistenziale caratterizzata dall'immissione nei Ricoveri di un discreto numero di infermiere/i. Si capiva che, con la comparsa delle piaghe da decubito, così frequenti allora per l'eccessivo allettamento dei malati, occorreva un'attenzione delle scienze infermieristiche e del loro importante apporto assistenziale più adeguato ed attento. E così il simbolo diventa, in questo modello, l'anziano curato di più nel corpo ed alzato dal letto, *seduto sulla seggiolina in fondo al letto*.

3) Il Modello Riabilitativo

Cosa ci faceva un anziano seduto sulla seggiolina in fondo al letto? Era pronto per alzarsi, camminare, muoversi. E così sono arrivati i fisioterapisti. *Alzarsi dalla sedia, stare in piedi, camminare*, riuscire a fare autonomamente le ADL (attività di base della vita quotidiana, cioè mangiare, spostarsi, lavarsi, vestirsi, avere la continenza),

è diventato parte integrante del vissuto di molti anziani e dell'impegno di intere équipes nelle Case di Riposo. Già questa è stata una grande intuizione, un salto qualitativo straordinariamente significativo. Questa nuova sensibilità riattivativa-riabilitativa sempre più attraversa tutte le figure e la mentalità di chi lavora in queste strutture, certamente molto più dei Setting tipicamente ospedalieri.

4) Il Modello Clinico

Il giungere nelle Case di Riposo in modo sempre più massiccio di anziani pluripatologici e con tanti problemi, ha imposto un'attenzione clinico-geriatrica sempre più attenta e profonda, facendo fare un salto di qualità ad una medicina considerata di serie B, debole culturalmente, a una medicina di serie A, dal pensiero "forte" (come ama dire il prof. Trabucchi) e dallo statuto scientifico sempre più robusto e multidisciplinare. Inoltre negli anni '90 è sbocciato un frutto fondamentale del pensiero geriatrico. Esso è l'*Assessment* (valutazione multi-dimensionale) che è diventato strumento diagnostico ma anche terapeutico oggi irrinunciabile per una pratica geriatrica moderna e seria.

5) Il Modello Protesico

L'obiettivo fondamentale non è tanto cancellare le malattie croniche (cosa impossibile, ovviamente), nè restituire la salute nella sua accezione corrente, bensì far raggiungere all'anziano non-autosufficiente il massimo del benessere. Esso può anche coesistere con le polipatologie e i limiti funzionali, a patto però di sostituirli, appunto, con delle protesi (così come si mette un arto artificiale ad un amputato di gamba) composte di tre dimensioni: atteggiamenti relazionali, ambiente idoneo, attività diversificate. Questi tre "bracci" protesici possono sostituire ciò che manca all'anziano fragile e malato. Il modello protesico è stato inoltrato e adottato soprattutto nei "Nuclei Alzheimer" ma è estensibile a tutti i Reparti di RSA ed è stato ideato e proposto, nel suo nucleo originario, dal "*Gentle Care*" di Maria Jones, creativa assistente sociale canadese, che ha codificato

la “cura gentile” protesica. Il dott. Guaita, che cura con grande intelligenza e cuore il grande Istituto Colgi di Abbiategrasso, ha pienamente concretizzato e italianizzato questo modello. Grazie Antonio, sei un esempio per tutti noi, amanti del vecchio fragile e ammalato.

6) Il Modello del Senso/Significato

Mentre tutti gli altri modelli sono figli del come, del dove, del chi, del che cosa, questo è debitore ai *perché fondamentali della vita*: perché la sofferenza, perché la malattia così lunga, perché devo stare al mondo, perché sono qui, perché oggi mi è successo questo... E allora il verbo chiave diventa *valorizzare* la donna, l'uomo vecchi e malati. Valorizzare il loro presente, il loro passato, il loro futuro prossimo. E allora diventa fondamentale la *biografia* della persona che quasi cancella la sua biologia malata e dipendente. Per scomodare una metafora utilizzo quella del *mobile antico*, che si mette nel posto più importante della nostra casa: così deve essere dell'anziano malato. Questo modello presuppone la signoria del vecchio fragile che diventa *esperto del tempo tridimensionale*: è maestro del passato lunghissimo, artista del presente brevissimo, opportunista del futuro breve. Quali valori e principi lo reggono? Il *primato della gratuità sull'utilità*, la spiritualità e la corporeità da integrare, il passare da “catorcio” a gioiello, l'importanza di entrare il più possibile nell'Insight del malato. Quali gli strumenti? *L'Animazione*, la *Narrazione*, l'*Ascolto* e la *Spiritualità* incarnano concretamente il modello del Senso.

Occorre andare oltre la qualità a ricercare il senso delle cose e degli avvenimenti,

riscoprire la dimensione ludica della vita,

incentivare i desideri,

usare empatia,

ridare protagonismo e partecipazione,

privilegiare la Festa,

riscoprire la sacralità del vivere quotidiano ed estremo,

offrire allegria, risate, preghiere, meditazione, silenzio caldo.

Ce n'è abbastanza: per sognare, ma anche per realizzare i sogni.

La quarta stagione

*Quando la vita pian piano declina
dobbiamo essere come gli alberi d'autunno:
pieni di frutti maturi.*

J. H. PESTALOZZI

«Quattro sono le stagioni dell'uomo. C'è il tempo d'imparare e c'è il tempo d'insegnare. Viene poi il tempo di andare nel bosco e, infine, c'è il tempo dell'essere mendicanti».

Questo splendido spezzone di tradizione indù cadenza il susseguirsi delle età della vita.

Il primo tempo delle due età iniziali è chiaro: l'età infantile e giovanile è quella dove occorre disegnare le basi culturali, valoriali, comportamentali per la vita.

Così formati, si è pronti per entrare nell'età adulta, quando occorre dare testimonianza e trasmettere ricchezza, energia e umanità al massimo grado.

C'è poi il tempo «*dell'andare nel bosco*». È una lunga (speriamo!) fase riflessiva, d'interiorizzazione, un'età nella quale è lecito, doveroso e soprattutto utile pensare a sé stessi, ritrovando il silenzio del bosco (cioè di noi stessi), la quiete, la riflessione, il distacco dall'esteriorità, dal rumore della città, dall'incubo delle cose, dalla conquista, dal successo.

Questa fase può coincidere con il pensionamento, con i primi anni della senilità, ma non necessariamente. È una fase che può nascere anche verso i 40 anni, o i 50, o i 60 anni.

Dipende dalle persone, dalle circostanze, dalla vita, dagli eventi

fisici (per esempio la menopausa nelle donne), dal diventare magari nonni giovani, dall'aver raggiunto gli obiettivi lavorativi ecc.

A questo punto, lentamente, impercettibilmente, si è preparati per entrare nell'ultima fase che, contrariamente a quanto a noi occidentali appare, è considerata dalla sapienza indiana il vertice della pienezza della vita, cioè l'*essere mendicanti*.

Esso è il tempo nel quale, venuto meno l'orgoglio e affievolendosi il senso del possesso delle cose, si può diventare interiormente poveri, per certi aspetti si ritorna bambini, si dipende sempre più dagli altri, si avverte forte l'irrompere della Provvidenza Divina.

È splendido il brano del Vangelo di San Giovanni (21,18) nel quale Gesù si rivolge a Pietro, descrivendogli l'ultima stagione della sua vita: «*Quand'eri giovane ti cingevi la veste da solo e andavi dove volevi, ma quando sarai vecchio tenderai le tue mani e un altro ti cingerà la veste e ti porterà dove tu non vuoi*».

Quante volte, spingendo la carrozzina di mio padre, mi veniva in mente questa perla evangelica. Quante volte mi chiedevo: chissà se davvero gli piace dove lo sto portando, o se al contrario lui vorrebbe andare da un'altra parte, o magari restare dov'era.

L'essere mendicanti è una condizione umana incredibilmente strana.

Il mendicante tende la mano, viene spesso deriso, si raggomitola su sè stesso, vive la totalità dell'umiltà e spesso dell'umiliazione, spesso ha freddo nel corpo e nel cuore, sperimenta spesso la perdita di dignità e il servilismo.

Il mendicante è all'angolo delle strade, non produce, spesso disturba, vive di un'economia per nulla significativa, spesso rifugge il dialogo.

Tutto ciò appartiene a molti vecchi malati. Come può essere considerata questa l'età della sapienza, il vertice della pienezza della vita? Solo un soffio divino sa trasformare questo mendicante in uomo pieno di vita, ricco di saggezza, il riferimento fondamentale di una umanità riconciliata con sè stessa.

Solo l'«*Abbandono a un Altro*» (entrambi maiuscoli!) dà pienezza di senso all'essere mendicanti.

Ci sarebbe la fila

Soltanto invecchiando si scopre quanto raro sia il bello e quale miracolo sia che tra fabbriche e cannoni sboccino dei fiori e che in mezzo a giornali e listini di borsa vivano ancora delle poesie.

HERMANN HESSE

A volte, dopo una intensa giornata di Istituto, fra riunioni con i medici, giri nei reparti, visite ai malati più gravi, lettura di un articolo scientifico, telefonate in ospedale, mi chiedo: «*Renato, qual è la cosa più bella che ti è capitata oggi?*».

È difficile rispondere, perché le perle che una giornata offre sul piatto dell'esistenza sono numerose e fatte di tanti colori: la scelta non è facile. Se però lascio emergere le mie emozioni liberamente e non ci penso troppo, la risposta viene spesso spontanea. E riguarda il mio incontro con i malati. Un esempio di oggi.

«Dottore, lei dà proprio la carica. Al malato questo fa molto bene!».

Questa frase mi è risuonata oggi pomeriggio, facendo una visita di controllo ad una signora nel reparto.

È stata come una carezza alle mie orecchie, un bacio dolce ricevuto sulla guancia con tenerezza.

Certo, la gratificazione è importante. Ma non è la cosa più importante. Conta ancor più l'essermi sentito utile, l'aver regalato ad una persona sofferente un soffio di entusiasmo. E ancor più l'essermi sentito me stesso. Pienamente. In quel momento ero proprio vestito della mia vera identità di uomo, ancor più che di medico. Di un

uomo maturo, contemporaneamente medico, dirigente, padre, marito, figlio, fratello, amico di chi soffre, compagno di viaggio, credente. E come succede nella crescita di una persona (e io mi sento in cammino continuo, in un dinamismo mai domo), l'identità profonda si costruisce nella relazione con sè stessi, ma moltissimo anche nella relazione con gli altri. I malati, i sofferenti sono per me "gli altri" forse più significativi.

Ognuno ha una sua *Mission* (come si dice oggi nel linguaggio sociologico, così di moda). La mia missione è sempre più chiaramente a fianco dell'uomo malato e sofferente.

E allora cresce spontanea in me una frase: «*Tu, uomo che stai male, mi dà senso*».

Al punto che ti vengo a cercare, per trovare il perché profondo del mio esistere, del mio cammino sulla strada della vita.

L'altro che soffre non è solo un accidente, un estraneo da schivare, ma una realtà da incontrare con forza, con la limpidezza degli occhi e del cuore.

«*Tu sei decisivo per me*» in quanto sai tirarmi fuori il meglio che ho, le carte che mi sono state donate e che ho anche coltivato, fatto germogliare, fatto crescere e ben custodito. Come una pianta che si cura, come un figlio che si adora.

«*Tu mi dà senso*» perché mi obblighi a sorridere anche se non ne ho voglia, ad avvicinarmi al letto del malato anche se vorrei fare in quel momento tutt'altro, a domandarmi del perché del tuo soffrire, a grattare nei nascondigli del mio cuore per intuire il senso, o nell'accarezzare il mistero che il tuo dolore vela e disvela.

Ma anche di più: questo «*Tu mi dà senso*» diventa «*Tu dà senso a te stesso*», anche se adesso soffri e non vorresti, sperando che in fretta questo tuo dolore passi.

La reciprocità di questo incontro dà così valore ad entrambi, ci fa essere pienamente uomini e pienamente noi stessi, in un dinamismo che fa passare fra noi gioie e dolori reciproci, emozioni calde e fredde, sentimenti ambivalenti, silenzi strani e ricchi di senso, parole non dette, sguardi veloci ma profondi.

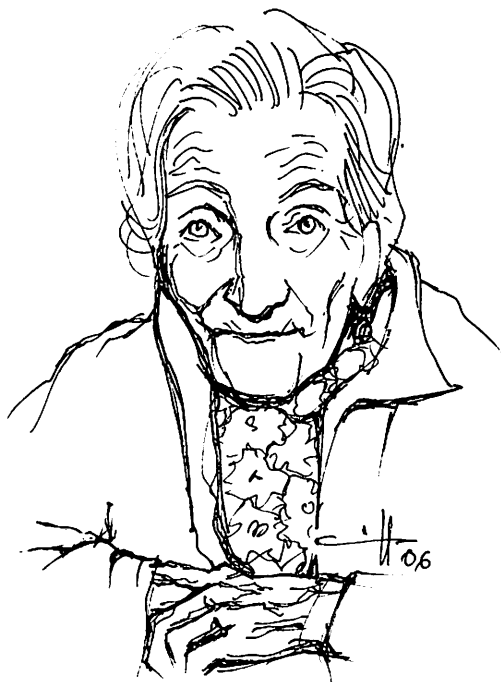
Pensate se la consapevolezza che chi soffre dà senso profondo a

chi assiste (medici, operatori della salute, assistenti, parenti, volontari, cittadini normali e sani) si diffondesse nel tessuto della gente, nella cultura della città, forse qualcosa di grande succederebbe. I malati cronici, i vecchi zeppi di malattie diverrebbero dei fari potenti, dei coaguli di senso per tutti, dei catalizzatori di domande ma anche di risposte ultime e piene.

