

A cura dei Pensionati dello SPI - CGIL

OSSERVATORIO



Anziani sicuri in casa

Un'iniziativa dello SPI-CGIL in collaborazione con lo sportello 626 della Camera del Lavoro e l'INAIL

Il numero di incidenti domestici è elevatissimo, soprattutto per quanto riguarda la popolazione anziana. E tra gli anziani sono le donne le più colpite: infatti le donne costituiscono il 75% delle persone che denunciano di aver avuto un incidente domestico, e questo è logico perché sono le donne che svolgono quasi sempre i lavori domestici.

Gli anziani con più di 65 anni, lo ricordiamo, purtroppo non possono stipulare l'"assicurazione delle casalinghe", perché la polizza (obbligatoria) copre solo la fascia d'età che va dai 18 ai 65 anni. Lo Spi-Cgil chiede con forza che le modalità dell'assicurazione siano riviste.

Per riuscire ad evitare, o meglio, per contenere al massimo il numero di incidenti domestici è stato ideato dallo Spi-Cgil un programma di prevenzione contro il pericolo degli incidenti domestici. Riguarda il corso "Anziani sicuri in casa" Questo corso si sviluppa in nove incontri, ciascuno in diversi punti della città ma sui diversi rischi; il primo incontro è stato tenuto venerdì 20 maggio (a cura dell'Inail): seguiranno gli altri incontri ogni venerdì fino a venerdì 8 luglio.

Al termine di questo corso, verrà aperto lo "Sportello Sicurezza anziani", presso la Lega Spi di Cornigliano. Lo sportello offrirà informazioni e consulenze su tutti i temi con orario di apertura 2/3 giorni/pomeriggi settimanali.

Il progetto sperimentale "Sportello Sicurezza Anziani" prevede anche un programma di formazione generale sugli infortuni domestici da realizzare presso tutte le sedi Spi; l'attuazione di incontri di formazione su rischi specifici, sempre da svolgersi presso le leghe Spi (ad esempio: l'utilizzazione delle scale, prescrizione e verifiche concernenti le calderine a gas).

Manuela Noli spiega: "Da anni stiamo cercando di promuovere una politica a favore delle domiciliarità per gli anziani. Gestire una casa per una persona anziana sola è impegnativo e, spesso, pericoloso. Per questo motivo abbiamo pensato di fornire loro informazioni in merito a sicurezza e prevenzione infortuni".

Questi incontri sono ad accesso libero e gratuito e si svolgeranno alle ore 15 presso il Centro Sociale Anziani in viale Narisano 14 a Genova-Cornigliano.

Rammentiamo che in ogni quartiere ci sono uffici Spi-Cgil e Patronato (Inca) a cui tutti si possono rivolgere per qualsiasi esigenza e consiglio.

Il servizio è gratuito.

Per i lettori del Gazzettino i centri Spi-Cgil più vicini sono:

Via Stennio 11 R (traversa di via Rolando) Tel. 010-418831

Via Raggio 3 Tel. 2472153

Via Milano 40b Tel. 261048

Via Bologna 24 Tel. 252143

Via S.G.D'Acri 6 Tel. 6028425

Via Roggerone 2-2 (c/o Staz. di Rivarolo) Tel. 7491657

Via Zamperini 11 (Bolzaneto) Tel. 7453617

Il parere del medico

L'osteoporosi è solo mal di vecchiaia?

