

# Sotto il Sole di Roma



Periodico dell'Associazione Alberto Sordi Onlus

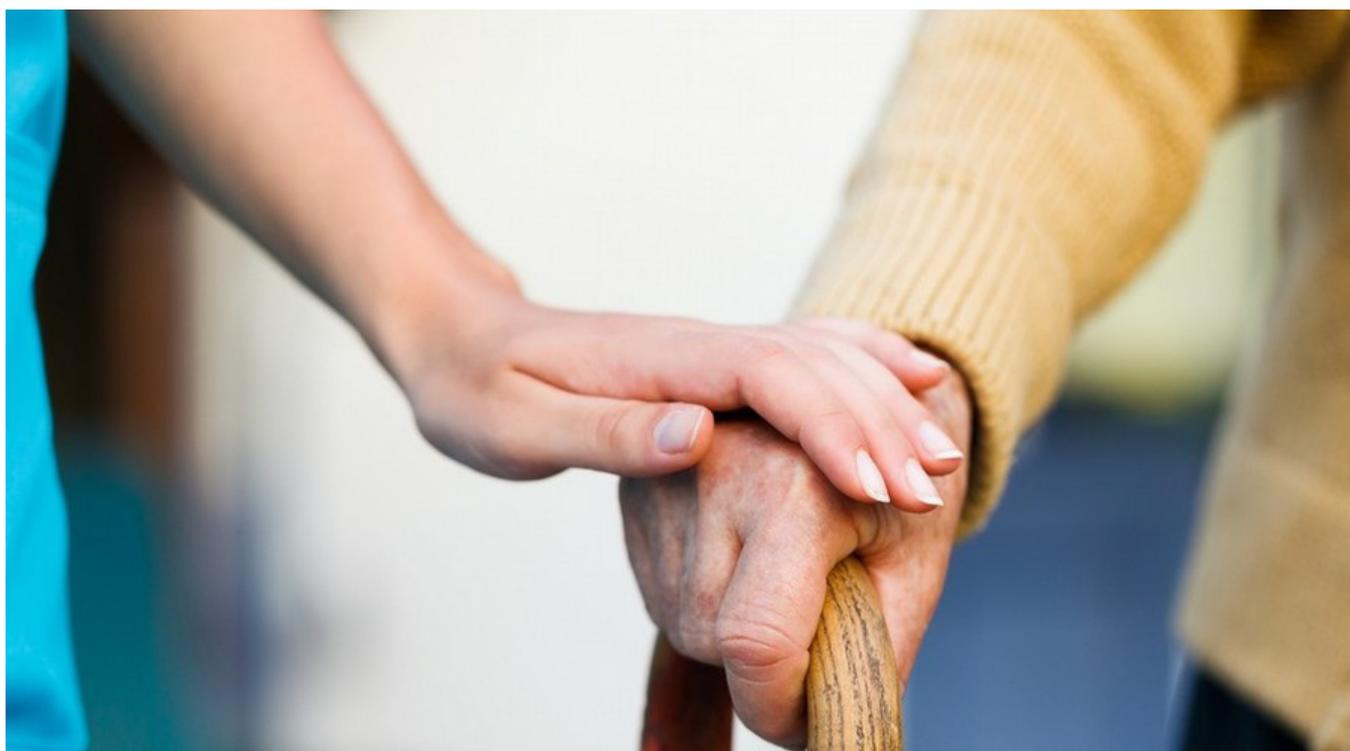
Anno XII - Numero 37  
Novembre 2018  
Spedizione in abbonamento  
postale Roma (comma 2 art.1  
Decreto Legge 24 dicembre  
2003, n.353)