E allora ci sarebbe la fila per incontrarli. Ci sarebbe la fila per andarli a trovare.

Ci sarebbe la fila nelle stanze dei geriatri. Ci sarebbe la fila nelle sale degli ospedali. Ci sarebbe la fila nelle camerette dei malati nelle loro case.

Oltre la solidarietà. Alla scoperta reciproca, faticosa ed esaltante insieme, dei significati veri, delle domande forti, delle risposte luminose.



Vittorina: semplicemente sè stessa.

Un senso per chi cura (e per chi soffre!) (*)

Vorrei offrirvi, se pur brevemente, qualche ulteriore spunto di riflessione e approfondimento tratto ancora dalle straordinarie e al tempo stesso semplicissime intuizioni di Victor Frankl, il fondatore della logoterapia, cioè la terapia del senso, questa volta pensando soprattutto a chi presta cura ai sofferenti.

In una parola: ridare il senso a chi l'ha smarrito.

In questo caso vorrei appunto offrire il massimo di senso a tutti quelli, operatori e parenti, che stanno al fianco di chi è malato.

L'intuizione fondamentale di Frankl è questa: più che farci domande sul perché della sofferenza, cerchiamo di rispondere agli appelli variegati che essa ci pone. E lì scopriremo il senso.

Frankl ci aiuta a scoprire il senso da dare al proprio esistere, sano o malato, fortunato o sfortunato, giovane o vecchio che sia.

In un suo scritto famoso e fondamentale del suo pensiero (*“Uno psicologo nel lager”*), Frankl, per supportare motivi di vita anche in condizioni estreme e terribili, cita una splendida frase di Nietzsche: *«Chi ha un perché per vivere sopporta ogni come»*, che fonda appunto l'ostinata e indispensabile ricerca di senso che Frankl ci indica con forza.

La malattia dell'altro e, ovviamente, ancor più la nostra, se ci capita! può essere così una *straordinaria opportunità-occasione* per realizzarci, per autotrascenderci (cioè migliorarci continuamente) nell'accettazione di un divenire continuo e mai uguale a sè stesso.

(*) Capitolo inedito.

Ogni momento terapeutico, ogni incontro col dolore, ogni soffio di vita del malato, porta in sé un significato piccolo o grande, quotidiano o straordinario, impercettibile o eclatante, non importa. Un significato, un senso da cogliere nelle profondità delle trame degli eventi che ci succedono ogni giorno. Con dolcezza e attenzione. Addirittura Frankl ci dice che proprio nelle realtà negative si può scoprire un senso ancor più incisivo e pungente per il nostro cuore e la nostra mente assetata e mai doma.

Ci consiglia anche, con la sua fine intelligenza, alcuni semplici ma efficaci strumenti per meglio cogliere i significati nascosti negli avvenimenti-incontri che ci capitano.

1) Il primo è *l'autodistanziamento*, cioè la necessità che a volte abbiamo di guardarci dall'esterno, tentando di uscire dal deleterio narcisismo egocentrico, osservando i nostri difetti, inadeguatezze, ma anche talenti, intuizioni, pregi su cui contare per il futuro.

2) Il secondo strategemma è *la capacità di ridere di noi*, con un sano umorismo liberante e benefico. Spesso ci prendiamo davvero troppo sul serio. Detendere, ridere, sorridere, raccontare barzellette, sorvolare, ironizzare, minimizzare: utilizziamo tutte queste straordinarie opportunità per farci accettare il peso a volte pesantissimo del nostro incontro con i malati.

3) Il terzo strumento è *la dereflessione*, che per Frankl rappresenta lo spostamento dell'attenzione su altre realtà, per relativizzare un problema difficile, un'attenzione eccessiva, a volte ossessiva. Cicerone diceva che un foruncolo sul naso di un adolescente può rovinargli l'esistenza, ma se si innamora può diventare un fiorellino. Ciò ci permette di cogliere il senso anche nel problema, nelle negatività apparentemente senza alcun senso.

4) La quarta grande intuizione di grande aiuto in molte situazioni difficili apparentemente insopportabili (come per esempio molte paure, fobie, ossessioni) è *l'intenzione paradossa*. In due parole si potrebbe spiegare l'intenzione paradossa come "*l'arte di fregare il malessere, desiderandolo*". In genere, quando si sta male, è istintivo combattere il male. Ma ciò rischia spesso di renderci schiavi del malessere stesso. Per rompere questo circolo vizioso occorre (in certi

momenti, non sempre, ovviamente) desiderare il male con forza, e in questa maniera non ne siamo più schiavi, ma protagonisti. Anche la “*Terapia Strategica*” ha ripreso questa intuizione e l’ha ulteriormente sviluppata.

Rispondiamo, con semplicità e immediatezza, a ogni brandello di vita che oggi ci ritroviamo, spesso nostro malgrado, fra le mani: un sorriso di un malato, una sua lacrima, un lamento, un sintomo strano, una domanda difficile, un silenzio angosciato, una serenità palese, una piaga da medicare, una mano da accarezzare...

E lì potremo scoprire, teneramente, la gioia, potremo gustare la brezza di una leggera felicità, perché il senso avrà in quel momento scaldato i recessi nascosti della nostra profondità, conscia ed inconscia, autotrascendendo noi stessi, modificandoci, e scoprendo nella nostra profondità incredibili risorse e talenti che non ci conoscevamo: insomma siamo molto migliori di prima!

È sempre questo per noi un “*senso forte*”?

RITRATTI - PERSONAGGI

Le donne invisibili

*La vecchiaia è come l'onda del mare.
Chi si lascia portare da essa, resta a galla, chi invece si ribella, affonda.*

GERTRUD VON LAEFORT

Le vedo, lì, al fianco di donne novantenni sedute in carrozzina, quando vado a casa con l'Unità Valutativa Geriatrica a visitarle. Il motivo delle visite è la richiesta d'inserimento nelle liste d'attesa per le Case di Riposo.

Le vedo, lì, vicino a casa mia, lungo i viali che costeggiano lo splendido Palazzo Te, a spingere carrozzine emiplegiche, a sorreggere il braccio tremante e ottantenne, a guidare una mente indementita e confusa.

Le vedo, in Istituto, sedute vicino al letto riempito di corpi piagati e dimenticati, a porgere un bicchiere d'acqua, a rassettare i capelli, a tenere il braccio fermo per le flebo.

Le vedo, in tante case mantovane, rispettose, attente, composte, a cercare di spiegare in un italiano a volte accennato, a volte spedito e preciso, il vissuto dell'anziana/o che accudiscono, spesso con affetto sincero.

Donne mature, spesso fra i 40 e i 60 anni, solcate da una bellezza

forte e un po' sbiadita, con quei visi carichi di vita e fatica, nostalgia e serenità: volti di ucraine, polacche, russe, slave, ma anche filippine, marocchine, africane, brasiliane, centroamericane.

Ieri era la festa della donna. Ho portato, quasi per inerzia, la mimosa alle mie donne di casa: Angela, mia moglie, Benedetta, la figlia diciottenne, Gisella, mia mamma ultraottantenne.

Ma quest'anno avrei voluto portare la mimosa a queste decine e decine di donne, veri e propri angeli custodi insostituibili al fianco di tanti anziani, vecchi di anni e di malattie invalidanti.

«*Grazie, Signore, perché ci sono*». Quante volte mi viene da pensare questo. E se non ci fossero? Dove sarebbero a quest'ora le centinaia (almeno 600 secondo le statistiche ufficiali dei giornali locali, certamente almeno un migliaio nella realtà) di anziani mantovani accuditi e tenuti in vita da queste donne straniere?

Pensate, una solidarietà rovesciata.

Invece di essere noi solidali a loro, che rappresentano il mondo povero e sfruttato (il 3° e 4° mondo), sono loro che soccorrono noi, ricchi e invecchiati. Ancora una volta i poveri ci danno vita e senso. Sì, danno vita e senso al vivere di tanti vecchi malati e disabili e bisognosi di tutto.

Due fragilità si incontrano. E si aiutano. Due lingue si incontrano. E si capiscono.

Due fragilità: da un lato l'anziano "fragile", come si dice in gergo geriatrico moderno, ad indicare la complessa instabilità, la polipatologia, iniziale disabilità, difficoltà relazionali e socio-ambientali, età molto avanzata. E cioè ormai ampiamente nota.

Dall'altro la fragilità di donne calate all'improvviso in realtà diverse e diversissime da quelle di provenienza, senza conoscenze iniziali della lingua, senza affetti e riferimenti importanti vicino a loro, là, a consumare in case e abitudini per loro sconosciute lunghe ore (24 ogni giorno senza svaghi e soste), lunghi giorni (magari una mezza giornata di libertà a incontrare qualche connazionale vicino), lunghi mesi, a volte anni.

Tantissime sono le storie che potrei raccontare e che ogni lettore certamente ormai conosce.

C'è l'ucraina che sta qui due anni di fila, manda quasi tutto lo stipendio a casa a marito e figli magari disoccupati o sotto-occupati e si concede un mese di ritorno a casa appunto ogni due anni. Come fanno i nostri missionari.

C'è la brasiliana che spera di portare qui marito e figli, c'è l'albanese che vorrebbe scappare definitivamente da una terra troppo inospitale, ma teme ritorsioni del governo, c'è la marocchina che ha la mamma ammalata ma non può permettersi di pagarsi il biglietto aereo, c'è il filippino (non dimentichiamo che ci sono anche molti uomini, paesi dell'Est Europeo, indiani e filippini) che ha una laurea in Ingegneria non riconosciuta in Italia e che non gli serve neppure nel proprio paese perché non trova lavoro adeguato, c'è la...

Un mosaico straordinario di umanità, ricchezze etniche e culturali, nascondimenti, sofferenze, nostalgie, speranze, incertezze, paure, si intreccia con la caducità invecchiata di tanti anziani fragili.

È una nuova modalità d'incontro fra popoli, culture, diversità etniche, asimmetrie di età e di linguaggi, sproporzioni di attese, speranze e fatiche, una nuova "*convivialità delle sofferenze*" (come si diceva qualche anno fa nel linguaggio d'impegno terzomondista), un'epifania di un mondo che sta cambiando davvero rapidamente colmando i nostri occhi di pelli diverse, di idiomi sconosciuti, culture altre e affascinanti, religioni grandi e rispettabilissime, umanità ricca e generosa, mani forti e pazienti, orecchie in ascolto, bisogni grandi da colmare, da una parte e dall'altra.

Il mondo è in casa nostra, oggi come non mai. Fino a qualche anno fa magari non sapevamo dov'era l'Ucraina, o pensavamo che i marocchini fossero solo i "*vu cumprà*" delle spiagge, o i brasiliani sapessero solo giocare bene a calcio, o...

Grazie a tutte queste persone, cittadini di un mondo sempre più vicino, solidale, pur se attraversato da contraddizioni enormi e svolte epocali.

Grazie a voi che ci fate intuire che il mondo cui tutti aspiriamo assomiglia un po' più ad un mosaico di amore variegato e pluricolore simile ad un arcobaleno sfolgorante che abbraccia tutti, piuttosto che ad un cielo grigio e uniforme, freddo e separato dal mondo.

Io corteggio le mie malate

*Non smettiamo di giocare perché
diventiamo vecchi, diventiamo vecchi
perché smettiamo di giocare.*

ANONIMO

Stamane giravo nei reparti e incontro un mio collega, che è anche un caro amico dall'infanzia, Stefano.

Ci mettiamo a parlare di malati, ovviamente, e, fra una considerazione e l'altra, così, a ruota libera, Stefano mi dice una cosa bellissima: «*Sai, Renato, io corteggio le mie malate*».

Questa frase l'ho annotata subito sul mio block notes tascabile che tengo prezioso in tasca, fra il fonendo e il martelletto, proprio per non lasciarmi sfuggire le tante piccole perle che le mie giornate geriatriche mi regalano.

Incredibile! Un ragazzo di 46 anni (per me Stefano è e sarà sempre un ragazzo, come anch'io spesso mi sento nella pelle) si "*permette*" di corteggiare delle donne vecchie.

Gli ignoranti potrebbero subito mettersi a ridere o magari pensare a torbide "*tendenze*" gerontofile di Stefano. Non è così.

Gli intelligenti capiranno subito che Stefano è in gamba con i nostri vecchi malati.

Ha capito che l'arte di sedurre vive tutta la vita e si può esercitare verso ogni persona e a qualunque età.

Il piacere di farsi corteggiare da una parte e la sottile soddisfazione di sedurre e corteggiare non hanno età.

E possono anche essere, entro certi limiti, squilibrate per età.

Un giovane può corteggiare/sedurre una vecchia malata, e viceversa.

Mi dice ancora: *«Sai, a volte mi prendono per il medico. E quando esco dalla stanza dopo averle cambiate o servite in qualcosa, esco e ascolto di nascosto i loro commenti. E a volte dicono: “Ah che bèl cal dottor, am piasarìa portàral in dal me let, ma a g’ho mia al coràgio da dirgal” (“Che bello quel dottore, mi piacerebbe ospitarlo nel mio letto, ma non ho il coraggio di dirglielo”)*».

Corteggiare una vecchia malata significa carezzarla con un gesto appena più intenso, o dirle *«Lucia, ha sempre la sua pelle di pesca!»* (come dice Stefano) o come la Lidia, che spesso dice agli uomini affetti da demenza: *«Dài, andiamo a fare una passeggiata, io e te, stretti stretti»*.