La medicina attuale, come miglioramento rispetto quella di pochi decenni d'anni fa, prevede per le malattie in genere non solo diagnosi e cura, ma anche prevenzione e partecipazione. Queste due ultime caratteristiche, non hanno ancora raggiunto il 100% in tutte le specializzazioni mediche perché frenate soprattutto dall'alto costo che comportano (per gli Amministratori sanitari, spendere oggi per risparmiare domani è pura teoria economica, perché essi debbono rispondere delle risorse attuali e non di quelle future). Però, se non sono incentivate, almeno non sono totalmente proibite. Caratteristica di questo ragionamento, è la lotta all'osteoporosi, non ancora classificata malattia ma ormai con una personalità propria nel novero delle patologie, dove nel complesso occupa uno spazio un po' antipatico e volutamente misconosciuto perché, seppur temuta (per un vecchio, fino a trent'anni fa, fratturarsi un femore significava al 90% morire per complicazioni), minaccia poco il tran-tran quotidiano essendo silenziosamente indolore; è ad andamento lentissimo (per cui si pensa poter essere sempre in tempo ad intervenire); spesso è confusa con "i dolori della vecchiaia" (o con i processi ovvi e naturali dell'involuzione dopo i sessant'anni, tra i quali tipica è l'artrosi che - all'inverso dell'osteoporosi - è determinata da una sregolata iperproduzione, conseguente alla usura); richiede controlli non "passati" dalla USL (specie la MOC; perché poi è stato dimostrato essere anch'essa imprecisa, o alla pari di una banale radiografia); ha una terapia costosa (ed anch'essa proibita dalla USL nella prevenzione), di lunga durata, con accompagnamento di sacrifici aggiuntivi (quali certi rituali all'assunzione) ed infine occorre accompagnarla con esercizi ginnici, busto, materasso duro, ecc...).

L'OMS la definisce difetto metabolico sistemico (ovvero diffuso a tutto lo scheletro), caratterizzato da ridotta massa minerale (ovvero carenza di quei sali che la rendono compatta e resistente), e conseguente aumento della fragilità, di microfratture (dolorose), e rischio di più gravi fratture (ossa lunghe) o cedimenti (vertebrali).

Si distinguono l'osteopenia (dal greco, significa "iniziale riduzione", rispetto la percentuale valutata per età, peso, razza); e l'osteoporosi (quale vero e proprio rischio di frattura). Si forma perché l'osso, che è una struttura composta da cellule viventi che si rinnovano di continuo (ciascuna vive solo poche settimane - come tutte le altre del corpo -, e muore sostituita da altra "fresca"), perde l'equilibrio tra eliminazione (delle cellule morte, riassorbite dal circolo linfatico) e ricostruzione (con quelle neoformate, le stesse che saldano una eventuale frattura), a scapito di queste ultime. La pericolosità subentra quando alla massa ossea impoverita si aggiunge il sovvertimento dell'architettura (le trabecole o lamelle interne perdono così la capacità di trasferire opportunamente il peso dalla testa ai piedi, aumentando con essa il rischio della rottura).

La prevenzione studia le cause (non a caso uso il plurale, perché sono tante e non tutte ancora identificate: ciascuna mai da sola è "la" causa, ma percentualmente ognuna è incisiva, ovvero aumenta sensibilmente il rischio). Tra esse, l'alimentazione (ha la sua importanza nell'assunzione dei minerali necessari, specie calcio, fosforo e vitamina D. Tale assorbimento è interferito da un eccesso di fibre occorrenti invece per altre disfunzioni o di proteine con le quali in prevalenza cercano di alimentarsi i diabetici, ecc.); la poca esposizione al sole (i cui raggi rendono attiva la vitamina D, inutilizzabile dall'organismo come è in natura); la sedentarietà (manca con essa lo stimolo alla rigenerazione; comprende l'immobilizzazione protratta per altre malattie compresa una frattura); l'età (è il fattore più ovvio e comprensibilmente naturale: tutta la rigenerazione è al rallentatore); il sesso (le femmine sono più svantaggiate perché già di costituzione sono di minore massa ossea e più predisposte per la partecipazione ormonale degli estrogeni: quando essi vengono a ridursi, diminuisce un elemento di stimolo); malattie concomitanti (malassorbimento intestinale, anoressia, tiroide e paratiroidi, insufficienza renale, leucemie, malattie motorie, ecc.); alcune terapie per altre affezioni (a base di cortisone, anticonvulsivanti, anticoagulanti o antiacidi); familiarità (non è chiaro il suo ruolo, ma sicuramente ereditiamo la conformazione fisica, ed in vita acquisiamo abitudini e stile di vita); ed infine certi vizi (specie l'abuso: di lassativi, alcool, fumo).