## ASSISTENZA AGLI ANZIANI

**P**er quel che concerne l'intendimento della vecchiaia, tra noi e coloro che sono appartenuti alle generazioni antecedenti alla nostra, c'è una sorta di abisso ermeneutico, che ci è molto difficile poter colmare. Infatti non è più possibile, oggi, considerare la condizione anziana facendo coincidere –secondo un paradigma classico,

acquisizione consolidata che “la vecchiaia è espressione di una biologia in un ambiente”, secondo la felice espressione di Andreoli e che l'ambiente è nozione meta-biologica, nella quale interagiscono dinamiche psicologiche, politiche, sociali, storico-culturali. Ci è stato spiegato dalla demografia come la modernità abbia profonda-

meno meglio che il constatare la mancanza di una parola per designarlo: anche nei documenti ufficiali agli agés seguono i tres agés”, agli young old, la nuova categoria demografica circoscritta tra i sessantacinque e i settantacinque anni, seguono gli oldest old, che superano i settantacinque anni. Gli studi che si sono moltiplicati negli ul-



fortemente consolidato e peraltro in gran parte ancora ampiamente condiviso- la prospettiva ontologica con la prospettiva biologica: non è più possibile, in altre parole, definire cosa sia la vecchiaia analizzandola riduzionisticamente, a partire ad es. dalla perdita della capacità riproduttiva o dal “rallentarsi” dell'attività intellettuale o dal deficit, anzi dal costante e irreversibile degrado, di qualunque altra specifica funzione fisico-biologica. E' ormai

mente modificato la struttura della popolazione nelle società avanzate, destrutturando la caratteristica forma piramidale che ha caratterizzato per millenni il rapporto tra le generazioni ed abbia di conseguenza cambiato radicalmente la nostra percezione della fisicità della condizione anziana. E' cambiata con tale rapidità da non consentire al linguaggio di aggiornarsi: come acutamente osservò Norberto Bobbio “nulla prova la novità del feno-

timi decenni –oltre che più in generale l'esperienza diffusa di cui siamo tutti testimoni- ci hanno convinto dell'infondatezza del paradigma che vedeva l'anziano come un individuo in preda a un progressivo ed inesorabile sfacelo psico-fisico che annientava la sua vita individuale e la sua funzione sociale. In altre parole è divenuto assolutamente obsoleto il motto di Terenzio: Senectus ipsa morbus. “Invecchiare –ha scritto John Eccles- è un concetto relativo. La

# Assistenza anziani

c.d. senescenza è un processo dovuto al rallentamento o alla diminuzione delle possibilità intellettuali, causato da ridotte capacità di apprendimento, memorizzazione e creatività. Ma proprio perché è definita in questo modo, non esiste un'età tipica del suo apparire"

Sono crollati di conseguenza o sono comunque destinati a rimodellarsi stereotipi radicatissimi nella coscienza collettiva. E' crollato lo stereotipo della specifica ammirazione che meriterebbe la saggezza senile, che la qualificerebbe precipuamente per l'attività politica e che, sempre stereotipatamente, in ogni generazione si lamenta che sia andata perduta. Perde di senso, a seguito dell'impressionante innalzamento dell'indice della vita media, l'invidia per l'evento, un tempo rarissimo, della longevità. Perde di asprezza e acquista nuovi connotati di bonomia la tradizionale irritazione attivata dalla vecchiaia dispotica, pretenziosa, arrogante e imbellè, destinata ad essere beffata e punita e che tanto materiale, dall'antichità fino all'Ottocento avanzato, ha sempre fornito a poeti, commediografi e a librettisti d'opera; ma perde simmetricamente di forza il senso di tenerezza attivato da una vecchiaia mite e tornata ad essere pressoché infantile, di cui sono

testimonianza favole e miti (Filemone e Bauci). Ma crolla anche lo stereotipo della atrocità della vecchiaia, la vecchiaia paragonabile a un decayed house, ad una casa in rovina, ritenuta così detestabile, da far apparire auspicabile la morte precoce (si ricordi il detto classico Muor giovane colui che agli dèi è caro, un tema che troviamo ancora nel giovane Leopardi, che spera di non dover mai varcare la detestata soglia della vecchiezza); perdono incisività e si involgariscono nell'immaginario collettivo le fantastiche illusioni di poter trovare una via per conquistare un'Aeterna giovinezza, illusioni che vengono più prosaicamente ma anche con ben maggiore concretezza sostituite dal legittimo desiderio di garantirsi una terza età sana, efficiente, socialmente garantita, sessualmente attiva.