E sempre Lidia: *«Dàm an basìn, ca’tzè ancora an bèl òm»* (*«Dammi un bacio, che sei ancora un bell’uomo»*). Oppure dire: *«Dài, che ti pettino bene questi bei capelli bianchi, che ancora fai strage di uomini»*.

E qui le fantasie relazionali, le sfumature del sedurre, sono infinite. *«Quand’è che mi porti fuori a ballare?»*. *«Ti piace ancora quella cosa là? la fecevi spesso da giovane?»*. *«Secondo me da giovane eri una gran bella “tenca”*» (che in dialetto mantovano significa una bella ragazza, nel senso di donna vistosa, magari formosa, forse un po’ p..., che amava farsi vedere e corteggiare).

«Con quegli occhi azzurri chissà quante donne le cadevano ai piedi!».

E la soddisfazione della *“tenca invecchiata”* e del *“maschio anziano dagli occhi azzurri”* diventa palese. Un sorriso, un *«Eh sì, ne avevo tanti di pretendenti»*, una risata calda e sincera.

E ancora: *«Eh sì, tutti i giorni gli uomini mi correvano dietro, ma io ero già sposata. Sai, mio marito era molto geloso»*.

«Io di donne ne ho avute così tante che...».

Quasi sempre il corteggiamento evoca ricordi che si mescolano magnificamente con nuovi deliri, bellissimi, ben architettati, dove la sensualità si dispiega con particolari, anche piccanti, coloriti, numerosi. La sensualità resta una forte fonte di energia per lo più sopita da

molti anni, che però si può far riemergere. E ciò è una piccola arte ed è importante.

E la capacità di evocare queste splendide emozioni così umane è una grande capacità di molti miei colleghi.

Con dolcezza.

Quante volte ho visto illuminarsi dopo giorni di buio gli occhi di vecchi malati cui si stimolava il ricordo erotico, o le sfumature di un affetto passionale magari antico di 70 anni! Ma mai del tutto dimenticato.

Corteggiate i vostri malati. Parlate magari anche un po' "grosso", non disdegnate qualche parola un po' forte, di quelle che un po' fanno arrossire, ma che riempiono di un antico fuoco erotico, sacro e così umano.

Seducete quei corpi distrutti, quelle menti rubate, quella sessualità apparentemente spenta, ma sempra pronta a rialzar la testa.

Corteggiate il giovane che ogni vecchio, anche se malato, ha dentro. E corteggiando loro vi sentirete come ricambiati.

Ricambieranno, prima o poi, il "favore" ricevuto, di sentirsi qualcuno in un corpo ancora desiderabile. E vi faranno sentire meglio.

Quando una "mia" malata (scusate questo aggettivo possessivo, un po' onnipotente, ma così spontaneo in me) mi dice, con quella limpida chiarezza che spesso il vecchio sa sfoderare: «*Ma sa dottor che l'è propria an bèl òm!*», beh, credetemi, qualche corda del mio violino interiore comincia a volare. So di non essere nè Alain Delon nè Richard Gere, ma sentirselo dire, anche se non è proprio la verità, fa un piacere immenso. E mia figlia, quando glielo racconto, scoppia in una risata solenne. Ma io sono orgoglioso lo stesso.

Corteggiate e sarete corteggiati.

Seducete e resterete sedotti.

È la legge della reciprocità relazionale, che funziona molto con i malati.

Il malato infatti, anche se vecchio e a volte anche demente, va al centro delle cose, punta al cuore delle persone, infilza la sua intimità! Perché in fondo, in ognuno di noi c'è qualcosa di bello, da mettere in evidenza. Chi ha gli occhi belli, vecchio o giovane che sia, chi ha

il portamento elegante, vecchio o giovane che sia, chi ha un sorriso dolce, vecchio o giovane che sia, chi ha delle belle gambe, vecchio o giovane che sia, non importa. Li ha.

E allora, plauso sincero a tutti gli Stefani e le Lidie, che sanno far risuonare quella parte di noi che vuole mostrarsi, che vuole essere apprezzata, che vuole prorompere sugli occhi degli altri, sulle loro mani, anche sul corpo dell'altro.

Perché non dobbiamo temere di corteggiare anche con le mani, carezzando capelli anziani, abbracciando tette grosse e ormai cadenti, ma ancora rigogliose di certe settantenni della Bassa Mantovana.

Anche un corpo malato, anche una mente malata, hanno diritto al corteggiamento, anch'essi possono osare le seduzioni: basta pensarci un attimo. E poi agire. Come fanno Stefano e Lidia. Siete d'accordo? E se anche non lo siete, va bene lo stesso.



**Esterina: cosa ci sarà dietro e dentro
a quei fantastici occhi blu-cielo africano?**

Monsignor Benedini

Perché temere la decadenza fisica se gli anni portano con sé una visione interiore profonda e una maggiore dolcezza nell'agire?

ROGER SCHUTZ

Era già da molti anni nella grande senilità: è morto improvvisamente a ottantotto anni.

Era uno splendido vecchio, molto vecchio, sano prete, ricco di fede e dolce rudezza.

Era per me l'esempio che si poteva essere molto vecchi e molto ricchi di fede in Gesù.

E si poteva, da vecchi, star vicino ai malati, e confortarli, e vederli sorridere dopo un colloquio col "Monsignore", o dopo una sua carezza furtiva al capo di un malato in carrozzina.

Questo grande uomo, solo leggermente ricurvo nel capo, ma con una schiena dritta e forte, poteva apparentemente incutere soggezione, quasi paura.

Era dotato infatti di due splendide ed enormi sopracciglia che incastonavano un viso ben solcato dagli anni: sapeva aggrottarle, simulando apparente durezza. Invero era carico di una tenerezza incredibile.

Sennò non ci avrebbe "preso" così tanto con i malati! Infatti quando girava rapidamente le sopracciglia all'insù e spianava nelle guance un ampio sorriso, era come se passasse dalle tenebre alla luce.

La durezza, in quei brevi istanti, serviva a "Monsignore" per tra-

smettere una gioia e una pienezza interiore ancora più evidenti a chi lo incontrava.

Ho conosciuto bene l'Albergo Frattazza a San Martino di Castrozza dove aveva deciso di chiudere i suoi anni ricchi di Gesù.

Aveva capito l'Essenziale: era il silenzio contemplativo, la preghiera profonda e scarna, il nascondimento maturo e ricco.

Ricordo alcune sue messe celebrate in quella piccola e splendida cappellina che probabilmente proprio "Monsignore" aveva voluto nel sottoscala dell'albergo.

La Parola di Dio sembrava essere per lui come una carezza leggera di una mamma innamorata del figlio.

Era come se questa carezza gli toccasse il cuore e gli avvolgesse la mente.

Poche parole di commento, pochissime, ma di quelle che ti sezionano dentro, di quelle che ti porti a casa e te le coccoli con calma.

Devo essere riconoscente però a Monsignor Benedini soprattutto per un'altra sfaccettatura della sua storia e personalità: la sua esperienza con l'Unitalsi e con i malati.

Ebbi la fortuna di andare due volte a Lourdes da ragazzo, assieme a lui. Era quella l'età per me di straordinaria intensità esistenziale. Era per me un crinale decisivo, che capita probabilmente poche volte nella vita di un uomo. Stavo, in quel periodo, decidendo la mia futura scelta di fare il medico.

E in quel momento e in quel luogo lo Spirito mi mise di fronte agli occhi questo prete un po' lontano dalle mie idee sessantottine di allora, ma ugualmente per me così interessante da lasciarmi un segno importante.

Il fascino che emanava verso i suoi malati, l'indiscussa leadership (non solo perché era prete), il carisma vero di sensibilità per i malati, ecco, tutto ciò mi aveva molto colpito e incuriosito.

E certamente fu una parte non trascurabile del mio imprinting di futuro medico.

La seconda esperienza è stata quella di San Martino di Castrozza, sempre con i malati.

Ebbe l'intuizione che si poteva coniugare la malattia, la disabilità,

la sofferenza con il Creato. E così alcuni splendidi volontari dell'Unitalsi, tanti anni fa, condivisero con lui questa splendida intuizione, e iniziarono i soggiorni, brevi ma intensi, a San Martino di Castrozza con volontari e malati.

Tutti insieme mescolavano in pochi giorni di marzo (attorno alla festa di Sant'Anselmo del 18 marzo), cordialità, Pale di San Martino, uguaglianza fra malati e sani, preghiere, risate, febbri alte.

E così gli copiai un poco l'idea e dall'87 portammo ogni anno un repartino dell'Istituto Geriatrico in montagna o al mare.

I primi soggiorni li facemmo proprio a San Martino, e lì potei godere ancora della presenza ricca e sorprendente del "Monsignore".

E siccome la riconoscenza e il ringraziamento sono i valori principe, indispensabili a rendere veri tutti gli altri, non posso che dire un piccolo, semplice, ma forte: «*Grazie, Monsignore!*».

Dottore, stia qui due minuti!

La buona vecchiaia non è altro che un patto onesto con la solitudine.

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ

Stamattina mi avvicino un attimo al letto della signora Tosca per salutarla. Un donnino dal volto minuto, accattivante, con un antico sorriso, sempre pronto, sempre velato di un soffio di tristezza per la morte prematura dell'unica figlia.

Tosca è sola, lucida, 35 kg., piccoletta come una virgola, 89 candeline già spente. Una frattura al bacino la costringe a letto per 40 giorni.

Tosca è affamata di occhi, sogna una mano che stringa la sua, desidera qualcuno vicino. Anche per poco tempo.

Tosca mi trafigge dolcemente: «*Dottore, sono qui da sola, stia qui due minuti, solo due minuti!*».

Due minuti sono pochissimi.

Due minuti sono tantissimi.

Per Tosca. Per me. Per tutti.

Due minuti sono pochissimi: quel «*Dottore, stia qui, solo due minuti, ma stia qui!*», sono come uno splendido abbraccio della persona che ti è più cara, sono come un balsamo straordinario per gli anfratti del cuore.

Ma sono così intensi da volar via come un soffio.

Due minuti sono tantissimi: tenendo la mano di un uomo giovane Tosca scorre nella propria mente chilometri di sensazioni ed emozioni già vissute col suo uomo, magari 50 anni prima.

Tosca fa scorrere nel proprio cuore un anelito di calore materno che le è rimasto, regalandosi attimi di intensità, stavolta lunghissimi.

Per me i due minuti sono al tempo stesso brevissimi, perché mi verrebbe voglia di chiederle decine di cose, sensazioni, pensieri che ha dentro, ma anche un tempo lunghissimo, perché carico di significati, attese, pensieri che si accavallano.

Tosca in due minuti mi ha trasmesso tantissime cose: la sua stanchezza, le sue paure, le sue domande, le sue attese, le sue nostalgie, la sua depressione, le sue speranze e i suoi sogni.

Ma ha risvegliato in me tantissime cose: la fortuna che ho di incontrare faccini dolci e penetranti come Tosca, la responsabilità grande e affascinante di regalare piccole tessere di felicità, la libertà di fare o non fare questi piccoli-grandi incontri, la fatica di cercarli, lo stupore di viverli, la gioia di saperli irripetibili, l'emozione di guardare la profondità di occhi ottantanovenenni: flash di incanto relazionale.



Renato.

Papa Wojtyla

Gli uomini intelligenti sanno distribuire il congedo dalla gioventù in diversi decenni.

FRANÇOISE ROSAY

È incredibile: Papa Giovanni Paolo II era ammalato di almeno 4 o 5 patologie importanti, fra le quali un morbo di Parkinson già avanzato e invalidante. Era quindi “classificabile” (che brutto questo termine!) fra le persone che vivono la quarta età: l’età della sopravvivenza.

Giovanni Paolo II era indubbiamente, da sempre, un Grande, la storia lo dimostra.

Ma chi può contraddirmi quando affermo che, negli anni più faticosi, più indecifrabili, si direbbe più incomprensibili, caratterizzati dalla malattia cronica così dura, ha dato al mondo e alla Chiesa frutti ancora più straordinari e ricchi?

È incredibile: quest’uomo nel pieno della sua fragilità, nel mezzo del suo lungo calvario fisico e psicologico, ha regalato al mondo il meglio di sé, il vertice di un papato straordinario che ha traghettato la Chiesa nel terzo Millennio.

La debolezza trionfa. «*Quando sono fragile è lì che sono forte*». Paolo l’aveva anticipato 2000 anni prima nella 1ª Lettera ai Corinzi.

Queste parole si stagliano con una veridicità straordinaria sul panorama di un mondo così fragile e contraddittorio.

Pensate: un uomo tremante, che camminava col suo passo faticoso e strisciante, rischiando di cadere ad ogni passo, è diventato una

luce irrinunciabile per un mondo povero di idee, ideali, prospettive, lacerato da contraddizioni enormi, attraversato da povertà e ingiustizie forse mai raggiunte, zeppo di ricchezze irrivendenti e al contempo di impoverimenti clamorosi.

Con la sua voce flebile, monocorde, a volte difficilmente intelligibile, sapeva solcare il nostro tempo, regalandogli significati forti, gesti di una portata epocale, scelte coraggiose e formidabili.

Lo ricordo in una delle ultime Vie Crucis, appoggiato alla Croce, come fosse un bastone, un treppiede, una stampella, un deambulatore (sapete, quel piccolo arnese così utile e intelligente, sul quale ci si appoggia con le mani, anteriormente, con quattro piccole ruote che permettono un cammino sicuro e prolungato), una carrozzella, anche un letto, magari con le ruote.

