

Intervista al dottor Pio Eugenio Fontana  
sul reparto di degenza della Clinica Luganese Moncucco

# «Il team IN GERIATRIA È TUTTO»

DI CRISTINA FERRARI

Il dottor **Pio Eugenio Fontana**, specialista in geriatria e medicina interna generale, è medico responsabile del Centro di competenza di geriatria della Clinica Luganese Moncucco di Lugano-Besso, nella quale è attivo dal 2002. Con lui abbiamo parlato delle potenzialità e delle maggiori caratteristiche del reparto di degenza di geriatria. *«Il nostro reparto di geriatria – ci accoglie il dottor Fontana al terzo piano del blocco che ospita ambulatori e studi medici – è uno dei più importanti in Svizzera. Noi ci occupiamo di oltre 1'200 casi stazionari l'anno (dato 2017). Quindi siamo in assoluto fra i maggiori prestatori di cure ospedaliere geriatriche del Cantone, ma anche tra i più importanti in Svizzera. E questo è un primo importante punto perché il Ticino insieme al Canton Basilea sono i due Cantoni con la percentuale di popolazione anziana più alta in Svizzera. Per questo disponiamo di un servizio molto grande e ben organizzato, che da anni dispensa cure specialistiche ai pazienti anziani e fragili».*



Il dottor Fontana con le sue assistenti Alessia Monteggia (a sinistra) e Chantal Ferrari.

**La Clinica Luganese Moncucco è da sempre in Ticino un punto di riferimento privilegiato nella popolazione «ultra-anta»?**

Come tanti anni fa, la Clinica è stata la prima a introdurre la dialisi in Ticino, quando nel 2002 abbiamo proposto alle Suore qualcosa di «innovativo» (dal 1900 al 2015 la proprietà e la gestione erano in mano alle religiose della Congregazione delle Suore infermiere dell'Addolorata di Como, ndr), le abbiamo trovate fin da subito entusiaste – eravamo il dottor Tanzi ed io – e lì è nato, quindi, questo progetto che poi negli anni si è molto sviluppato. Soprattutto negli ultimi anni, insieme alla grande crescita di tutta la clinica, è cresciuto anche il nostro reparto.

**Come è cambiato il paziente in questi quasi ultimi vent'anni?**

È cambiata la generazione e quindi i pazienti. I grandi anziani di oggi sono diversi nel senso che sono spesso più consapevoli, usano il computer, usano internet. E, tutto sommato, questo è un bene perché si riesce a interagire meglio con anziani più consapevoli, certo anche più esigenti, ma questo è un loro diritto. Va poi ricordato che seppur le famiglie hanno ancora

L'ANZIANO E LE NUOVE  
TECNOLOGIE: UN MONDO  
CHE PUÒ AIUTARE I PAZIENTI  
A NON ISOLARSI  
E A MANTENERE I CONTATTI  
SOCIALI E FAMILIARI

tanta importanza – perché in geriatria la famiglia è sempre coinvolta nelle cure – il paziente si informa e capisce di più e perciò si «difende» meglio. Ciò vale, naturalmente, quando è lucido. Evidentemente noi ci occupiamo tanto anche di pazienti con demenza, dunque in questo caso è una situazione diversa. In generale sto, quindi, parlando dei pazienti lucidi che pure abbiamo in grande numero.

**L'uso del computer, come ha spiegato, porta i pazienti a essere più informati e dunque a essere anche più esigenti. Ciò non ha il suo risvolto della medaglia nel cosiddetto dottor Google e nell'autodiagnosi? Siete chiamati spesso a stemperare le preoccupazioni?**

Nella mia esperienza gli anziani usano il computer soprattutto per le informazioni della cronaca e per comunicare tramite e-mail. Questi sono gli utilizzi che vedo fare più spesso. Ne ho parecchi che usano le videochiamate quando hanno parenti lontani. In questo anch'io li ho aiutati perché erano preoccupati delle difficoltà nell'utilizzo. Spiegando loro che sono ormai strumenti fatti per bambini di 6-7 anni, imparano, in effetti, molto facilmente. Il problema dell'autodiagnosi negli anziani che cura attualmente non è per niente frequente. Bisogna dire che gli anziani sono piuttosto saggi e appartengono comunque a un'altra generazione. Sono diventati sì più consapevoli e più esigenti, si discute meglio delle loro problematiche, ma non vengono con idee strane prese da internet. Questo appartiene piuttosto alle generazioni successive, quindi ai parenti. Però nel nostro reparto e nel nostro laboratorio diamo molta importanza all'informazione e alla comunicazione per cui non riceviamo mai le famiglie in piedi nei corridoi ma diamo appuntamenti, dedichiamo loro abbondanza di tempo. In generale, non ci sono problemi a questo livello. Probabilmente le persone (pazienti