La vecchiaia appare oggi insomma alla stregua di una età della vita caratterizzata sì (peraltro come ogni altra età della vita) da particolari fragilità –e proprio per questo meritevole di doverose e specifiche attenzioni igieniche, biomediche e sociali-, ma non certo come una età in cui debba di necessità, in virtù di una imperscrutabile volontà della natura, affievolirsi il diritto alla salute, come diritto umano fondamentale non

solo alla terapia, ma in senso più lato alla cura.

La riflessione bioetica possiede sotto questo profilo spazi di operatività, soprattutto sociale, davvero sconfinati. Essa deve denunciare tutte le forme di violenza, in gran parte subdole e indirette, cui vengono sottoposti gli anziani. Deve denunciare come un vero e proprio mito quello della ineluttabilità e della progressività del loro declino psico-fisico; e lo deve denunciare come un mito pernicioso, perché è esso stesso in gran parte la ragione della situazione di disagio –sociale, politico, psicologico- in cui nella modernità vengono spesso a trovarsi gli anziani, vittime di dinamiche di emarginazione intollerabili sotto tutti i profili.

Ove la bioetica uscisse vittoriosa da questa battaglia (ma in realtà non è questa una battaglia che si possa vincere una volta per tutte, perché è destinata a riaccendersi ad ogni generazione), non per questo potrebbe ritenere esauriti i propri compiti. Le resterebbe comunque da combattere una battaglia ulteriore, infinitamente più complessa: quella che ha per oggetto non la biologia, ma l'ontologia della condizione anziana in quanto tale. quali Paola Binetti, Isabella Coghi, Carlo Flamigni.

## ANZIANO FRAGILE

I maggiori problemi, anche di interesse bioetico, riguardano gli anziani ai limiti della autosufficienza o non autosufficienti, i cosiddetti anziani fragili, soprattutto ove manchino il supporto della famiglia e sussistano condizioni economiche precarie. Nel nostro Paese l'equazione secondo la quale l'anziano è di per se stesso assimilabile al malato o all'invalido secondo il classico aforisma "senectus ipsa morbus", nei fatti non sembra pienamente superata, quanto meno sotto il profilo strettamente psicologico. È infatti ancora dominante l'atteggiamento di chi ritiene le malattie del vecchio conseguenza dell'invecchiamento e spesso destinate a evolvere fatalmente. La trascuratezza e l'ignoranza portano a confondere l'incedere della vecchiaia con patologie ancora trattabili che, se non diagnosticate e curate, possono essere responsabili della perdita dell'autosufficienza e di costi sociali e umani elevatissimi. Evitare questa drammati-

ca evoluzione è compito precipuo della geriatria, cosa che la distingue dalle altre specialità mediche.

Va inoltre considerato che la sperimentazione geriatrica riguarda essenzialmente le patologie cognitive prevalenti nella terza età, per le quali l'impegno è massimo e i risultati promettenti, mentre viene trascurato lo studio specifico sugli effetti dei farmaci per le patologie comuni al di là di quanto noto dalla medicina interna dove però i soggetti della sperimentazione raramente superano i cinquant'anni. Le persone anziane vengono cioè private dei risultati di studi adeguati su farmaci e interventi e spesso trattate in base a protocolli terapeutici e assistenziali inadeguati e per di più con ricadute economiche considerevoli e non giustificate.