Mi fece venire in mente tanti miei malati (direi almeno l'80% dei 260 ospiti dell'Istituto dove lavoro non riesce più a camminare autonomamente) che si appoggiano per muoversi a uno di questi ausili: essi sono come la Croce a cui si appoggia il Papa.

Quei bastoni, quelle carrozzine, sono una Croce da portare, ma sono contemporaneamente la Croce che sorregge, che dà vita, dà cammino, dà futuro.

Voglio ora ricordare alcune delle perle che Giovanni Paolo II ha saputo incastonare sulla storia in questa sua fase di forte debolezza fisica: la proclamazione dell'Anno Santo Giubilare, il perdono richiesto per i peccati storici della Cristianità, la proclamazione di migliaia di martiri cristiani, la forza con la quale condanna i peccati planetari di un capitalismo vorace e violento, l'attenzione ai carcerati, il costante richiamo alla pace, l'attenzione disinteressata per gli oppressi del mondo, le Giornate Mondiali dei Giovani, la ferma opposizione alla guerra in Iraq.

Potrei continuare. E non mi si dica che *«gli uomini della Curia romana lo guidavano dove volevano»*.

In Papa Wojtyła emergeva con forza un'originalità incredibile, una determinazione ancora maggiore di prima, di quando cioè scivolava con simpatica originalità sulle nevi delle Alpi, o viaggiava trionfante e forte da un capo all'altro del mondo.

È fantastico e paradossale ad un tempo pensare che proprio la sua debolezza sia riuscita a trasformarsi in una forza straordinaria di bene.

Provate a notare: in questo spezzone di vita malata Giovanni Paolo II abbandonò le sfumature diplomatiche, minimizzò le mediazioni e gli equilibrismi tipici della diplomazia vaticana di molte epoche. Insomma, si potrebbe dire che la vecchiaia da un lato e la malattia dall'altro, "liberarono" il Papa di quei lacci diplomatici che potevano confliggere con la limpidezza evangelica. "Vecchio e malato" è significato per Wojtyła un di più di trasparenza, di chiarezza, di forza del messaggio della Buona Novella che ha fatto proprio.

Provate a pensare a quali altre voci forti ci sono nel panorama del mondo: i capi di stato? I vari plurimiliardari alla Bill Gates, paladini della nuova new-economy?

I vari bomber del calcio miliardario e super litigioso? I pochi rimasti? I politici?

Prendiamoli uno per uno e confrontiamoli con questo straordinario "vecchio-malato".

I capi di stato: magari giovani, belli, con qualche vizio erotico particolare, o una spiccata fissa per la guerra, che dopo più di dieci anni mantengono ancora l'embargo all'Iraq facendo così morire migliaia di bimbi. Potrei continuare.

Prendiamo i nuovi miliardari (migliaia e migliaia), giovani, figli dell'era Internet e dell'idolo-Borsa, che in una notte magari si trovano sul conto cifre a 9 zeri e vanno in crisi, hanno bisogno dello psicoterapeuta che li convinca che quei soldi guadagnati, stavo per dire rubati, lo sono in modo onesto!

Pensate ai Ronaldo vari, che magari a causa di un ginocchio maledetto o di un capriccio assurdo, riempiono i giornali e le TV per i tre mesi estivi!

O guardate i pochi re o dittatori rimasti, patetici spesso, simbolo di un passato, questo sì, da dimenticare, perché sanciva la divisione fra pochissimi superfortunati e la grande maggioranza di poveri veri e oppressi dal regime.

Se poi pensiamo a tutti i politici che sanno riciclarsi con straor-

dinaria abilità in vesti sempre nuove, magari rinnegandosi 2-3-10 volte?

La “potente debolezza” di Giovanni Paolo II è diventata così, fra l’altro, un grande stimolo per tutti i deboli della terra, primi fra tutti gli ammalati cronici, i deboli nelle gambe, nella mente, nelle membra, nell’età avanzata e avanzatissima.

Questi milioni di persone possono così pensare che i loro giorni non sono per nulla inutili e da gettare.

Se il Papa, così debole e malato, era al tempo stesso ancor più forte e autorevole, tutte queste persone fragili possono dire anche loro che sono forti e autorevoli.

In Giovanni Paolo II si è attuato questo miracolo visibile agli occhi di tutti: i deboli della storia non sono solo importanti per il mondo e per la Chiesa, ma sono assolutamente indispensabili. Infatti richiamano a chi si sente forte, sano, immortale, autosufficiente, i valori della fragilità, dipendenza, malattia, fatica.

E in più indicano ai forti che la vera forza e potenza passa anche fra le pieghe del nascondimento, della solitudine, dell’abbandono, dell’impotenza.

Cinquantenne

Non puoi nè allungare, nè allargare la tua vita, soltanto approfondirla.

GORCH FOCK

Remo, cinquant'anni, vocazione "barbone", solitario, un po' psicotico, sofferente, eroso dal tumore.

È morto l'altra sera, la pelle color giallo-ocra, col fegato invaso, la mente stanca, ma dignitosa. Si era "ritirato" all'Istituto lui, giovane di anni, ma carico di silenziosi pomeriggi nel giardino del Geriatrico.

I barboni non li ho mai capiti fino in fondo, rispettati sì.

Remo, dall'animo solitario, rispettava tutti, con dolcezza e gentilezza speciali. Era molto educato, abbozzava un sorriso tenero con fatica e allo stesso tempo senso di liberazione. A volte mi fermavo pochi secondi al suo fianco, sulle panchine dove contemplava il vuoto. «*Come va Remo?*». «*Beh, non male*». Godeva moltissimo di quelle parole. E io anche, più di lui.

Si può essere nella quarta età anche a 50 anni. Si può interrogare il cielo di tante domande, come Remo sapeva fare. Lui di 50 anni, io di 49 anni. Lo sentivo come un amico, tanto lontano e tanto vicino a me. Che dignitosa capacità di soffrire!

Gli ultimi giorni mi chiedeva, dal suo letto di dolore, di dormire. «*Mi faccia dormire, dottore*». E quando lo vedevo dormire profondamente (anche per la sua grave sofferenza epatica che gli annebbiava il cervello) ero sereno. Anzi contento. Quarta età è anche questa: nascondimento, dignità, silenzio, poche domande per qualche sorriso vero, 50 anni strani, un soffrire morbido. Come sapeva essere Remo.

La signora Giovanna

Quanto più siamo vecchi, tanto più grandi sono i nostri desideri: nell'infanzia solo lo zucchero, nella giovinezza solo l'amaro, nella vecchiaia solo l'essenza di tutto.

MARINO CEVETAEVA

Non è il suo nome vero. Per l'enorme rispetto che ho per questa persona voglio che non si capisca chi sia.

È ricoverata in uno dei nostri Reparti. Tutte le volte che la vedo mi viene come un colpo al cuore.

Sta lì, nel suo letto, o appoggiata con cura dalle ragazze su una "poltrona geriatrica", come noi chiamiamo quelle carrozzine speciali con ruotine che assomigliano più a un letto che a una classica carrozzina: il corpo che non sopporterebbe la posizione seduta si può cullare su questo "quasi letto" che può però essere spinto in corridoio, sul balcone, in giardino, in via Trento, in piazza Virgiliana, al mercato... Come le carrozzine dei bambini di pochi mesi.

La signora Giovanna non parla, non risponde, non vede, non sente. Sta lì, accovacciata come un feto, con le ginocchia che stanno più vicino alla bocca che ai piedi.

Le braccia si muovono, o disarticolate, senza meta, oppure, spesso, a raggiungere il capo, per strapparsi i capelli, che teniamo molto corti, o cortissimi, come Pantani, proprio per evitare questo autolesionismo doloroso.

La signora Giovanna colpisce sempre il mio intimo, con forza. La carezzo, a volte, fuggevolmente. Non so se avverte tutta la mia

dirompente emozione in quel gesto ambivalente, che vorrebbe star lì sulla sua guancia e contemporaneamente levar subito la mano per fuggire via e non lasciarmi coinvolgere, interrogare.

La signora Giovanna non ha molte visite. Anzi non ne ha. Ha un figlio che viene molto raramente. Ma non lo condanno. Lo capisco. Ha sicuramente cercato di cancellare questa durissima realtà di una madre interrotta. Mettiamoci nei suoi panni: venirla a trovare significa vedere un resto di madre, così stravolta rispetto all'immagine che questo figlio ha dentro, da fare a pugni con la propria coscienza.

A volte poi Giovanna presenta qualche ematoma al volto o al tronco: si picchia, con la forza che le resta, nel posto che riesce a raggiungere, senza precisione. Forse Giovanna vorrebbe scalfire quella terribile corazza di demenza avanzata, che la stringe sempre più in un abbraccio terribile.

L'autolesionismo è raro, nei malati. Quando avviene è certo il segno di un urlo inespresso, divorante, disperato e anche ancestrale. È un autolinguaggio che vorrebbe penetrare il marasma interiore, l'inespresso inesprimibile.

A volte Giovanna urla, con fatica. È forse la sua unica manifestazione eteroespressa, per poter lanciare ponti al mondo, agli altri. O forse è un modo per sentirsi, per far vibrare qualcosa di sé nel proprio torace, nelle proprie membra a zig-zag. Anche questa è l'età della sopravvivenza.

Giovanna sopravvive, senza piaghe, perché mangia molto, imboccata, automaticamente, ad occhi chiusi. Anche se è magrissima, mangia molto. La sua età ricorda quella di un bimbo di 2-3 mesi. Con circa 70 anni alle spalle. Forse dovremmo prenderla nel nostro grembo, darle la tetta, cantarle la ninna nanna, accarezzarle il sedere cambiando il pannolone, riempirla di piccoli baci, farle sentire il nostro alito caldo di amore.

Anche questo reclama l'età della sopravvivenza. È troppo?

Padre di mio padre

In gioventù si impara, in vecchiaia si comprende.

MARIE VON EBNER ESCHENBACH

Mio padre ci ha lasciato ormai da 4 anni. Solo a distanza dal suo saluto terreno riesco a scrivere di lui.

Durante la sua lunga malattia (10 anni e più) sono riuscito molto raramente a mettere in conto le mie emozioni e riflessioni rispetto al suo lungo patire.

Non so se è stato un senso di pudore, o di rispetto, o un arcano timore di violare qualcosa di comunque “sacro” per me.

Mio padre ebbe il morbo di Parkinson che insorse proprio due o tre mesi prima del mio matrimonio, nel giugno 1980.

La malattia si snodò per 10 anni e inesorabile gli fece attraversare tutti i passaggi, dalla perfetta normalità alla morte.

Io condivisi da vicino i suoi ultimi 6 anni, i più duri, essendomi trasferito con la mia famiglia al fianco suo e di mia mamma, nella loro grande casa.

Fiumi di emozioni riemergono alla coscienza quando ripenso al mio “*papino*”, come amavo chiamarlo gli ultimi anni.

Ho provato a pensare al perché lo chiamassi così e, a fatica, l’ho capito.

Era diventato il mio bambino. Proprio quando i miei figli uscivano dalla magistrale infanzia per affacciarsi timidamente ai flutti dell’adolescenza, mi sono ritrovato un altro figlio, piccolo.

Ho detto “con fatica”. Sì, infatti non è stato facile capire in me

questo lento, duro, inesorabile, ma anche molto bello, passaggio interiore.

Lento: occorrono anni per passare dallo stato di figlio a quello di padre, specie con una persona anziana e malata. Se poi questa è tuo padre (o anche tua madre, credo), questo passaggio deve essere per forza lungo, fatto di accettazioni interiori, rifiuti, soste, corse in avanti, in questa nuova e affascinante realtà.

Duro: inizialmente tutto te stesso rifiuta di ricominciare ad essere figlio. È vero: uno, da “grande”, è contemporaneamente marito, padre, magari nipote, ma anche figlio.

Ed è bello essere figlio, appunto, cioè vivere quello stato di dolce dipendenza, accompagnato su una barca sicura da una mano che ti guida, con amore certo. Essere figli ci fa sentire pieni, veri, maturi, amati e appunto sicuri.

Perdere questa dimensione di figliolanza vuol dire sentirsi inevitabilmente amputati, anche se tuo padre ha 80 o 90 anni.

Perdere la dimensione di figli significa non sentirsi più dire «*al me pütù*», anche se si hanno 40-50 o 70 anni!

Inesorabile: questa perdita di identità filiale è senza ritorno, almeno nella coscienza, anche se sicuramente l'interiorità inconscia resta sempre segnata dal padre introiettato.

Bello: alla fine però questo lavoro profondo dona al cuore e alla mente una soddisfazione vera, un senso di appagamento caldo.

Ho così vissuto forse il meglio della mia paternità, sentendomi carico di un affetto maturo, equilibrato, paziente.

Il mio papà-bambino mi dava sentimenti positivi, dove il senso del dovere sfumava nel calore interiore di donazione vera, matura.

In più c'era il senso profondo del rispetto e della pena per un corpo immiserito, per una mente diversa da quella di prima, per un'identità nuova e ferita.

Un giorno mio padre fu scosso da brividi di febbre elevata, come spesso gli succedeva, per infezioni frequenti alla cistifellea.

In quei momenti mio padre si risvegliava dal suo frequente torpore che lo attanagliava per molte ore al giorno. E magari capitava che dicesse alcune parole chiare.

Arrivai al capezzale della sua carrozzina, amica-nemica del suo soffrire. Gli dissi subito: «*Papino, come va?*». Rispose fra un brivido e l'altro: «*Niente papino!*».

Non dimenticherò mai questo suo dolce ma deciso rifiuto.

Forse la sua identità profonda rifiutava questo suo sentirsi figlio e bambino.