e familiari) si sentono ascoltate, possono tirar fuori delle idee che hanno raccolto su internet senza sentirsi giudicate, si discute insieme, poi se sono delle buone idee le sviluppiamo, se invece non è così (perché in effetti su internet si trova un po' di tutto) cerchiamo di spiegarlo ai pazienti e ai familiari.

**L'importanza di mantenere il paziente anziano in una rete di rapporti sociali può essere considerata la nuova frontiera del medico geriatrico chiamato in passato solo alla cura della malattia e non a tutto il corollario dei rapporti fra l'anziano e il mondo esterno?**

La comunicazione è tutto al giorno d'oggi. Purtroppo la mobilità del lavoro porta spesso i figli ad allontanarsi dai genitori. Per me è, dunque, abbastanza comune avere l'anziano che vive in Ticino e i figli che stanno a Zurigo o addirittura in altri Paesi o in altri continenti. Dunque vi è questa mancanza di contatto, e la telefonata spesso non basta. Una videochiamata perciò, dove vengono mostrati anche i nipoti, ha un ruolo importante, la persona si sente meno sola. Perciò favorisco l'utilizzo in chi è lucido. Non sono grandi costi e Pro Senectute organizza dei corsi ad hoc. Ai pazienti timorosi ma lucidi dico sempre che per imparare bastano loro, nell'ipotesi peggiore, venti minuti e poi li indirizzo alle associazioni proposte. Ma vi sono stati casi in cui, avendo come l'iPad, ho mostrato direttamente loro come fare.

**La psiche, l'umore, incidono molto sul percorso terapeutico?**

Sì, in realtà la maggioranza degli anziani non è depressa. Questo è emerso bene in alcuni studi fatti in Romandia, dove hanno preso dei campioni di persone e le hanno seguite per quasi trent'anni. Qui hanno visto che la maggioranza degli anziani non malata ha un buon umore. Quelli di cattivo umore – e sono quelli che vediamo anche noi in ospedale – lo sono o perché sono malati o perché hanno avuto dei lutti. Fra i giovani si è portati spesso a credere che la maggioranza degli anziani non tenga tanto alla propria vita, ma questo è sbagliato. Non è così. La maggioranza degli anziani è contenta di vivere; se non hanno troppe malattie e non hanno avuto troppi lutti, sono anche felici. E se a chi ha incontrato difficoltà



Le potenzialità dell'aromaterapia.

gli si chiede se in fondo vale la pena di vivere, ancora la stragrande maggioranza risponde di sì. E questa è una cosa positiva.

**Quale casistica incontra nel suo reparto (uomini/donne, età media, tipi di malattie)?**

L'età media è di circa ottant'anni. E la maggioranza sono donne. Circa due terzi dei pazienti sono donne, perché la vita media delle donne è arrivata sugli 88 anni mentre quella dell'uomo sui 77-78, che resta comunque una grande cosa perché nel 1910 in Ticino, ma anche nel resto d'Europa, la vita media dell'uomo era di 45 anni, mentre 50 per la donna. Le cifre ci dicono, quindi, che l'attesa di vita si è quasi raddoppiata. Bisogna dire che la maggioranza delle persone vive bene fino a circa ottant'anni, poi dopo gli ottanta un gran numero si ammala di una cosa o dell'altra. Per quanto riguarda la tipologia, viste le nostre competenze, la demenza è molto rappresentata. Noi siamo, infatti, un centro di riferimento per la demenza e i disturbi del comportamento. Almeno il 60% dei nostri pazienti sono dementi e vengono per questo. Oppure avendo altri problemi, ma essendo dementi, vengono mandati da noi perché da noi sono accolti bene. Ciò grazie alla dotazione di personale che è numericamente maggiore rispetto a quella degli altri reparti di medicina interna e dal punto di vista dell'addestramento specifico. Abbiamo poi dei sistemi di sorveglianza non invasiva per evitare le fughe. Quindi se un paziente ha una polmonite ed è demente viene ricoverato, attraverso le famiglie, più facilmente da noi. In questo modo sarà curato con maggiore competenza, sarà immobilizzato molto bene, perché il problema dei pazienti confusi è la fuga o la caduta. Nella nostra clinica possiamo contare su