Eppure l'anziano è un paziente particolare, diverso dall'adulto, un malato spesso affetto da polipatologie la cui evoluzione può portare alla disabilità. La somministrazione dei farmaci do-

vrebbe pertanto essere effettuata con accortezza ed essere legata alla specificità del soggetto e del particolare quadro morboso, con grande attenzione agli effetti collaterali, e non dovrebbe semplicemente seguire raccomandazioni e cautele generiche. La limitata sperimentazione farmacologica nell'anziano dovrebbe essere considerata una discriminazione, come se la cura in età avanzata non fosse meritevole di investimenti specifici, piuttosto che essere ritenuta la conseguenza di un atteggiamento prudenziale in rapporto all'età dei soggetti sui quali si sperimenta. L'esperienza dimostra invece che in tarda età è ancora possibile intervenire e curare con successo anche chirurgicamente alcune patologie (come quelle cardiache), con il risultato di offrire al paziente anziano ulteriori anni di vita in buone condizioni di salute. Tra gli esempi che ricorrono nella pratica, si segnala la carenza di interventi geriatrici o psicogeriatrici di supporto nel trat-

# Assistenza anziani

tamento chirurgico di gravi patologie degenerative o traumatiche dell'anca. In questi casi, anche se la protesizzazione è perfettamente riuscita, è possibile che si sviluppi una psicopatologia latente che potrebbe essere evitata con un adeguato e preventivo intervento di sostegno.

Le incongruenze economiche emergono anche dal numero dei ricoveri degli anziani non in linea con i parametri LEA ("Livelli Essenziali di Assistenza")<sup>56</sup>: secondo l'OTE (Osservatorio della terza età) gli anziani 'parcheeggiati' in ospedale, la mancanza di prestazioni sul territorio, la percezione di poter essere curati solo se ricoverati, 'costano' all'Italia, ogni anno, 18 milioni di giornate di degenze improprie che potrebbero esseri evitate con un risparmio di 5,7 miliardi di euro, proprio quelli che, secondo l'organo di vigilanza sul bilancio statale, sarebbero necessari per riequilibrare il deficit del settore. Ad esempio: il trattamento domiciliare degli ultra-ottantenni colpiti da ictus si è dimostrato tanto efficace quanto quello ospedaliero, con la differenza essenziale di garantire una migliore qualità della vita e un numero certamente inferiore di reazioni depressive o evoluzioni negative di psicopatologie latenti.

Di notevole interesse bioetico, oltre che economico, il fatto che i pazienti anziani sono responsabili di oltre la metà della spesa farmaceutica a carico del SSN (51,9%) e delle prescrizioni dei medici di base (53,2%), anche se rappresentano solo il 21,5% degli assistiti<sup>57</sup>. Questi dati potrebbero essere meno preoccupanti se la "Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002" non evidenziasse che le cure sono "inappropriate nel 25% dei casi e causano sprechi di 8 miliardi di euro all'anno". La Società Italiana di Geriatria e Gerontologia ha segnalato 150.000 ricoveri all'anno per gli effetti secondari da farmaci, associazioni erranee o inopportune, assunzione di farmaci sbagliati<sup>58</sup>. È un segno allarmante della situazione di fragilità e di assistenza insufficiente in cui vivono gran parte degli anziani. Spesso sono rischi legati all'impossibilità di muoversi da casa per recarsi dal medico o alla necessità di provvedere da soli in qualche modo. A questo dato, si deve aggiungere quello degli errori nelle prescrizioni ospedaliere, quasi tutti evitabili: sono ben 15 ogni 100 ricette (comunicazione preliminare dalla SIFO, in assenza di

statistiche nazionali ufficiali<sup>59</sup>).