Forse voleva manifestare il suo rifiuto forte della malattia che lo aveva portato a questa dipendenza totale dagli altri. Chissà!

Ma molte altre volte, direi la maggior parte delle volte, manifestava un'evidente soddisfazione nel farsi coccolare, come un bimbo piccolo che gode dello "spupazzamento" che lo avvolge.

Amava quei baci sfuggevoli che ogni mattina e ogni sera gli appoggiavo sulla guancia, con un po' di trepidazione e al contempo gioia profonda.

Amava sentirsi toccare il corpo per scrutare la febbre, amava lasciarsi imboccare la sera, ad occhi chiusi, a gustarsi i piatti che la mamma gli preparava, indovinando i suoi gusti conosciuti alla perfezione in più di 60 anni di frequentazione.

La sua fragilità dignitosa, la sua malattia sempre più aggressiva sul suo corpo, e al contempo l'autorevolezza ferita dal male, però mi facevano sentire mio padre come un figlio diverso, certo prediletto, ma con altre sfumature rispetto ai miei figli "veri".

È forse per questo che la morte del papà ha risuonato in me come una musica particolare, molto dolce e serena, in fondo.

E ciò, credo, è incomparabilmente diverso da quello che può significare la morte di un figlio vero, giovane (come mi è capitato, purtroppo, di vedere e condividere con carissimi e straordinari amici cui è capitato questo supremo dolore).

Mio padre ci ha così lasciato, nel suo letto di sempre, a casa, come figlio-padre-malato irripetibile e straordinario, almeno per me.

Volontario

Essere sempre disponibile per il prossimo, avere sempre qualcosa da fare: ecco il segreto di come invecchiare bene e restare giovane al tempo stesso. Chi ama non invecchia mai.

DAI PRINCIPI DEL MOVIMENTO
PER LA TERZA ETÀ

All'Istituto vengono, per nostra grande fortuna, parecchi volontari. Sono presenze discrete, costanti, intelligenti. Anna, Giulio, Lina, Graziella, Luigi, Berta, Francesca, Luca...

Chi dona la propria professionalità, come Anna e Berta che gestiscono un laboratorio di taglio e cucito con alcune ospiti.

Chi tesse nel silenzio gesti d'aiuto, quotidiani, piccoli, ma indispensabili: imboccare chi non ce la fa più a mangiare da solo (come Giulio), chi non dimentica il compleanno di quella signora che non ha più parenti, o chi organizza piccole e volanti tombole (come Graziella), chi regala 4-5 giorni del proprio tempo per condividere il soggiorno al mare o in montagna che facciamo ogni anno (come Lina), chi tira le fila da anni del gruppo dei volontari (come Luca), organizzati in Associazione ed emblematicamente autodefinitisi "*I Volontari del Sorriso*".

E ancora: Francesca, che accompagna più volte la settimana, a braccetto come due innamorati diseguali, un signore solo a fare lunghe passeggiate anche in città, o Luigi e altri che ogni domenica (senza saltarne una, da anni!) accompagnano a messa le persone che desiderano con forza di parteciparvi, o grazie ad altre amiche che ani-

mano la messa domenicale e altri momenti ludici e di festa. E potrei andare avanti a lungo, dimenticando certamente splendide persone, con cui mi scuso per non averle nominate.

Sono persone per lo più adulte, a volte vicine esse stesse alla vecchiaia, per lo più pensionate, che hanno avuto l'intuizione-merito-fortuna di capire che il volontariato a favore di persone in difficoltà è un'opportunità positiva e straordinaria di benessere e soddisfazione per loro stesse, oltre che per chi avvicinano, sempre con quella tenerezza che le contraddistingue.



Bruno: anche un viso invecchiato condensa senso, bellezza, intensità.

TEMI SPIRITUALI

Corpo o persona? (*)

Un uomo che ha perso la mente è una persona?

Un corpo pieno di piaghe che non parla più, è una persona?

Un uomo in coma vigile è ancora persona?

Un corpo... Potrei proseguire a lungo, capite. E ognuno di voi potrebbe allungare a dismisura la lista.

Spesso la nostra coscienza, di fronte a molte di queste realtà-limite, si ribella.

Si fa strada spesso il pensiero di una legittimità ad intervenire, “staccando la spina”, sospendendo la nutrizione, per porre termine alle sofferenze, o per far tacere le nostre angosce.

Questa presunta legittimità di anticipazione della morte si fonda sulla teoria separatista, sulla cui base il concetto di persona viene separato da quello di essere umano, meglio, di corpo umano.

Nella riflessione bioetica siamo di fronte a un cambio di paradigma: mentre prima il concetto di persona era intercambiabile con quello di essere umano, ora per molti non lo è più.

Vi sono stati noti precedenti: il razzismo, il maschilismo (il negro, le donne erano esseri umani ma non persone, non soggetti a diritto) si sono in fondo basati su un'antropologia separazionista.

In bioetica c'è però una fondamentale novità: il concetto viene

(*) Capitolo inedito.

separato non in riferimento a classi sociali o all'appartenenza ad una determinata razza, ma la discriminazione viene effettuata nell'area della vita umana.

Questo dualismo antropologico finisce col ridurre il corpo umano a mero oggetto che però, misteriosamente, ha in sé una sorta di "magico potere": quello di diventare persona o di cessare di esserlo.

L'essere persona è una qualità che si aggiunge in seguito e che cessa di esistere pur rimanendo vivo il corpo.

L'equivoco scaturisce dall'identificare la persona con le sue funzioni, le sue capacità.

La persona è tale solo se è capace di "sentire", di "mostrare" o di "fare". È una visione che cade nel "funzionalismo".

L'essere umano è persona per la sua natura sostanziale individuale, al di là delle sue proprietà e dei suoi atti: le proprietà e gli atti sono della persona, non sono la persona.

Persona e corpo umano finiscono per essere due realtà a sé stanti. Radicalizzando questo dualismo si può arrivare all'assurdo di considerare che non siano persone corpi biologici umani, come per esempio gli embrioni, i cerebrolesi, ecc.

Oppure ci possono essere, all'altro limite, persone senza corpi biologici umani, come gli animali, gli extraterrestri, l'intelligenza artificiale, i robot...

Si accetta e si considera uomo solo colui che può sentire, provare piacere o dolore, può ragionare, può decidere autonomamente.

È questo un rischioso riduzionismo antropologico di tipo funzionalistico che ormai permea molta della nostra cultura.

Solo uno sguardo miope, incapace di cogliere le profondità che ogni essere umano nasconde nel suo spirito, può sostituire la cultura dell'essere con la cultura dell'avere e del mostrare.

La persona rimane sempre un mistero, unica realtà di corpo e di spirito.

La persona va dunque rispettata perché è un mistero.

La bioetica deve avere una visione ontologica della persona. Occorre capire l'essere profondo dell'individuo umano (l'ontos), pena una visione che riconosce la persona solo se questa parla, se

ama, se odia, se sceglie: ma chi non ha queste capacità? E se uno non è in grado di relazionarsi? Non è persona? E il feto è persona? E il demente terminale è persona?

La persona è tale per il fatto che appartiene alla specie umana, ha una natura di essere umano, è uomo nato da uomo, non in quanto svolge funzioni o instaura relazioni.

Le nostre funzioni sono espressione del nostro essere persona e non viceversa, l'agire segue l'essere (agere sequitur esse). Il cane non è cane perché abbaia ma abbaia perché è un cane; rimane un cane anche se non abbaia perché è appena nato o gli hanno cucito la bocca.

Concludo questa riflessione etica accennando, se pur brevemente, alla dimensione economica dell'etica: l'etica non può sottostare ai principi economici. L'economia è al servizio dell'etica e non viceversa.

Utilizzo, per sintetizzare ed essenzializzare questo complesso rapporto, le illuminanti parole di Papa Giovanni Paolo II:

«Non è tollerabile che la limitatezza delle risorse economiche, oggi variamente sperimentate, si ripercuota di fatto prevalentemente sulle fasce deboli della popolazione e sulle aree del mondo meno abbienti, privandole delle necessarie cure sanitarie.

Uguualmente non è ammissibile che tale limitatezza conduca a escludere dalle cure sanitarie alcune stagioni della vita o situazioni di particolare fragilità e debolezza, quali sono, ad esempio, la vita nascente, la vecchiaia, la grave disabilità, le malattie terminali».

I dementi a Messa (*)

Messa e demenza: che strano accostamento!

La Messa è la preghiera più alta per un cristiano, la più matura, perché racchiude il suo centro, che è l'Eucarestia, il vertice del dono che il Dio incarnato fa all'Umanità.

Dunque la Messa dovrebbe essere sinonimo di adesione totale delle persone, di coscienza libera, di mente lucida per poter accostare questo straordinario e misterioso dono che Dio ci fa in ogni celebrazione eucaristica.

Per contro la demenza è, per definizione intrinseca alla parola stessa, uno stato "*senza mente*".

La persona che ne è colpita è stata scippata del suo bene più grande, la mente, con tutte le sue incredibili potenzialità: pensiero, memoria, coscienza, sentimenti, emozioni. Bene, tutto ciò è, se va bene, sbiadito. Se va male, quasi del tutto cancellato.

E allora come è possibile che un malato di demenza possa godere e ricevere l'incontro straordinario e irripetibile e sempre nuovo col Cristo che offre il proprio corpo e il proprio sangue a un uomo che lo accetta coscientemente?

Sì, lo confesso: quando entro nella Cappella del mio Istituto e vedo il nostro straordinario ultraottantenne cappellano don Ferdinando attorniato da 4-5 anziani, di cui 3 affetti da demenza, uno da autismo e l'altro da psicosi, beh, mi commuovo. Profondamente. A volte, lo confesso, mi fermo lì quei 10 minuti ad assaggiare il Mistero, a respirare l'Ineffabile che si compiace di incontrarsi con

(*) Capitolo inedito.

cinque corpi invecchiati e raggrinziti e con cinque menti perse e disarticolate nella loro identità profonda.

È credibile dunque l'incontro fra l'Eucarestia e la demenza?

Non solo è credibile. Ma è vera. Ed è così vera da essere straordinaria e affascinante.

In questo strano incontro si disvela misteriosamente tutto lo stupore di un Dio che ama sommamente la fragilità umana perché vuole riempirla e darle senso profondo.

E lì questo Miracolo avviene.

Quel vecchio demente che esce di chiesa dopo aver incontrato l'Eucarestia, è ripieno di Senso Divino, lui così svuotato di senso umano.

Sta qui l'assurdo affascinante: l'Amore di Dio nel suo massimo disvelarsi e donarsi incontra l'uomo in una delle forme di suo massimo disincanto e svuotamento, appunto la demenza. E lo riempie, come una mamma riempie di calore il corpicino del suo piccolo bimbo appena nato e di latte denso il suo pancino molle.

Così osservo questi cari fratelli rispondere a tono alle formule ripetute mille volte della Messa, sempre uguale e sempre sorprendentemente nuova e diversa.

Con rispetto e con tenerezza rispondono a don Ferdinando che li guida come un dolce papà, cosciente dell'incredibile grandezza dei gesti che sta facendo e della responsabilità di coinvolgere i propri figlioletti in qualcosa che è più grande di loro.

Ma loro, i miei malati, si abbandonano al gesto eucaristico, che non cambia niente e contemporaneamente cambia tutto. Dal di dentro. E feconda queste menti desertificate, questi corpi sfatti, questi animi affaticati, dando frutti che non vediamo ma che si sprigionano nell'Universo, in qualche parte lontana ma reale.

E si dice oggi che i Miracoli non ci sono più. E questi cosa sono?

Da grido a preghiera (*)

Frequentemente mi chiedo se i malati gravi pregano, e se lo fanno con frequenza.

È una domanda importante per me, perché se ciò fosse vero, mi darebbe una grande gioia.

Infatti la preghiera, per chi crede, è come l'essenza profumata di un fiore, ciò a dire l'originalità più bella e significativa di quel fiore, il suo dono più prezioso.

Infatti quale valore ha la preghiera di chi soffre, quale spessore, quale intensità racchiude, quale dono incredibile per un'umanità distratta dall'effimero, rapita da mille idoli, immersa in luccichii superficiali e rapidamente consumati!

È un po' come la preghiera delle suore di clausura che, per fortuna, pregano anche per chi non prega mai, o quasi mai, o poco. Ma con sfumature diverse. Sono due preghiere indispensabili e complementari.

La prima, dell'uomo orante per scelta, è la sintonia con le anime di Dio, certo a volte faticosa, ma per lo più scelta, frutto di profonda convinzione, guidata da una chiamata forte, prepotente di un Dio che attira a sé. La preghiera del monaco di clausura è come le onde della radio: non si vede, ma si "sente", nel profondo del mare, nei sotterranei delle comunità, nelle trame dell'umanità. Queste preghiere di migliaia e migliaia di monaci, suore, tanti laici e sacerdoti, sono come il sottofondo dolce di una musica che viene da lontano, e che allieta e accompagna il trascorrere di tanti nostri momenti.

(*) Capitolo inedito.

È un regalo inaspettato, un dono gratuito che ci giunge sorprendente e gradito.

Altro è la preghiera di un malato.

Ricordo spesso quelle episodiche mattutine, feriali, brevi, nel mio Istituto di anziani, dove faccio rapide incursioni fra una riunione e un giro nei Reparti.

Mi immergo in un paradosso incredibile: alcune persone affette dal morbo di Alzheimer (e non solo), sono lì, a giocare col Mistero che sta per diventare corpo e sangue nel pane e nel vino dell'Eucarestia. Una preghiera strana, incredibile, affascinante. Queste menti disarticolate balbettano preghiere, seguono le formule note e rivisitate migliaia di volte lì, dalla loro incredibile povertà.

