

## INTERVENTO DEL PROF. MARIO BO

*Mario BO, Geriatra  
Professore Aggregato SCU Geriatria e MMO AOU Città della Salute e della Scienza,*

Un ringraziamento alla Fondazione promozione sociale che si è dimostrata, se mi passate il termine, una vera e propria macchina da guerra nell'organizzazione di questo convegno con una riuscita enorme. Un ringraziamento particolare a Maria Grazia Breda perché quello che vedete oggi è, come si suol dire, solo la punta dell'iceberg; in realtà lei è stata la parte attiva nell'organizzare le riunioni, nel recepire tutte le osservazioni e i distinguo di un gruppo di lavoro multidisciplinare, molto composito, anche con discussioni molto accese, ed è stata parte attiva nell'organizzare questo evento. Quindi io credo onestamente che è a lei che si debba ascrivere il successo e la riuscita di questo evento.

Noi oggi siamo qui fondamentalmente per ribadire, se ve ne fosse il bisogno, alcuni punti fermi per quel che riguarda la gestione delle persone anziane malate. Ciascuno con le proprie competenze, clinici, giuristi, eticisti, personalità del mondo laico, religioso, volontari, operatori del servizio sanitario e dei servizi sociali siamo tutti qui oggi nel tentativo di fornire un inquadramento generale delle persone anziane malate, delle loro esigenze, delle loro problematiche dei loro diritti e, come è stato detto, nel un tentativo di fornire un ipotesi di percorso che tenti di combinare in modo economicamente etico e rispettoso il diritto alle cure, da una parte, e, ovviamente, la corretta gestione di quelle che sono le poche risorse economiche disponibili.

Vorrei ora fare una riflessione sul concetto di "salute". Per anni è stato insegnato e detto che la salute è la «condizione di benessere fisico, psichico e sociale completo»: una definizione assolutamente anacronistica e utopica che oggi è stata abbandonata per lo più a favore di una definizione che più o meno dice che «la salute è la capacità di mantenere un discreto livello di autonomia a dispetto delle multiple condizioni sanitarie, fisiche o sociali che minano una persona». Quindi la salute come «mantenimento dell'autonomia». E tautologicamente questo vuol dire che la perdita dell'autonomia è identificata come un problema di salute e, mi permetto di fare un inciso, non di "fragilità" o altri termini che vengono impropriamente usati quando sono estrapolati al di fuori del contesto clinico in cui sono stati conati per identificare specifiche sindromi biologiche. No. Qui parliamo di problemi di salute legati alla perdita di autonomia. E quindi, io credo e l'ho scritto più volte, che il paziente anziano che ha una malattia come la demenza o che sia non autosufficiente, per ragioni di malattia debba sotto ogni punto di vista essere considerato alla stregua degli innumerevoli pazienti cronici oncologici, ematologici, epatopatici, nefropatici e qualsivoglia altro paziente con malattia neurologica cronica.

Com'è stato detto giustamente anche dal professor Isaia: sono tutti pazienti cronici che non possono essere guariti, ma che cionondimeno hanno diritto a ricevere cure adeguate nel contesto e nel rispetto delle contingenze delle more economiche. Per cui mi permetto di dire che non vedo, o almeno non voglio vedere, per quale scopo si voglia far passare l'assioma che un paziente anziano-demente-vecchio sarebbe un problema sociale e non sanitario. Trovo questo un pericoloso

precedente per altre categorie di pazienti con malattia cronica che potrebbero vedersi deragliati dal governo sanitario ad una accezione sociale.

Quanto porta al punto successivo: perché siamo arrivati a questo punto e a queste criticità pur con gli impegni profusi in questi anni? L'ha detto bene il professor Isaia parlando di "Tsunami demografico". Nell'arco di trent'anni la popolazione sotto i nostri occhi è completamente cambiata. Sono aumentati in modo drammatico gli anziani, in particolare i più anziani. E in questa fascia d'età inevitabilmente, pur in un miglioramento complessivo delle condizioni attuali degli anziani oggi, è aumentato il numero di quelli che hanno malattie croniche o demenza. Questo fa sì che le risorse nei diversi setting di cura territoriali, ospedalieri, residenziali, non siano pronte, non siano adeguate per quella che è stata questa rapidissima rivoluzione demografica. In particolar modo, queste carenze oggi si vedono forse di più a livello territoriale e residenziale. Questo fa sì che, evidentemente, in molte circostanze, più volte anche nello stesso paziente, si vede il ricorso al Pronto soccorso e all'ospedale come unica forma diretta, accessibile, immediata alle cure del Servizio sanitario. Per i motivi più svariati: per reali complicanze acute, per malattie cliniche intercorrenti, ma anche molto spesso semplicemente per l'impossibilità a continuare a farsi carico a domicilio di pazienti che spesso hanno una pluralità di problematiche non più gestibili nell'attuale assenza di supporti economici, personali strumentali al domicilio.