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) potrebbe garantire anche in Italia, come avviene in altri Paesi, un più corretto supporto socio-assistenziale-sanitario, anche se non è agevole disporre di dati affidabili per un confronto a livello europeo in quanto il generico termine di "assistenza a domicilio" comprende un'ampia e diversificata gamma di servizi, spesso con obiettivi e modalità diverse, erogati da più soggetti, pubblici e/o privati, all'interno di ogni singolo Paese. Le punte massime di questo genere di assistenza si registrano in Danimarca (24,6%), la media nei Paesi del Nord Europa è comunque superiore al 10%, ed è molto inferiore nel Sud (sono interessati solo il 3% degli anziani). Secondo il rapporto Censis 2004, meno di un terzo della popolazione italiana ultra-sessantacinquenne è a conoscenza dell'esistenza del servizio di "assistenza domiciliare integrata" (ADI). A complicare il quadro vi è il fatto che buona parte dell'Italia meridionale (circa un quarto<sup>60</sup>) ne è sprovvisto. Inoltre, se il servizio può essere attivato celermente nel Nord Est (entro 48 ore, o al più tardi entro una settimana) a seguito della richiesta alla Asl competente e previo accertamento da parte della Unità di Valutazione Geriatrica integrata dalle consulenze specialistiche, nel Sud i tempi sono decisamente più lunghi (anche oltre un mese).

Eppure la ADI è privilegiata da tutti i governi europei per contrastare il rischio di istituzionalizzazione, per garantire agli anziani una migliore qualità della vita e permettere ancora, ove possibile, un certo inserimento sociale. L'assistenza è migliore sotto il profilo dei servizi e dei costi e risulta largamente preferita dai pazienti che possono rimanere nel proprio ambiente, circondati dalle persone e dalle cose care, con il ricordo dei momenti felici, essendo il ricorso in Ospedale, anche solo diurno, riservato alle riacutizzazioni della patologia o alla necessità di accertamenti. È evidente che l'assistenza domiciliare non può essere imposta ai pazienti e alle loro famiglie. La generosità e l'affetto dei familiari – pur essenziali per ricondurre a una dimensione umana la condizione di emarginazione che spesso il malato e l'anziano devono sopportare – non sempre sono sufficienti a far fronte a problemi complessi che, anche al di fuori delle emergenze, possono

richiedere prestazioni di particolare impegno. Ad esempio, l'influenza delle barriere architettoniche può essere di grave ostacolo alle necessità degli anziani disabili e all'efficacia del trattamento riabilitativo svolto in regime di ADI. Il centro motore e decisionale, naturale anello di congiunzione tra struttura sanitaria e assistiti, è rappresentato dal medico di medicina generale che propone e coadiuva gli interventi specialistici, d'accordo con il paziente finché egli in grado di comprendere e di esprimere un consenso valido. È evidente che la medicina di base talora non è in grado di affrontare i problemi degli anziani, mancano infatti nelle nostre università insegnamenti idonei alla valutazione delle capacità psicofisiche e sociali nella terza età, all'approccio multidisciplinare nello studio del paziente anziano, all'utilizzazione di mezzi diagnostici poco complessi in ambulatorio o presso il domicilio del paziente, alla comunicazione con il paziente anziano che presenta delle sue proprie peculiarità, all'individuazione di alterazioni comportamentali e alla possibilità di un tempestivo e appropriato trattamento. Il geriatra dovrebbe poi rappresentare la principale figura di riferimento nel trattamento del paziente anziano<sup>61</sup> ma spesso non lo è essendo la geriatria assimilata a qualsiasi altra branca medica. Né può la medicina interna vicariale questo ruolo essendo essa diretta essenzialmente allo studio di patologie acute, priva di riferimenti specifici alla polipatologia dell'anziano, alla riabilitazione geriatrica, alla peculiarità della nutrizione del vecchio, etc. Quanto alle strutture residenziali (Residenze Assistenziali [RA], e Residenze Sanitarie Assistenziali [RSA], secondo la terminologia italiana) il confronto con gli altri Paesi è complesso per la disomogeneità di un insieme di caratteristiche organizzative ed economiche, e per le funzioni che debbono assolvere. Un buon esempio è tuttavia rappresentato dalla Danimarca che – come altri paesi del Nord Europa – ha sperimentato iniziative interessanti: dal 1988, dopo un'esperienza ventennale, è prevalsa la scelta politica di non costruire più RSA e case protette e di riconvertire quelle esistenti in abitazioni per gli anziani con servizi flessibili conformi alle loro esigenze. L'esperienza in questi Paesi è tale che gli standard strutturali relativi al comfort erano più avanzati di