Ma è una preghiera soave, per me, che mi rimane dentro (se volete mi commuove), al punto da farmi trasalire. Mi dico: «*È straordinario, nella sua strana, quasi comica paradossalità. Ma la fede non è paradossale, come quelle preghiere dementi e proprio per questo così vere? E non è la verità ferita figura della Verità sfolgorante?*».

Infatti la malattia, il dolore umano, possono avere molti aggettivi, ma uno certamente non contestabile è l'aggettivo "vero". Non c'è sofferenza umana che non sia vera. Dunque c'è una verità della sofferenza che si staglia con chiarezza sul panorama delle realtà dell'uomo. E questa verità umana, appunto, diventa una parente, seppur povera, della Verità.

E così quei miei vecchi, dementi, pregano, anche se probabilmente il livello della loro consapevolezza non è così limpido. Ma che importa?

E che preghiera! La qualità della preghiera di chi soffre, se così si può dire (oggi la qualità è così di moda, è uno dei tanti e nuovi idoli) è molto elevata. Per mantenere la metafora si potrebbe dire che si avvicina alla "qualità totale". È una preghiera vera, ripetitiva, scarna, povera in tutti i sensi. È dunque una "grande preghiera". È una preghiera abbozzata, molto balbettante, dove la coscienza è magari un poco offuscata, ma vale.

Ma il nucleo che vorrei proporre alla riflessione viene ancora prima: se il grido di chi soffre è esso stesso già preghiera.

È un punto fondamentale. Le urla di chi soffre possono essere di diversi livelli: dal silenzio cupo, duro, faticoso, che fa a pugni col tempo che non passa mai, a quel silenzio dell'aridità del cuore e dell'apatia della mente, a quel silenzio che paralizza dal di dentro e che azzerà ogni tentativo di sprazzo di vita.

L'urlo silenzioso è di milioni di persone: i sofferenti per fame, che sentono un vuoto delle viscere e un vuoto del cervello, i malati nella mente nelle sue numerose e contraddittorie sfaccettature, quelli in preda alla perdita di speranza nelle sue sfumature fino alla disperazione piena, gli smarriti nell'anima e nel cuore, gli ansiosi, i depressi, gli angosciati, quelli in preda a paure e follie con nome e senza nome, gli allucinati e i deliranti, chi perde (forse) anche l'identità di spazio e di luogo, fino a quelli che non sanno neppure chi sono.

Nel nostro dialetto si utilizza una splendida (nel senso di molto vera e significativa) espressione: quelli che «*non sanno di essere al mondo*».

Pensate, non sapere neppure di essere, e di essere al mondo, cioè dentro il grande cratere della vita! Quale sofferenza totale, antologica: forse queste persone vivono il vero abbandono, quello che Gesù ha nominato sulla Croce: l'abbandono di Dio, l'abisso della perdita di identità (per chi crede).

Dunque il silenzio è un urlo represso, nascosto, prolungato, magari lunghi minuti, od ore, o giorni, o magari... anni. Sì, ne ho viste di persone vittime del silenzio vuoto, anche per anni.

C'è poi l'urlo di chi dice «*Mamma, mamma*». Forse tutti i sofferenti, prima o poi, invocano la mamma.

Laureati o analfabeti, ricchi o poveri, bimbi o novantenni, tutti, prima o poi, invocano, chiamano, stringono simbolicamente al proprio cuore la mamma. Che per lo più non c'è. Ma c'è dentro, da sempre. E riemerge, ritorna a quel simulacro di coscienza che resta nel momento del dolore, della sofferenza forte.

Insomma, quando il soffrire è senza nome, più esso è acuto, maggiore è l'anomia di esso, l'incapacità a darne una spiegazione, e più esso è profondo.

Eppoi ci sono le urla disarticolate, continue, penetranti le orec-

chie e il cuore degli altri: queste sono una gamma molto ampia, più personalizzate, fatte di «*Ah, ah, ah*», continui o altalenanti, per ore, o di nomi propri (magari il nome di una figlia, di un fratello, o un nome senza apparente senso).

Ma queste parole, questi frammenti di vocalizzi, a volte intere frasi, hanno probabilmente tutte un significato per la persona che le emette. E ne pescano magari in decenni prima, o addirittura indietro indietro fino all'infanzia, quasi sempre sconosciuta a chi ascolta (specie se il malato è anziano). Anche il bambino piccolino quando urla o piange lo fa certamente con uno scopo, riferendosi a una persona che non sempre corrisponde alla madre.

C'è, infine, un urlo che potrebbe anche non essere connotato da sofferenza interiore. Io credo che ci sia anche un urlo sereno, quasi in sintonia con la mitezza del tempo e la dolcezza dello stare con altre persone. Io credo che i malati vivano anche tanti spazi di un tempo tenero, non necessariamente angosciato o disperante. C'è un urlo calmo, una sorta di auto ninna-nanna, un farsi compagnia senza dolore particolare. Una sorta di passatempo urlante, che serve per farsi sentire a sè stessi, per darsi: «*Guarda che ci sono!!!*».

La malattia cronica concede lunghi momenti di calma, che possono diventare più naturalmente una preghiera dolce, fatta di pace leggera e soave.

È il momento nel quale il malato può crogiolarsi un poco nella sua prigionia di corpo e mente e spirito, e librarsi a pensare, a riflettere magari, a rimuginare, a ricordare, a sperare futuro, a pregare anche.

C'è infatti, nel malato, una preghiera di supplica, ovviamente, ed è quella di gran lunga più presente. Ma c'è anche una preghiera di ringraziamento. Infatti il malato vive frequenti momenti di benessere, di miglioramento, di squarci di speranza, di sentinelle di futuro vero e gioioso. E ringrazia. Ringrazia la sorte, ringrazia gli altri che lo aiutano, ringrazia la vita, ringrazia Dio. E che spessore ha questo grazie: esso nasce dal nascondimento della malattia, dallo smarrimento del soffrire, lungo, faticoso.

E così la riscoperta di momenti di quiete interiore e di momenti

di benessere fisico viene vissuta con una sensazione di riscoperta, di nuova vita liberata. E per questo molto più gioiosa. Infatti lo scarto fra lo star male e lo star bene diventa molto percepibile, molto più godibile della normalità di chi sta bene.

Chi sta male gode in profondità le armonie del benessere, anche se esso può sembrare banale, quotidiano, quasi scontato. Addirittura monotono.

È per questo che spesso i malati sorridono e sanno gioire più di chi gode della cosiddetta “buona salute”.

I malati cronici diventano allora esperti nel ringraziare a fondo la vita, anche se magari per brevi periodi. È per questo che sono per noi grandi maestri.

Ma sanno innalzare, i malati veri, anche la preghiera di gloria a Dio. È probabilmente molto rara, ma se le considerazioni fatte precedentemente sono vere, il passo dal grazie al gloria può essere molto breve.

E forse qualcuno (credo invero molto pochi) può arrivare a glorificare Dio anche per la sofferenza, non come “valore in sè”, ma almeno come opportunità loro offerta di percepire lo stupore della serenità e del benessere.

Dunque le urla di un corpo straziato possono diventare preghiere per scelta del malato.

Così come è stato emblematicamente per le sette frasi, le sette urla (lo si può ben dire) che Gesù ha pronunciato in Croce.

Esse sono per noi un paradigma di riferimento di quotidiano valore e di altezza raggiunta.

In Gesù le urla sono una preghiera perfetta, un riferimento bellissimo per noi e per ogni malato. Sette parole che riassumono da sole l'annuncio della Buona Novella.

Esse, in ordine, sono:

- 1) *«Donne, non piangete per me!».*
- 2) *«Padre perdona loro perché non sanno quello che fanno».*
- 3) *«Ti assicuro che oggi sarai con me in Paradiso».*
- 4) *«Ho sete».*
- 5) *«Donna, ecco tuo figlio!».*

6) *«Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?».*

7) *«Padre, nelle Tue mani affido la mia vita».*

Queste frasi sono state pensate e pronunciate nel momento in cui il corpo di Gesù è straziato dai chiodi ai polsi e ai piedi, straziato dalle membra stirate al punto da non poter inspirare se non con grande sofferenza, straziato dalle ferite sulla schiena della flagellazione che ad ogni respiro strisciavano sul legno ruvido, straziato dall'anemizzazione grave, straziato dal dolore enorme dei nervi delle braccia e gambe toccati dai chiodi, straziato dall'angoscia interiore dell'abbandono di Dio e degli amici e dalla vergogna infamante della Croce.

Perdonare i nemici, ricordarsi dei ladroni, affidare alla madre, dar valore alle donne in quelle condizioni, parlare con Dio e abbandonarsi a Lui non è da tutti! È da Dio.

Infine, ma non ultima, una considerazione: i dolori psichici e fisici sono essi stessi una preghiera implicita? Hanno cioè il marchio infisso nelle profondità delle membra dolenti di una potente, seppur interiore, preghiera a Dio?

Credo che non sia facile rispondere. Anzi, mi viene da dire che una risposta, specie se positiva, sarebbe almeno presuntuosa.

Dobbiamo accettare questo spazio certo grande fra la incomprendimento, il nascondimento di senso, la nebbia di significato e il dato oggettivo della sofferenza e del dolore.

Lasciamo questo "legittimo" iato di inspiegabilità al problema probabilmente numero uno dell'uomo.

Anche Gesù non ha spiegato tutto del dolore umano: però ci si è infilato dentro, scompaginandolo dal di dentro. E regalandoci la Speranza maiuscola ed eterna.

Dalla Croce al Crocefisso al Risorto (*)

In questi giorni della Settimana Santa la preghiera mi conduce leggero verso le vette della fede cristiana: la Croce, il Crocefisso, il Mistero che si spoglia su quel legno infamante e lo trasforma in legno glorioso, verso l'impalpabile anelito del Risorto.

I miei pensieri misti a preghiera sono popolati dei miei malati, dei miei vecchi feriti sul corpo, feriti nel cuore, nella mente, nell'anima, trafitti fino alla profondità delle membra pensanti, della carne fatta cuore, ormai vicino alla putrefazione della morte sovrana.

Fino a Gesù in Croce.

Sta qui lo scatto storico e teologico decisivo: l'abitare la Croce da parte di un Dio incarnato nel Cristo del Senso.

Se quella Croce fosse stata vuota, quale inganno!

Se quella Croce fosse stata vuota, quale brivido di disperazione, quale vuoto di tutto, quale beffa eterna!

Invece no! Cristo l'ha abitata, ne ha cambiato segno.

Lui, il Servo sofferente si è trascinato dietro tutti i sofferenti della storia, che, da allora, per sempre, avranno così motivo, valore, senso, per versare lacrime innocenti, per urlare di dolore, per macerarsi nell'animo.

Il Cristo sulla Croce ha detto: *«Sono con te che soffri, anche se nessuno più ti pensa, anche se tutti sperano che tu muoia, anche se non capisci il perché del soffrire».*

Grazie Gesù in Croce, perché questa tua penultima parola è l'anticamera indispensabile al dischiudersi della gioia, alla sovrabbon-

(*) Capitolo inedito.

danza dell'Eterno Amante, allo sbocciare della Speranza vera, allo strapotere della Misericordia: la Croce gloriosa che sale al Cielo nella Resurrezione.

Dal legno nudo, al legno abitato, al sepolcro vuoto giù giù fino agli Inferi nel regno del Nulla e del Peccato, su su fino all'Aurora dell'Amore Definitivo e Risorto per sempre, per tutti: ogni vecchio inutile, ogni bimbo sofferente, ogni membra urlante fa tutto questo cammino virtuoso fino alla definitiva liberazione e trasformazione. Ognuno preso per mano dal Cristo.

Le membra ferite, ogni pezzo d'uomo disarticolato, ogni uomo dimenticato si ricompone nella potenza devastante dell'Amore di Dio, che è e sarà per l'eternità l'ultima parola: l'Amore sfolgorante del Cristo Risorto.



Ada e Vittorio. L'amore non si misura. Ma c'è.

La sofferenza vista a 16 anni (*)

Vorrei regalarvi, con l'orgoglio di un padre non scrittore, ma che ama scrivere, le belle riflessioni scritte dalla figlia Benedetta quando aveva 16 anni al liceo, commentando questa splendida frase di Dino Buzzati: «Ogni vero dolore viene scritto su una lastra di una sostanza misteriosa, al paragone della quale il granito è burro. E non basta un'eternità per cancellarlo».

Mi sono molto emozionato a “leggerle”, voi capite. Ma vedrete com-muoveranno anche voi. Leggete.

«Spesso mi chiedo perché l'uomo debba pensare e ripensare a ciò che ogni giorno cerca di dimenticare: il dolore; ma, come afferma lo scrittore Dino Buzzati, la sofferenza è qualcosa che rimane in noi, il suo ricordo “si incolla” nella nostra mente, nel nostro cuore e non li abbandona mai.

Sono membro di una famiglia unita, benestante e ho appena sedici anni, eppure fin da bambina ho imparato a convivere con il lato triste della vita di un essere umano. Mio padre era il responsabile di una comunità di giovani tossicodipendenti, che facevano il cosiddetto “reinserimento nella società”, periodo che segue quello della disintossicazione, nella nostra casa; mi sono, così, affezionata ai ragazzi che amavano giocare con me e mio fratello, pieni di vita ed energie.