Questo genera ingorgo nei Pronto Soccorso, sovraffollamento nei reparti e, lo posso dire serenamente per la mia più che trentennale esperienza, un crescente disagio dei clinici nei confronti di questi malati. Il che rischia di creare un'assistenza anche ospedaliera un po' demotivata nei loro confronti.

Concludo con questa riflessione. Esistono ovviamente diversi modi per uscire da questa impasse. Si sta lavorando. Si sta lavorando sostanzialmente per ridurre il gap temporale perché la crescita demografica è stata più rapida dell'adattamento delle strutture a questa nuova realtà. Con il professor Isaia continuiamo con estrema energia sulla strada che è stata tracciata tanti anni fa dal professor Fabrizio Fabris. E, devo dire, in un'epoca in cui gli anziani erano molti meno, molto più giovani, molto più facili da gestire, molto meno complessi e c'erano molte meno malattie croniche. Quindi era una realtà completamente diversa da quella di oggi.

Purtuttavia, già allora, dopo un'unità ospedaliera per malati acuti, ci si attivò per creare un day-hospital con finalità diagnostiche terapeutiche per gli anziani ancora in grado di muoversi e raggiungere un ospedale. Tutti ricordano il pullmino che andava a casa da prendere gli anziani e li portava in day-hospital. Di seguito ci fu l'intuizione dell'ospedalizzazione a domicilio come soluzione alternativa al ricovero ospedaliero – lo sottolineo, perché nel corso della giornata se ne parlerà, di non confondere assistenza domiciliare con ospedalizzazione a domicilio – che certamente contribuisce a ridurre il carico cui sono sottoposti gli ospedali con risultati molto favorevoli per gli anziani. Volle, Fabris, già in quell'epoca le strutture di lungodegenza per i pazienti dementi non autosufficienti, strutture nella sua visione a conduzione geriatrica, e questa è stata forse l'unica cosa su cui non è riuscito in tutto. In altre parole: trent'anni fa, in presenza di anziani completamente diversi da quelli di oggi, Fabris intravide e tracciò un percorso, che è quello della rete delle continuità delle cure per queste persone che presentano plurime problematiche, croniche e acute, nel corso della loro vita e che quindi richiedono un'estrema flessibilità del

Convegno " LA SALUTE E' UN DIRITTO PER TUTTI. LE CURE SOCIO-SANITARIE PER GLI ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI E LE PERSONE CON DEMENZA SENILE " -

VENERDI' 27 giugno 2014 - TORINO (Corso Bramante, 88) - Sala A.M. Dogliotti "Molinetto incontra" (g.c.)

Servizio sanitario per fronteggiarle nel modo migliore e anche ovviamente nel modo più vantaggioso da un punto di vista economico.

Noi ripartiamo sostanzialmente da qui riaffermando il diritto alle cure delle persone anziane, dementi non autosufficienti, per definire il miglior percorso e accesso alle cure a seconda delle diverse fasi della malattia per rendere disponibili forme di assistenza domiciliare, residenziale, territoriale per tutti quei pazienti in modo da poter ridurre il carico di ricoveri ospedalieri che, tra l'altro, – mi piace sottolinearlo – sono spesso causa per questi pazienti di un rilevante deterioramento psico-funzionale, spesso sono causa di vero e proprio danno iatrogeno e peggioramento clinico. Per cui, in questo momento, non stiamo né soddisfacendo l'aspetto economico, né stiamo, ahimè, curando al meglio queste persone.

Credo che questo convegno ci dovrebbe servire per tracciare un'ipotesi di percorso che sia nello stesso tempo rispettosa delle migliori cure possibili da una parte e dall'altra della gestione economica ottimale per questi pazienti che saranno sempre più numerosi.

Mario Bo