# Assistenza anziani

quelli italiani già dal 1967<sup>62</sup>. È più che evidente che la distanza va colmata al più presto per migliorare la disponibilità, l'accessibilità, l'organizzazione, la vivibilità, la qualità dell'assistenza di quel fondamentale presidio rappresentato dalle RA e RSA, tenendo presente che i Paesi del Nord negli ultimi dieci anni stanno sempre più concentrando la loro attenzione sul miglioramento della qualità dell'ambiente e delle prestazioni, eliminando ove possibile gli aspetti più spiacevoli della vita collettiva e favorendo gli spazi di intimità, le cure personalizzate, il rispetto dei ritmi normali della vita quotidiana, fino a superare il concetto di struttura residenziale con l'offerta di "alloggi protetti". Questi ultimi derivano spesso dalla trasformazione delle tradizionali residenze collettive adattate alle esigenze di chi perda autonomia e possa seguire a vivere autonomamente con l'aiuto dell'assistenza domiciliare e la garanzia di una maggiore sicurezza anche per la diffusione delle tecnologie informatiche o telematiche applicate agli alloggi e di strumenti automatizzati di ausilio allo svolgimento delle attività quotidiane. La flessibilità e la personalizzazione dei servizi per quanto concerne le prestazioni integrate sociali e sanitarie è garantita dalla fornitura di pacchetti studiati su misura per i singoli utenti, secondo le politiche di mantenimento dell'anziano al proprio domicilio. Nei Paesi del Sud Europa continua invece a crescere l'interesse per le strutture residenziali tradizionali, peraltro con grande lentezza almeno in Italia, in ritardo nelle strategie di assistenza all'anziano e non ancora in grado di perseguire concretamente scelte di significativo interesse bioetico con il duplice fine di ridurre i costi dell'assistenza e garantire una migliore qualità della vita presso il domicilio dell'anziano. Il servizio sanitario nazionale comunque, pur con le difficoltà quotidiane ben note, resta tra i pochi al mondo in grado di garantire gratuitamente ai cittadini l'assistenza integrativa socio sanitaria. Un aspetto ulteriore da tenere presente è il fatto che il personale infermieristico, e soprattutto quello socio assistenziale,

è spesso purtroppo numericamente carente. Il problema riguarda tutti i Paesi europei dove nell'ultimo decennio il numero dei dipendenti dei servizi residenziali e domiciliari senza qualifica è aumentato di sei volte. I problemi legati al personale possono essere molteplici, frequente in particolare il cosiddetto burn out<sup>63</sup> che può sfociare in gravi crisi depressive soprattutto a contatto con pazienti terminali affetti da neoplasie e da demenza, e che rappresenta la maggiore causa di defezioni. Le caratteristiche del malato psichiatrico (aggressività e comportamenti violenti) possono comportare notevole stress per il personale, che può sfociare in un clima di violenza reciproca.

Il volontariato è d'obbligo, anche per supplire alle carenze, e, con un incremento del 120% circa negli ultimi anni, rappresenta una risorsa determinante e addirittura insostituibile per la tutela della salute, tanto da prestare assistenza a ben otto milioni di anziani e malati<sup>64</sup>, spesso al di là del puro "atto sanitario". Per ulteriori sviluppi della assistenza non rimane che attendere provvedimenti concreti del Parlamento Europeo in riferimento alle proposte presentate e alle più recenti delibere.