Talvolta, diciamo pure nella maggior parte dei casi, però, la droga imponeva di nuovo il suo potere, richiamando a sè coloro che cerca-

(*) Capitolo inedito.

vano di sottrarvisi e più della metà dei ragazzi che hanno vissuto con la mia famiglia, che mi facevano volare con le loro forti braccia e che tutte le sere attendevo sulle scale della porta d'entrata, sono morti, attirati dalla "mamma", così come loro chiamavano la sostanza che a poco a poco li aveva distrutti.

Nonostante tutto, grazie a loro, la mia infanzia e la mia adolescenza si sono colorate di gioia, di giochi, di musica e film, che insieme guardavamo alla TV.

Ho visto, poi, la madre di un ragazzo down spegnersi lentamente con la speranza che il suo amato figlio, mio cugino, passasse il resto della sua vita con noi, sotto la tutela dei miei genitori: ma ciò non era giusto, lui ha un padre che lo adora, dei fratelli e dei nipoti e la felicità di averlo vicino a me sarebbe stata la loro malinconia.

Negli occhi di mia madre rivedo la scena della sua nascita e le lacrime di mia zia bagnare il volto del figlio malato. Eppure quel figlio sa donare più amore di chiunque altro, mi abbraccia forte e dice sempre di amarmi. Anch'io lo amo.

Ho visto mia madre combattere contro una dura malattia e più che mai ho capito quanto sia forte moralmente e fisicamente; mio nonno volare in cielo il primo giorno di primavera e nella sua sofferenza ho il più dolce ricordo: un giorno andai a dargli un bacio prima di uscire e lui, con i suoi grandi occhi scuri, alzò lentamente la mano, quasi bloccata dal morbo di Parkinson, e mi accarezzò la guancia.

Finora ho quindi imparato che ogni momento triste prelude ad uno tranquillo, ricco di gioia e di emozione.

È vero, sulla lastra della vita sono incisi i più grandi dolori che affliggono la nostra esistenza; mai li dimenticheremo, mai si cancelleranno. Ma credo che se non ci fosse la sofferenza, non ci sarebbe nemmeno la felicità.

Il nostro dovere è accettare a braccia aperte ciò che o il caso, o Dio o chiunque regoli la nostra vita, ha deciso per noi e, aggiungo, con il sorriso.

Solo così riusciremo a vincere... Sempre».

Malattia cronica: un piccolo vademecum (*)

Una notte. Una settimana. Un mese. Un anno. Dieci anni. Una vita.

La malattia cronica è, per definizione, lunga. O meglio: non finisce mai.

Pensate a un'influenza, una classica malattia acuta. I sintomi prodromici durano una mezza giornata, poi arriva la febbre, poi ci si mette a letto, passano due-tre giorni, la febbre se ne va, resta una coda di stanchezza che dura due o tre giorni e tutto finisce. O un mal di denti: nasce subdolamente, nel corso di una o due ore scoppia forte, pulsa la guancia, il giorno dopo si gonfia, il dolore cresce, occorre il dentista, si toglie il dente, tutto passa. E così una colica renale. E via...

L'acuzia non lacera dentro, non stringe al collo la coscienza, non la stravolge nel profondo.

La cronicità avvolge come un guanto stretto, modifica la struttura nascosta della persona, rendendola inevitabilmente diversa da prima. La cronicità è come un marchio di fabbrica: indelebilmente, segue le radici profonde della persona.

Piano piano, col passare degli anni, una malattia cronica che toglie l'uso delle gambe, modifica ogni riferimento di tempo e spazio.

Vorrei richiamare ancora l'attenzione al breve brano evangelico contenuto in Luca, cap. 13, versetti 10-13, cercando di offrire un piccolo vademecum per capire e ben relazionare con chi vive la cro-

(*) Capitolo inedito.

nicità. Provate a pensare: in poche righe sono contenuti enormi significati umano-relazionali. È proprio vero che, in filigrana, il Vangelo setaccia tutte le dimensioni umane e tutte le sue domande decisive. È una splendida metafora, telegrafica ma completa, e al contempo profonda e significativa, della malattia cronica, cioè dell'età della sopravvivenza, che è il tema del libro intero.

Proviamo a riscoprirla insieme, passo-passo.

Primo: «Una donna malata da 18 anni».

Non si parla di una malattia acuta, magari grave, ma breve, di qualche giorno o settimana. No, si parla di 18 anni di sofferenze.

Si fa presto a dire 18 anni. Ma viverli da malato cronico è un'altra cosa. 18 anni sono il limite massimo di alcuni malati di Alzheimer, è l'arco medio di chi ha la sclerosi multipla, sono molte forme di gravi artriti reumatoidi, sono lunghe malattie cardiache o renali o polmonari, o le schizofrenie di giovani rapiti per sempre dalla serenità, o con diabete grave, o un ictus contratto in giovane età, o...

18 anni sono una vita. Pensate a quei bambini che nascono autistici, o che contraggono paresi cerebrali da piccoli, o chi ha avuto poliomieliti gravi prima degli anni '50 e si trascina per una vita in carrozzina, come anche quegli splendidi ragazzi spezzati da un incidente nel mezzo della schiena e che non potranno più camminare (paraplegia), o addirittura nel rachide cervicale e che non potranno più muovere braccia e gambe (tetraplegia). Anche questi splendidi giovani sono malati cronici.

Da 18 anni!, giorno dopo giorno ad andare a braccetto con la propria disabilità, col proprio deficit magari compensato splendidamente da altre parti del corpo e strategie sostitutive.

Incredibili persone che sanno dribblare con maestria i propri deficit e sorridere alla vita difficile.

E chi da 18 anni non vede più la dolcezza della luce, o chi dipende da una macchina che filtra il sangue al posto dei reni raggrinziti, e chi... da 18 anni! Quanti maestri ci sono in giro e non ce ne accorgiamo.

Secondo punto: «Uno spirito la rendeva inferma».

Pensate alla dipendenza cui queste persone sono vittime.

In-ferma vuol dire: non camminare. Non poter sentire più la terra sotto i piedi, il piacere di solcare le strade, di fare le scale, di correre su un prato.

Camminare: non ci pensiamo mai quanto sia bello? Lo capiamo immediatamente quando ci sloghiamo un piede, o ci duole un callo.

Ma poi, appena guariti, ci dimentichiamo in fretta dell'immenso dono del camminare, del muoversi con agilità, dell'esplorare il mondo e gli angoli degli spazi.

Terzo: «Era tutta curva e non poteva raddrizzarsi».

Provate a pensare ad una persona che è costretta a guardare quasi sempre per terra o al massimo all'altezza di 1 metro. Come può ammirare il cielo? Come fa a spaziare con gli occhi? Come fa a sgranchirsi la schiena? Come può fare un bel respiro appagante e inspirare a pieni polmoni la vita?

Questa posizione rischia di indurre un ripiegamento psicologico, una ritirata sul proprio sè, fino a sfumature depressive e inevitabilmente egocentriche.

La relazione col mondo e con gli altri rischia di chiudersi a riccio, sotto l'arco della schiena, a guardare il proprio cuore, a crogiolarsi dentro.

Emarginate. Sì, la dimensione della marginalità è in agguato per queste persone inferme e ripiegate.

Pensate all'importanza di guardare avanti, di guardare dritto negli occhi di un altro.

La cifosi grave (così si chiama l'incurvamento della schiena) impedisce di guardare davanti a sè, di affrontare a "petto in fuori" il mondo, di incrociare sguardi e volti. Parziale amputazione della relazione! Tutta la gamma del guardare l'altro negli occhi viene tagliata. È un grande impoverimento.

Quarto passo: «Vedutala, Gesù le rivolse la Parola».

Quel "vedutala" ha una forza incredibile, trasmette una energia enorme, quasi volesse entrare diretta nel cervello e nel cuore di quella donna distrutta. Infatti immediatamente il vederla diventa parola minuscola, cioè umana, ma subito si trasforma in Parola maiuscola, forte, potente, penetrante. È una Parola esclusiva, di chi si interessa

di quella persona e di nessun'altra, con interesse, attenzione, empatia. Con tante persone che sicuramente attorniavano Gesù, Lui, il Signore, si interessa della meno interessante, della persona più insignificante, perché appunto curva e inferma. Gesù se ne accorge, la vede, le parla.

«Donna, eccoti libera dalla tua infermità».

Donna: dite poco? A quell'epoca la donna valeva molto poco. Dire così significa darle tutto il valore di persona piena, completa, matura. Ecco, vuol dire subito, adesso. Basta soffrire, 18 anni sono troppi! Libera dalla tua infermità, dalla tua dipendenza, dalla tua incredibile sofferenza, lunga, faticosa, emarginata.

È una Parola che pesa come un macigno, che ha una forza prorompente, devastante.

Quinto punto: «Le impose le mani».

La tocca, senza paura, la carezza, con quella dolcezza infinita che ci è facile immaginare in un uomo straordinario. Ha voglia di sentire quella schiena dura, ha voglia di darle quella tenerezza che lei non sentiva da decenni. Chi carezza con piacere una donna così? Gesù lo fa, con gioia.

Sesto: «E quella donna subito si raddrizzò».

Pensate cosa ha pensato in quei pochi intensissimi istanti: ha rivissuto in replay 18 anni di nascondimento, di autoesclusione, di marchio indelebile sul suo cuore e sulle sue membra indurite.

Raddrizzandosi avrà riattraversato in un attimo distanze enormi di tempo pesante, di vissuti faticosi, umiliati.

La pienezza umana riemerge prepotente e urla gioia alla nuova vita riabilitata.

Mi vengono in mente tutte le donne vecchie che riescono di nuovo a camminare dopo una frattura al femore, dopo un ictus devastante. Quale gioia indicibile in quei momenti magici!

Settimo passo: «E si mise a glorificare Dio».

La gioia si sprigiona a tal punto da ringraziare, perché in quell'istante si libera il senso di 18 anni di nascondimento, si scatena la liberazione da un peso indicibile e lungo. Il grazie diventa la sintesi straordinaria della fede limpida e dell'umanità piena ritrovata.

A voi, fisioterapisti, infermieri, operatori di assistenza, a voi medici, parenti, volontari che riuscite a dare solo sprazzi di questo miracolo: un plauso forte perché fate camminare gambe artrosiche, ridate tono a colonne vertebrali incurvate, permettete di guardare avanti a sé.

Certo, non siete Gesù, non avete la stessa forza prorompente. Ma tutti contribuite a questi piccoli miracoli che ogni giorno avvengono in ospedali, reparti, palestre, case private, a ridare dignità e fortuna a tanti malati cronici.

C'è un ultimo punto, apparentemente meno significativo nel nostro discorso che, a scandagliarlo bene, è di grande valore.

Gesù fece questo miracolo “*di sabato*”, provocatoriamente contro le regole del tempo, del buon senso, dei budget, delle economie di spesa, diremmo oggi.

Questo “*di sabato*”, cioè fuori dalla normalità e dalla tecnologia sanitaria, ci dice che c'è una grande possibilità di intervento, anche nelle situazioni “disperate”: «*c'è sempre qualcosa da fare*», anche nel malato allettato con piaghe, per chi ha un tremore senza ritorno, o per chi ha una demenza rotolante.

Sempre si può riabilitare, prevenire i danni terziari (cioè quelle invalidità già instaurate, che possono dare altre complicazioni se non si interviene in tempo).

Sempre si possono usare i piccoli gesti, gli sguardi, la carezze, la parola dolce, l'incoraggiamento, cioè tutte quelle tecnologie “dolci”, fatte di relazioni intelligenti ed empatiche che non costano, ma che valgono straordinariamente per un malato cronico.

“*Di sabato*” si possono fare tutte quelle cose che apparentemente contano poco, che non sono tecnologia “dura” ma che avvicinano chi le fa e chi le riceve al senso del vivere, anche nella sofferenza e nel nascondimento.

Un piccolo-grande vademecum, semplice ma vero, efficace e gratuito, per tutti noi: vedutala, le rivolse la parola, la toccò, e il malato si raddrizzò un poco e ringraziò noi, la vita, Dio, di sabato, quando amarsi sembrerebbe proibito, quando apparentemente non si potrebbe più fare niente.

Un po' di sacrosanta ironia (anche ridere ha un grande significato!) (*)

Vorrei regalarvi qualche sorriso, certo ironico, forse un po' sarcastico, sulla terza-quarta età e l'invecchiamento.

Non sono frasi mie, bensì "rubate" a molti pensatori, noti o meno. Tutte simpatiche.

L'umorismo infatti è indispensabile a dare sale al vivere, a distendere le sopracciglia aggrottate, a trovare sorrisi nelle cose serie e a volte drammatiche. Come, a volte, è l'invecchiamento, specie quello patologico, come sono i temi del libro.

Ecco le prime:

«Invecchiare è il solo mezzo che si sia trovato per vivere a lungo»
(Saint Beuve).

Semplice, telegrafico, scontato. Ma vero.

«La vecchiaia è bella. Peccato che duri poco!» (Gianni Brera)
(anche se oggi non è più vero!).

Forse molto pochi sono d'accordo. Ma se qualcuno l'ha scritto, ed era comunque già con abbondanti capelli bianchi, beh, vuol dire che qualcosa di vero c'è. Provate a pensarci.

«La vecchiaia non ha alcuna importanza eccetto per chi è un formaggio!» (Billie Burke).

Forse è poco rispettosa ma, in fondo, dà valore all'uomo che

(*) Capitolo inedito.

invecchia: più avanzano gli anni, più diventa gradevole e pieno di sapore (diremmo noi, saggezza).

Più il formaggio puzza, più è buono e di valore. Pensate se fosse così per l'uomo! Che ribaltamento di valori!