dei sistemi elettronici molto avanzati di controllo. Una persona confusa, a rischio di fuga, riceve un braccialetto e non può uscire dal reparto: l'ascensore non parte, le porte non si aprono, ma è libero di muoversi nel reparto. Dunque, non viene contenuto. L'altro problema è il rischio di caduta. Per evitarlo abbiamo dei sistemi elettronici di sorveglianza del movimento a letto; quindi il paziente che si muove troppo stimola dei sensori sistemati sotto il materasso e l'infermiera viene avvisata in tempo reale che quella persona magari sta uscendo dal letto e sta per cadere. In realtà, l'infermiera viene allarmata anche se si muove troppo poco ed è a rischio di ulcere da decubito. Vi sono poi dei casi in cui dobbiamo utilizzare dei sistemi di contenzione perché sono inevitabili ma sono comunque sistemi di contenzione dolce o morbida, e ridotti al minimo. Da noi non si usano né manette né cinture, e pettorine non ne ho più viste. Usiamo altri sistemi come il tavolino davanti alla sedia, abbiamo delle sedie particolari che chiamiamo sedie geriatriche dove la persona è molto comoda ma si possono inclinare in modo che la persona non si alzi. Pensiamo a chi ha una paralisi e non ragiona più bene ed è ad alto rischio di caduta, rischiando di fratturarsi qualcosa.

**In passato, grazie all'esistenza della Clinica San Rocco, l'attività era orientata anche alla convalescenza di anziani. È ancora così oggi? O il trend è la degenza breve?**

Con la chiusura della Clinica San Rocco il nostro è diventato un istituto puramente acuto. La convalescenza peraltro non esiste nella legge sanitaria e dunque non è rimborsata dalle casse malati. Noi siamo un reparto superacuto, abbiamo la degenza media più bassa di tutta la Svizzera per la geriatria, circa 13 giorni, e que-

IDENTIKIT DEL PAZIENTE  
GERIATRICO TIPO:  
OTTANTENNE, DONNA,  
AFFETTO DA DEMENZA  
E DA DISTURBI  
DI COMPORTAMENTO,  
PRESENZA FAMILIARE

sto è possibile grazie a un'organizzazione particolare perché da un lato in tutti questi anni il nostro reparto è diventato un ganglio importante di una rete geriatrica molto estesa sul territorio. Siamo ormai abituati a lavorare con le case per anziani, i centri diurni, i servizi di cura a domicilio, quindi veramente l'organizzazione che abbiamo in Ticino, e in particolare nella regione di Lugano, è gigantesca. Noi siamo in grado già dai primi giorni di farci un'idea se un ritorno al domicilio sarà possibile oppure no e, se è possibile, a quali condizioni. Iniziamo a lavorare subito indagando su quanti infermieri ci vorranno, a quali orari, come e dove, al centro diurno c'è posto? Questo progetto inizia dopo tre giorni. Se invece ci si rende conto che un rientro a casa non è possibile, allora si parla precocemente con il paziente, o molto spesso con la famiglia a causa di una demenza, e immediatamente si attiva una ricerca; tutto ciò ci permette di essere molto veloci. L'altro elemento che abbiamo e sul quale non potevo contare quando lavoravo a Basilea per la Clinica universitaria, è la velocità,

quasi incredibile per essere in geriatria, nell'ottenere gli esami e nella consulenza. Quando lavoravo, per esempio, a Ginevra, pur essendo un reparto acuto, la degenza era di quasi 30 giorni. Lì una Tac l'aspettavo una settimana, qui se è urgente mezz'ora e se non è urgente e non metto pressioni massimo il giorno dopo me la fanno, ma spesso – se chiesta la mattina – me la fanno già il pomeriggio. Se ho bisogno un cardiologo, stessa cosa. Se ho bisogno del reumatologo, del dermatologo, dell'infermiera specialista nella cura delle ferite, del nutrizionista, tutte figure importantissime per noi, entro 24 ore ce le ho. Quindi noi guadagniamo moltissimo tempo perché gli esami vengono fatti molto velocemente, si impostano le cure, si stabilisce il procedere. E su questo siamo dei *top score* a livello svizzero.