La sede, è più frequente a livello femorale e vertebrale. A parte eventuali traumi diretti (scippo con strappo, inciampi da buchi stradali o scivolate invernali), causa la conformazione del nostro corpo essi sono i punti più soggetti ai giochi di forza tra peso del corpo (genericamente ed alquanto sommario, il peso totale si divide in tre parti uguali: la testa, il tronco, i quattro arti: così, sul femore di una persona di 75 chili, pesano 25 kg della testa + 25 del tronco + 12,5 delle braccia), la gravità ed i movimenti (specie la rotazione. Se una persona cade in avanti o indietro difficilmente rompe le ossa ma si ferisce la fronte o la nuca; se invece quando il piede è ben fissato a terra per il passo e si perde l'equilibrio, subentra istintivo il tentativo di afferrarsi: con esso il corpo ruota con perno nella testa del femore; ed essa quale punto più debole cede come quando si vuol togliere il tappo da un pennarello: la frattura avviene prima ancora di arrivare a terra. Se invece essa cade seduta, il peso si accumula sulle vertebre nel passaggio dorso lombare, schiacciandole come una fisarmonica).

La diagnosi, nello stadio iniziale il più spesso è casuale, dopo una normale radiografia; un bravo radiologo la segnala anche se non direttamente richiesta ed aiuta il MMG (medico di medicina generale) nel proporre la cura personalizzata. La MOC (minerale ossea computerizzata) è più specifica, ma il prezzo che costa non sempre compensa la precisazione quando

è solo curiosità (sono stati posti quindi dei paletti prescrittivi a questo esame, ai quali si deve attenere il MMG al di là della superficiale motivazione "tanto per andare a vedere"). Anch'essa fornisce risultati (Z e T score = indici statistici di confronto in una popolazione di riferimento; e la BMD = densità minerale ossea).

La terapia delle fratture può essere chirurgica; per l'osteoporosi prevede il solo uso di medicinali (soggetti alla famigerata "nota 79" della Rosi Bindi che iniziò la burocrazia "ingessando" la libertà prescrittiva) a base di iniezioni (che, oltre una certa azione antidolorifica non quantificata, hanno principale scopo di ridurre la velocità di perdita) o di compresse settimanali (che in più stimolano anche la riproduzione di osso nuovo. Questa molecola è l'ultima di una serie, frutto di una ricerca italiana; ma è dovuta intervenire una società americana per spendere quanto necessario per dimostrare la reale efficacia. È finito che la ditta d'oltre oceano ha comperato quella italiana divenendo proprietaria anche della molecola. L'azienda italiana -col capitale- ha cambiato nome ed ha tenuto sul mercato la penultima molecola, quella delle iniezioni, che però non ha avuto la dimostrazione di efficacia come le compresse, se non indirettamente). Si aggiunge la dieta (impareggiabile è la fortuna che abbiamo nel poter seguire la "dieta mediterranea": in essa c'è tutto quello che serve. Tant'è la tentazione a sgarrare è naturale: per dimagrire, per gusti, per sedentarietà, per letture improprie, per suggestione o per non "spendere" da uno specialista dietologo -che poi propone improponibili misurazioni, al punto di far finire lo schema rapidamente in un cassetto... "a portata di mano") o più singolarmente la vitamina D (nei suoi preparati già metabolicamente attivi; tende ad accumularsi per cui è da evitare l'uso continuo) il calcio: è utile, ma la quantità varia troppo per poter definire un calcolo preciso generico. Non tutto quello ingerito sarà assorbito; ma altrettanto abusare crea dei danni; l'alternativa è prenderlo a cicli. Il medico saprà indicare i cibi a più alto contenuto di minerale come i derivati del latte - dallo yogurt ai formaggi, escluso il burro; le sardine e pesci in genere; tanti vegetali come carciofi e radicchio, nonché pistacchi, noci e simili); e quelli contrari sia perché riducono l'assorbimento del calcio (fibre o ossalati quali spinaci, pomodori, cioccolato) e sia perché aumentano l'eliminazione renale (sale). Il calcio ha anche delle contrarietà (il timore che faccia indurire le arterie e formi o aumenti i calcoli renali, non è vero; che invece sia spesso nei cibi ad alto contenuto di colesterolo, è vero) ed il fosforo (ha minore importanza, perché ne serve poco e quel poco è facilmente reperibile nei cibi usuali). Di tutti e tre è necessario seguire solo le indicazioni personalizzate del proprio MMG. L'attività fisica è basilare (per lo stimolo, per il consumo calorico, per lo stile di vita). Poco o nulla servono l'agopuntura, le terme, la fitoterapia e - a mio personale modo di vedere - l'omeopatia.

Ezio Baglini