«È così vecchio che, quando ordina un uovo alla coque, gli chiedono di pagare in anticipo!» (Milton Berle).

Oltre che carino, forse un po' "freddura inglese", è anche vero. Ci sono vecchi vecchi (cioè oltre gli 85-90 anni) così dolcemente fragili, o "grandi vecchi" (oltre i 95 anni) così tremuli e simili al papiro che fanno pensare che da un momento all'altro possano rompersi.

E allora pensi che ogni minuto, ogni ora, ogni giorno, sono davvero una splendida conquista, un traguardo raggiunto e sempre rinviato. Il tempo come dono di Dio.

«Capisci che stai invecchiando, quando le candeline costano più della torta» (Bob Hope).

È banale, ma carina. Mi piace perché immagino un vecchio-vecchio quasi immerso in questa luce calda fatta da tantissime candeline che sprofondano la povera torta.

Anche il vecchio emana la sua luce, tremolante, ma che avvolge di un dolce tepore, carico di anni e di vita.

«Ti accorgi di essere invecchiato quando, chinandoti per allacciarti una scarpa, ti chiedi cos'altro puoi fare già che sei qui!» (George Burns).

Saper sorridere, con intelligente ironia, dei propri limiti è di fondamentale importanza.

È come fare uno sgambetto alla malasorte: è come prenderla in giro noi, e non viceversa.

«Ci sono tre sintomi della vecchiaia: perdita della memoria... Gli altri due me li sono dimenticati!» (Rod Skelton).

Ma non capita anche ai giovani o un po' meno giovani, come a me? Vi assicuro che a me succede almeno una decina di volte al giorno. E per fortuna!

Se è vero che occorre dimenticare per non impazzire (e ne sono convinto anch'io!) allora ben venga una sana, episodica, simpatica amnesia di piccole cose quotidiane.

Possono diventare piccole occasioni per ridere un po' di noi. E ciò ci fa bene!

«È così vecchio che a giocare a dama gli viene il fiato corto» (Ed Winn).

È dolce e allo stesso tempo vera questa affermazione. Spesso la fragilità dell'anziano nella quarta età assomiglia così tanto a una pila di carte messe una sull'altra a mo' di casetta da rischiare la rottura a un semplice soffio di bimbo.

Ci sono patologie polmonari, cardiache, neurologiche così gravi da rasentare l'assurdo dell'affermazione di Winn.

Ma anche questa è vita, comunque più legata alla patologia che alla vecchiaia di per sé.

«Cinquant'anni: la vecchiaia per i giovani, la giovinezza per i vecchi» (William Powell).

Fra pochi giorni compirò proprio cinquant'anni. Mi piace molto questa frase, più veritiera che ironica, almeno per me.

Io sento proprio dentro di me questo bellissimo passaggio epocale, fra l'estrema e prolungata giovinezza che per certi aspetti supera anche i cinquant'anni, e l'iniziale maturità che piano piano sfuma, con dolce arricchirsi, verso il primo invecchiamento, fino alla vecchiaia estrema dei 90-100 anni.

Questa frase può essere un'ottima sintesi fra la ricchezza delle diverse stagioni della vita umana.

«Quando si invecchia, prima si dimenticano i nomi, poi si scordano le facce.

Poi ci si dimentica di tirare su la zip, infine ci si dimentica di tirarla giù» (George Burns).

È davvero simpatica. Senza commento!

Per concludere, mi piace raccontarvi una splendida barzelletta geriatrica raccontata da un professore italo-americano all'ultimo Congresso Nazionale di Geriatria a Montecatini, nel 2002.

Erano le 9 del mattino, un'aula magna stupenda dotata di comodissime poltrone sulle quali molti astanti faticavano a tenere gli occhi aperti.

Il simpatico professore pensò bene di svegliare l'assemblea raccontandoci questa simpatica, apparentemente un po' "sporcacciona", di fatto "pulita" e semplice, barzelletta.

«Enzo, ottantenne ancora in gamba, dice alla moglie: "Sai, cara, vorrei sapere se sono ancora fertile". "Vai, vai pure dal dottore. Ma hai la morosa giovane?" "Ma va, è solo curiosità!"».

Enzo va dal dottore che gli consegna un boccettino cui deporre il contenuto da esaminare. Enzo torna a casa col suo boccettino.

Dopo 7 settimane il medico incontra per caso Enzo. "E allora Enzo? Che fine ha fatto il boccettino?"

"Dotòr, un disastro! Ho provato io con la mano destra, poi con la sinistra. Niente di fatto. Ha provato mia moglie, con la mano destra, la sinistra, con la bocca. Niente di fatto. Ha provato mia cognata, più giovane, anche lei con la mano destra, la sinistra, con la bocca, con lo straccio da fregar per terra! Niente di fatto!"

"E allora?" chiede il dottore.

"Ma dottore, dice Enzo, non siamo riusciti ad aprire il boccettino!"».

(*) Capitolo inedito.

Chi sono io

*Chi sono io
che vago in un mondo senza voce?
Chi è la gente che mi guarda in silenzio?
Oh Signore, dammi un ricordo
perché io trovi un punto
per formare il mio pensiero.*

Vera Campagnari Scaravelli (*)

(*) Questa splendida poesia è stata scritta quando la signora, nostra concittadina, era già ammalata nella memoria. La signora ci ha lasciato da alcuni anni. È un tributo forte e commosso ad una vera artista-poetessa. Grazie alla cara figlia, per la concessione alla pubblicazione.

Preghiera impossibile

*Gesù, ridà frammenti di memoria
ai miei malati di Alzheimer.*

*Gesù, riconsegna le armonie del cuore
a chi è accartocciato nella depressione.*

*Gesù, ridona la velocità, la scioltezza
a chi ha perso l'uso di metà corpo.*

*Gesù, ridà plasticità e sorriso a volti e membra statuarie e tremanti
di chi ha il Parkinson.*

*Gesù, riconsegna luce agli occhi bui,
Gesù, ridona l'armonia dei suoni ai timpani dei sordi.*

Gesù, regala gambe agili a chi le ha piegate per sempre.

Gesù, detergi quelle enormi piaghe puzzolenti e gialle.

*Gesù, abbraccia tutti noi, e non ci abbandonare.
Abbiamo bisogno delle tue calde braccia, Gesù.*

Perché anche tu, Gesù, hai l'Alzheimer

Tu Gesù, sei depresso

Tu Gesù, hai avuto un ictus

Tu Gesù, hai il Parkinson

Tu Gesù, sei cieco

Tu Gesù, sei sordo

Tu Gesù, non cammini

Tu Gesù, sei pieno di piaghe.

*Gesù, abbraccia tutti noi, e non ci abbandonare.
Abbiamo bisogno delle tue calde braccia, Gesù.*

Preghiera possibile (*)

Gesù, grazie, perché nonostante l'Alzheimer accartocciato di Francesca, suo marito mi dice gioioso: «È la ragione della mia vita».

Gesù, grazie, perché le tenebre della depressione di Giovanna si sono trasformate, definitivamente, in un sorriso di dolce leggerezza.

Gesù, grazie, perché l'ictus di Luigi gli ha lasciato l'attesa della partita a carte con la moglie.

Gesù, grazie, perché anche il Parkinson della Lina trova armonie serene nel suo tremante quotidiano.

Gesù, grazie, perché gli occhi bui di Carlo gli danno palpiti d'una serenità vera e dilatata.

Gesù, grazie, perché le gambe rinsecchite di Rita trovano mani calde che le ungono di senso.

Gesù, grazie, perché la piaga schifosa di Amelia fa intravedere un bordo granuleggiante e pulito.

Gesù, grazie, perché il tuo abbraccio è vero, sicuro, definitivo.

Perché anche tu, Gesù, hai accettato l'Alzheimer, misteriosamente.

Tu, Gesù, sei depresso ma stai già guarendo.

Tu, Gesù, hai avuto un ictus che ti lascia andare a vedere il Mantova.

Tu, Gesù, hai il Parkinson che risponde alla Levo-Dopa.

Tu, Gesù, sei cieco negli occhi ma vedi benissimo con gli occhi della mente.

Tu, Gesù, sei sordo ma la protesi ultima generazione ti fa sentire Mozart.

Tu, Gesù, non cammini ma ami.

Tu, Gesù, sei pieno di piaghe ma hai infermiere innamorate che te le curano.

Gesù, grazie, perché il tuo abbraccio è vero, sicuro, definitivo.

(*) Poesia inedita.

Che distanza fra ciò che scrivo e ciò che faccio! (*)

Scorrendo il manoscritto, rileggendo, riaggiustando, correggendo, mi è venuta una riflessione chiara alla mente: quale distanza fra molte cose scritte, sacrosante, condivisibili, a volte profonde e inappuntabili e il mio vivere quotidiano!

Sono un grande peccatore per la mia “coscienza cristiana”, sono un uomo che fa tantissimi errori tutti i giorni per la mia “coscienza di cittadino”. Sono un uomo pieno di difetti fastidiosi e carico di limiti abissali.

Mi viene in mente San Paolo, quando in una delle sue lettere dice: «*Faccio il male che non vorrei fare!*».

Spesso lo scarto fra ciò che si dice (o si scrive, in questo caso) e l'operatività reale è enorme. Come nel mio caso. E chiedo scusa a tutti quelli che, giustamente, avranno pensato: «Ma guardate questo come parla bene e razzola male!».

Non me ne vogliate. Vorrei ridurre il più possibile questo gap. È uno dei miei obiettivi. Forse l'unica mia vera “difesa”, seppur piccola, è che sono cosciente di ciò. Ma è anche una responsabilità in più che accetto volentieri.

E questo mi spinge appunto ancor più a maggiore comprensione, impegno, serietà, volontà d'amore. Ci proverò!

Un caro abbraccio ad ogni lettore sperando che qualche spunto di riflessione e di palpito di cuore possa nascere dalla lettura di queste righe. Con affetto.

Renato

(*) Capitolo inedito.

Indice

<i>Presentazione</i>	pag.	3
<i>Grazie, Ciffo!</i>	pag.	6
TEMI INTRODUTTIVI	”	7
Chi è l'anziano fragile?	”	7
Tutto nasce dai sogni	”	9
Dalla sopravvivenza al senso	”	11
Le tre perle che riassumono il libro	”	14
<i>Alive</i> (vivo)	”	15
L'età della sopravvivenza	”	17
IL MASSIMO DI SOPRAVVIVENZA		
La fotografia - Le cose misurabili	”	21
La fragilità e i modelli clinici in geriatria	”	21
10 modi di chiamare un malato	”	24
Lo spazio e il malato cronico	”	32
Stare lì: il tempo e il malato cronico	”	37
Modello medico e modello geriatrico - Le dieci differenze fondamentali	”	40
Purga	”	48
Biologia e biografia	”	50
Medicina narrativa	”	52

Cinque anni di carcere	”	57
Frail Elderly	”	60
FRA SOPRAVVIVENZA E SENSO		
Dare voce al malato	”	63
Living Will	”	63
Quando le parole non servono più	”	66
Rudere	”	69
Urla o canto melodioso?	”	72
Insight (consapevolezza)	”	74
Da “catorcio” a gioiello preziosissimo	”	79
Silenzi (*)	”	81
Dipendere da altri	”	84
Sono una piaga da decubito	”	87
Sonnacchiare	”	89
Mi cambiano, mi toccano	”	92
Due coniugi nella quarta età	”	95
Le tre cure	”	98
SEMPRE PIÙ VICINI AL SENSO		
Aspetti relazionali	”	101
Asimmetria (*)	”	101
Imboccare	”	104
“Alzati e cammina”	”	106
IL MASSIMO DI SENSO	”	109
RSA: dalla custodia al senso	”	109
La quarta stagione	”	113
Ci sarebbe la fila	”	115
Un senso per chi cura (e per chi soffre!) (*)	”	118

RITRATTI - PERSONAGGI	” 121
Le donne invisibili	” 121
Io corteggio le mie malate	” 124
Monsignor Benedini	” 128
Dottore, stia qui due minuti!	” 131
Papa Wojtyla	” 133
Cinquantenne	” 137
La signora Giovanna	” 138
Padre di mio padre	” 140
Volontario	” 143
TEMI SPIRITUALI	” 145
Corpo o persona? (*)	” 145
I dementi a Messa (*)	” 148
Da grido a preghiera (*)	” 150
Dalla Croce al Crocefisso al Risorto (*)	” 156
La sofferenza vista a 16 anni (*)	” 158
Malattia cronica: un piccolo vademecum (*)	” 160
Un po' di sacrosanta ironia (*)	” 165
<i>Chi sono io</i>	” 169
<i>Preghiera impossibile</i>	” 170
<i>Preghiera possibile</i> (*)	” 171
<i>Che distanza fra ciò che scrivo e ciò che faccio!</i> (*)	” 172

(*) Capitoli inediti.

**Finito di stampare
nel mese di Febbraio 2006
a cura dell'Editoriale Sometti - Mantova**

Cercare il senso, i perché veri e profondi dietro e dentro i mille problemi e opportunità che la Quarta Età offre: è la scommessa del libro.

Attraverso l'approfondimento di temi vecchi ma anche nuovissimi, scorrendo problematiche spinose o curiose, il testo esprime con scientificità e chiarezza i temi geriatrici noti, controversi o poco conosciuti.

Si rivolge ai famigliari, agli operatori socio-sanitari del settore, ai volontari, agli anziani sani e a tutti i cittadini che vogliono lasciarsi coinvolgere e interrogare da una stagione di vita che coinvolge milioni di persone in Italia.

€ 13,00

