

La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute

Mario Bo, Presidente regionale Piemonte e Valle d'Aosta Società Italiana Geriatria e Gerontologia (SIGG)
Piero Secreto, Presidente regionale Piemonte e Valle d'Aosta Società Italiana Geriatri Ospedalieri e Territoriali (SIGOT)
Antonino Maria Cotroneo, Presidente Piemonte e Valle d'Aosta Associazione Italiana Psicogeriatria (AIP)
Gianluca Isaia, Presidente Piemonte e Valle d'Aosta Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE)

Gli anziani contemporanei sono una **popolazione estremamente eterogenea** in termini di salute generale, che comprende individui che si collocano in un *range* di condizioni cliniche che va dalla completa integrità cognitivo-funzionale alle situazioni caratterizzate da estrema compromissione cognitiva e/o funzionale. Per quanto non esista una correlazione chiara tra carico di patologie e corrispettivo di autonomia funzionale (si può essere completamente autonomi ed integri con cinque o più malattie ed al contrario gravemente non autonomi con una sola patologia), la **perdita di autonomia funzionale è solitamente il risultato di un'interazione tra evento malattia ed invecchiamento.**

La compresenza di multiple patologie croniche o multimorbidità è frequente tra gli anziani, arrivando ad interessare oltre la metà degli ultraottantacinquenni. Tra le malattie croniche più frequenti vi sono le patologie cardiovascolari (ipertensione, insufficienza cardiaca, fibrillazione atriale, cardiopatie valvolari e cardiopatia ischemica), le patologie osteoarticolari (artrite, artrosi, osteoporosi), il diabete, la bronchite cronica, le malattie oncologiche ed oncoematologiche e le malattie neurodegenerative (che spaziano dall'iniziale *cognitive impairment* alle varie forme di demenza). La maggior parte di queste malattie ha **decorso cronico progressivo** che, per quanto arginato dalle terapie attuali, non è per lo più guaribile, ma comunque curabile.

Tali patologie determinano ad ogni età un effetto negativo sullo stato di salute individuale, compromettendo in taluni casi i livelli di autonomia individuale. Ovviamente, nell'anziano

l'effetto negativo delle malattie sul benessere e lo stato di salute individuale è maggiore di quanto si verifica in soggetti più giovani. Cionondimeno, indipendentemente dall'età, **le limitazioni funzionali che conseguono all'insorgenza, al perpetuarsi e all'aggravarsi delle condizioni morbose sono la risultante delle malattie stesse**, siano esse isolate o concomitanti, ed in quest'ultimo caso l'impatto clinico in termini di perdita di autonomia è ovviamente maggiore. In questa ottica è evidente che **non esiste un confine al di là del quale il malato cessa di essere un «paziente» e diventa un «problema socio-assistenziale», a qualsiasi età.** Tuttalpiù si può affermare che un paziente, **di qualsiasi età**, in ragione della perdita di autonomia conseguente a determinate patologie, ad un certo punto del suo decorso sia dipendente da terzi, in tutto o in parte, per l'espletamento delle funzioni vitali quotidiane, altrettanto indifferibili per la sua salute. Va considerato quindi che, in questo caso, oltre alle prestazioni assicurate dal personale sanitario, sono altrettanto indifferibili per la cura, tanto in ospedale quanto a domicilio, gli interventi di igiene personale, l'alimentazione compreso, se occorre, l'imboccamento, le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli ambienti e delle attrezzature, nonché la presenza attiva per le emergenze.

Appare quindi superfluo ma doveroso ribadire che, in ambito sanitario, **non esiste alcuna differenza in termini di esigenze cliniche e di supporto alle funzioni vitali, in malati affetti da scompenso cardiaco o malattia oncologica o osteoarticolare siano essi adulti o anziani**, così come **non dovrebbe esistere alcuna differenza nelle esigenze**

e nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari e di supporto alle funzioni vitali quotidiane tra il malato giovane affetto da una malattia neurodegenerativa cronica (demenza precoce, sclerosi multipla o SLA) ed il paziente anziano affetto da una forma di demenza o qualsivoglia altra patologia neurodegenerativa (Parkinson). Si tratta sempre di malattie croniche, per definizione inguaribili, ma con necessità di cure sanitarie continuative nel tempo e, laddove necessario, coordinate con il settore sociale.