Di particolare rilievo sono le patologie psichiatriche che colpiscono l'anziano. Secondo l'OMS la depressione rappresenta la principale causa di invalidità (12% dei casi), in parte funzione anche del modesto grado di cultura, della precaria situazione economica e delle patologie che affliggono l'anziano. La demenza interessa poco meno di un milione di italiani, ma il numero è destinato a raddoppiare entro il 2050 per l'effetto combinato della maggiore aspettativa di vita e del miglioramento dello stato di salute della popolazione generale. Il 60-70% dei casi di grave deterioramento cognitivo che si osservano nell'invecchiamento sono rappresentati dalla demenza di tipo Alzheimer (AD), la cui incidenza aumenta in maniera esponenziale con l'età. I costi diretti e indiretti ammontano a 35-50 mila euro all'anno per paziente<sup>66</sup>. I disturbi sono spesso improntati a tematiche persecutorie o di gelosia che possono condurre a un

gesto drammatico vissuto come ineludibile.

Le alterazioni che coinvolgono la personalità fisica e soprattutto psichica dell'anziano possono scatenare manifestazioni antisociali soprattutto se al disadattamento si aggiungono circostanze ambientali sfavorevoli e l'abuso di alcolici<sup>67</sup>. Le attività criminose del vecchio riguardano in genere lesioni personali volontarie o colpose contro il coniuge e i familiari fino all'uxoricidio<sup>68</sup>, comportamenti pedofili e delitti sessuali<sup>69</sup>. In alcuni casi espressione di problemi caratteriali, depressione o deliri di tipo paranoide.

Talora lo stesso pensionamento – in soggetti predisposti – può dar luogo a reazioni depressive importanti per la sensazione di appartenere ormai alla fascia di marginalità sociale che spesso significa perdita affettiva ed economica soprattutto quando coincide con modificazioni strutturali della famiglia (figli grandi e indipendenti che non guardano più al padre come a un punto di riferimento).

Il grave senso di malessere che talora colpisce l'anziano può essere favorito e aggravato da una serie di altri fenomeni quali il progresso tecnologico, il mutare dei modelli culturali, la crisi delle istituzioni, la progressiva perdita di ideali certi e condivisi in grado di alterare la realtà intellettuale dell'anziano e determinarne l'ulteriore distacco. Questa complessa situazione può creare e sostenere un preoccupante stato di tensione con perdita di finalità e fiducia, paura, sconforto, inefficienza, stati d'ansia e forme depressive anche di notevole rilievo che possono rappresentare l'anticamera.

– in soggetti predisposti – di comportamenti anche violenti che l'anziano può mettere in opera soprattutto contro se stesso. Di solito è colpito l'uomo, ma anche la donna ove gli interessi familiari non rimangano vivi e prevalenti, in quanto il lavoro rappresenta sempre più di frequente oltre che un mezzo di sostegno della economia familiare, una necessità interiore, un bisogno di confrontarsi e di dimostrare le proprie qualità anche al di fuori della famiglia.

Sotto il sole di Roma. Pubblicazione trimestrale edita dall'Associazione Alberto Sordi Onlus

Sito internet: [www.associazionealbertosordi.it](http://www.associazionealbertosordi.it) E-mail: [editoria@associazionealbertosordi.it](mailto:editoria@associazionealbertosordi.it) - Autorizzazione del Tribunale di Roma n.416 del 3/10/2003.

Spedizione in abbonamento postale Roma (comma 2 art.1 Decreto legge 24/12/2003, n.353)

Direzione e redazione: via Alvaro del Portillo 5, 00128 Roma. Tel 06225416805

Direttore responsabile: Stefano Grossi Gondi - Segreteria di redazione e grafica: Valentina Grilli

Stampa a cura della tipografia: Graphein Servizi Srl - Via della Magliana, 1102 - 00148 Roma - Finito di stampare nel novembre 2018