#### Quanto è importante in geriatria il lavoro in team e la condivisione di pareri?

Il team in geriatria è tutto. Il geriatra da solo è nulla. Lui ha un suo ruolo all'interno di un'organizzazione più grande in cui può supervisionare e guidare coloro che ne fanno parte: infermieri specialisti, assistenti di cura particolarmente formati per gli anziani, fisioterapisti adeguati, assistenti sociali, infermiere *case manager* che gestiscono il percorso del paziente. Come a Ginevra e Losanna, stiamo sviluppando le *infirmière de liaison*, figure preziosissime come le neuropsicologhe, gli ergoterapisti, la logopedista; abbiamo un team molto grande e abituato a lavorare insieme. Siamo tutti ingranaggi di un complesso orologio, secondo me pregiato ed efficiente. Ruotando tutti insieme garantiamo un buon servizio. E questo è un altro segreto. Nessuno in Ticino può disporre di un team così grande e così complesso. Le risorse di cui disponiamo noi sono veramente molto importanti.

#### Ci parli di un progetto molto innovativo che si sta sviluppando alla Clinica Luganese Moncucco, l'aromaterapia clinica.

Circa tre anni fa, mentre un sabato stavo guardando se trovavo qualcosa di interessante sul sito web dell'Associazione Alzheimer inglese, ho cliccato su uno studio che mi ha colpito subito. Gli autori sono due «papi» della ricerca nella neurologia in Gran Bretagna e parlavano della possibilità di curare i disturbi di comportamento dei pazienti dementi con l'uso della melissa. Io non avevo mai sentito parlare di oli essenziali fino a quel momento e questa cosa mi ha incuriosito tantissimo. Per cui mi sono informato su cos'è un olio essenziale e poi ho scritto alla professoressa Helen Perry, una grandissima esperta nelle relazioni fra chimica e coscienza, che lavora all'Università di Newcastle, e lo ho chiesto «ma professoressa, ma veramente lei pensa di curare i disturbi del comporta-

## SONO MOLTE LE FIGURE PROFESSIONALI ATTIVE NEL REPARTO DI GERIATRIA. UNA RETE DI COLLABORAZIONI ESTREMAMENTE PREZIOSA PER L'ANZIANO

mento con degli estratti delle piante?». E lei mi ha risposto «certo che sì». E da lì è nata una grande passione e un'opportunità nel condividerla con la clinica. Ho anche creato una scuola a Lugano, *Equilibrium Swiss*.

#### In che cosa consiste l'aromaterapia?

L'aromaterapia è nata in Francia. Lì si è diffusa molto. Ci sono ospedali che la usano da vent'anni, ma poi si è scontrata con la limitazione dei fondi disponibili, per esempio le infermiere francesi hanno individuato dei modi per proteggere i diffusori perché mi dicono che se vengono lasciati a portata spariscono... È un qualcosa di straordinario. Ho incontrato esperti di fama mondiale. L'anno scorso abbiamo addestrato più di cento infermieri di pari istituti ticinesi e cominciamo ad usarla in clinica, soprattutto per l'agitazione, i disturbi del sonno e l'ansietà. Perché i disturbi del comportamento sono un problema gravissimo nella gestione dei pazienti Alzheimer. Gli psicofarmaci sono spesso inefficaci e dannosi, e i pazienti con demenza sono tantissimi. È, questo, un primo enorme settore sul quale stiamo indagando. Abbiamo posto le basi per varie studi scientifici che – avendo come centro la clinica, e in collaborazione anche con l'Università di Basilea e di Ginevra e vari istituti ticinesi – partiranno a breve. Nel frattempo noi la usiamo nella pratica quotidiana, sia per i degenti sia per gli ambulatoriali e in certi settori funziona molto bene. L'altro enorme capitolo è quello dei disturbi del sonno. Non c'è praticamente un anziano con non prenda una benzodiazepina, e le benzodiazepine sono estremamente dannose per la salute, non solo perché facilitano tantissimo il rischio di caduta e di frattura, ma studi più recenti ipotizzano che possono avere un ruolo nella genesi della demenza di Alzheimer, cioè che possono arrecare un danno organico al cervello e rendere più precoce o comunque più facile l'insorgenza di una demenza di questo tipo. Anche l'Ente ospedaliero cantonale ha pubblicato di recente un documento in cui si sottolinea la pericolosità e l'eccessivo consumo di questi farmaci. D'altra parte, se un paziente non dorme qualcosa bisogna fare. Ecco, noi pensiamo che vi sia uno spazio gigantesco di sviluppo dell'aromaterapia clinica nel campo dei disturbi del sonno.