L'ageismo istituzionale discrimina gli anziani malati cronici non autosufficienti

Da questo punto di vista l'impiego di termini come «anziano con perdita di autonomia» o «anziano non autosufficiente» per il paziente anziano affetto da demenza rientra appieno nel concetto di «**ageismo**» (l'insieme di stereotipi, pregiudizi e atteggiamenti discriminatori messi in atto sulla base dell'età anagrafica, cfr. Busca M. T., Nave E., *Le parole della bioetica*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2021). Nel caso degli anziani la specifica forma di ageismo di cui sono oggetto più frequentemente riguarda la loro presunta perdita di autonomia dovuta a fattori anagrafici. In questo ambito si configura la forma più grave di ageismo, che viene definita «**ageismo istituzionale**», quando si mettono in atto discriminazioni nell'accesso alle cure sanitarie o procedure sulla base del mero criterio anagrafico. Rientra inoltre nell'ageismo istituzionale anche il mantenimento di un Servizio sanitario non in linea con la demografia attuale e con le reali esigenze della popolazione anziana, che richiederebbe una maggiore disponibilità territoriale e domiciliare di assistenza sanitaria e sociale. Infine, tale forma di ageismo è oltremodo diseducativa e socialmente deviante perché implicitamente induce gli altri *stake-holders* a vedere nell'anziano non più un malato ma un mero carico assistenziale.

La lezione della pandemia

Il Covid-19 ha evidenziato quanto già era noto: il nostro Servizio sanitario è in ritardo nelle cure di lungo termine che sono la risposta all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche invalidanti che determinano non autosufficienza.

La priorità dovrebbe essere il domicilio quando le condizioni lo permettono. Il Servizio sanitario dovrà rispondere con azioni innovative: l'estensione di servizi di ospedalizzazione a domicilio, riorga-

nizzazione del lavoro in equipe dell'ADI (Assistenza domiciliare integrata), contributi o assegni di cura a supporto delle funzioni vitali quotidiane, laddove il domicilio è una concreta alternativa al ricovero.

Conclusioni

In sintesi, due elementi costituiscono il comune denominatore di tutte le condizioni di non autosufficienza: la presenza di una o più malattie alla base della perdita di salute e la necessità di cure volte alla fase cronica così come alle complicanze e riacutizzazioni che ne segnano il decorso.

Ne scaturiscono quindi alcune implicite considerazioni:

A. il dovere di considerare la non autosufficienza per malattia/e a qualsiasi età e in particolare nell'anziano come un problema di salute;

B. il diritto di questi pazienti a usufruire di livelli adeguati di cure all'interno di una rete dei servizi (ospedalieri, territoriali domiciliari, ecc.) in relazione allo stato delle malattie e dalle esigenze di cure acute o croniche;

C. il diritto a ricevere prioritariamente, laddove possibile, a domicilio cure e prestazioni adeguate da personale (medico, infermieristico, operatori socio sanitari, ecc.) qualificato nei diversi settings di cura e contributi economici per le prestazioni a supporto delle funzioni vitali quotidiane;

D. il diritto dei pazienti anziani a ricevere cure mediche, per malattie acute e croniche nei *settings* di cura idonei a minimizzare l'insorgenza e l'impatto delle più comuni complicanze relative alla convenzionale degenza ospedaliera (delirium e declino funzionale) al fine di preservare o migliorare l'autonomia funzionale e l'autosufficienza.

L'accettazione ed il rispetto di questi principi rappresentano un cardine **eticamente e costituzionalmente** irrinunciabile nell'organizzazione sanitaria dei principali Paesi occidentali, non solo per il bene primario dei pazienti, ma anche nell'interesse dell'amministrazione politica ed economica dei Paesi.

È infatti ampiamente documentato dalla letteratura medico-scientifica contemporanea che una corretta e specialistica gestione dei Servizi sanitari per pazienti non autosufficienti (Rsa, strutture intermedie e riabilitative, prestazioni socio-sanitarie domiciliari, reparti ospedalieri) si traduce non solo in una miglior qualità delle prestazioni erogate ma anche in consistenti risparmi economici per l'amministrazione pubblica, principalmente derivanti da un minor ricorso alle cure ospedaliere.