

VINICIO ALBANESI

ANZIANI DEPORTATI

SOMMARIO

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE.....	5
OSPEDALIZZAZIONE	10
ISTITUZIONALIZZAZIONE	15
LA TRAGEDIA DEL COVID.....	18
IPOTESI DI MANIFESTO	21
IL DOPO COVID. UNA PROPOSTA DI RIFORMA.....	25

INTRODUZIONE

In questi mesi di pandemia abbiamo assistito, giornalmente, alla lettura dei dati delle persone infettate, dei ricoveri in terapia intensiva, delle morti, dei guariti, in Italia e nel mondo a causa del Covid-19.

L'ossessione dei dati è stata accompagnata da commenti, video, testimonianze, rabbie, richieste di giustizia, per conoscere perché così tante morti e perché così numerose sono state fra le vittime le persone anziane. Terribile il video degli autocarri dell'esercito a Bergamo che accompagnavano le bare in varie località lontane dai luoghi dove le persone erano morte.

Il 20 aprile scorso, in un [intervento su Redattore Sociale](#), ho scritto:

"In questi giorni si è fatta intensa la discussione sulle morti di persone anziane nelle residenze a loro dedicate. Sulle responsabilità di una tale decimazione, diverse Procure d'Italia hanno aperto fascicoli contro ignoti. Non si tratta di verificare solo se sono state approntate le doverose misure di isolamento. Il coronavirus offre un'occasione drammatica per ripensare le scelte fatte, che mai nessun Tribunale processerà.

L'attenzione futura è per lo schema che abbiamo costruito negli ultimi anni: spazi riservati a persone che "non possono" rimanere nelle loro case, offrendo loro un'alternativa. Sembrava una soluzione all'avanguardia: spazi adeguati, personale addetto, cibo controllato. Il dubbio è che, anche senza volerlo, abbiamo progettato la "deportazione" di chi è vecchio. Gente non più utile

che non può essere d'impiccio a chi ha da fare.

Abbiamo offerto strutture che tolgono colori, sapori, odori, utensili, foto, ricordi. Abbiamo tolto loro la casa. Gli operatori, pagati con contratti al minimo, diventano robot freddi e veloci. I loro compagni di stanza specchi della fine. Lo schema è diventato di comune sentire: ha coinvolto tutti. Abbiamo costruito residenze protette e infermerie per ognuno, tutti compresi, purché vecchi e malandati. [...] I meccanismi dedicati all'ultimo tratto di vita non possono restare anonimi, meccanici, disumani. Terribile lo schema di titolarità che passa la gestione dall'ente territoriale a qualche partecipata e infine alle cooperative. Nemmeno fossero pacchi da smistare o semplici destinatari di pubblicità. Eppure costringiamo le persone a passare anni in una stanza, in compagnia di chi sta come o peggio di te. Le giornate in strutture enormi per garantire l'economia di scala, con ritmi di sonno e sveglia programmati, con cibo talmente igienico da diventare vomitevole non sono prospettiva di vita, ma semplice triste sopravvivenza, dimostratasi nemmeno sicura. Il progetto costruito è da smantellare: almeno non cumulare gli anziani in numero eccessivo, personalizzare la presa in carico; coinvolgere qualche familiare, creare un clima comunitario. Molti non finirebbero all'ospizio, se si sostenesse, anche economicamente, la famiglia d'origine, gestendo le odiate, ma utili badanti. I nostri cari

hanno diritto a godere della memoria della loro vita. Hanno offerto a noi il benessere di cui godiamo; restituire quanto ricevuto è dovere”.

Ritorno ora su questo tema, approfondendolo, perché credo che il “trattamento” delle persone anziane “istituzionalizzate” e non, vada al di là dell'emergenza della pandemia.

Tra l'altro, nella cosiddetta fase 2 della “ripartenza”, e poi ancora oltre, l'attenzione è tutta dedita alla questione economica. I

bollettini oggi dicono semplicemente il numero di contagiati e deceduti, senza alcuna emozione e partecipazione.

Sono i morti più sfortunati perché considerati solamente numeri: l'attenzione è rivolta ai bar, negozi, chalet, chiese, partite di calcio e quant'altro è chiamato “ripartenza”.

Senza voler intristire nessuno, la lezione degli oltre 30 mila morti non può essere sepolta dal desiderio di chi pensa di continuare, senza che nulla cambi.

28 maggio 2020

CAPITOLO PRIMO

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

I dati Istat (2019) con particolare attenzione agli **“aspetti di vita”** degli over 75 offrono il seguente quadro.

I residenti in Italia che al primo gennaio 2019 hanno compiuto i 75 anni di età sono oltre 7 milioni (7.058.755), l'11,7% del totale della popolazione, donne nel 60% dei casi. Sono oltre 4 milioni e 300 mila (4.330.074) ad aver raggiunto e superato gli 80 anni, 774 mila (774.528) ad aver compiuto 90 anni: l'incidenza della popolazione femminile, notoriamente più longeva degli uomini, aumenta di 10 punti percentuali tra gli ottantenni e i novantenni, passando rispettivamente dal 63% al 73%.

Sono invece 14.456 le persone residenti in Italia che al primo gennaio 2019 hanno compiuto i 100 anni di età, donne nell'84% dei casi. Tra i centenari si contano ben 1.112 semi-super centenari, ovvero persone che hanno spento almeno 105 candeline, fra le quali la quota di donne sale all'87%. La piramide delle età al 1° gennaio 2019 mostra chiaramente la struttura per età molto anziana della popolazione residente in Italia: per 100 giovani tra 0 e 14 anni ci sono 173 persone con 65 anni e più.

In coppia sette uomini su 10, le donne tre su 10

Nel 2019 vive in coppia il 44,5% degli anziani di 75 anni e più. Tale situazione caratterizza maggiormente gli uomini, il 67,8% dei quali vive in coppia (rispetto al 29% delle donne). Tuttavia, tale distanza si è andata riducendo

nel tempo: infatti la quota di donne anziane che vivono in coppia è aumentata di circa 8 punti percentuali negli ultimi venti anni (era il 20,9 % nel 1998). La quota di quanti vivono in coppia scende al 36,4% tra le persone di 80 anni e più.

Le donne vivono più frequentemente da sole (49,2% contro il 21,7% di uomini), soprattutto le ultraottantenni (55,4% contro un quarto degli uomini). La quota di persone di 75 anni e più che vivono sole è più alta tra coloro che abitano nelle aree metropolitane (54,1% per le donne e 27,6% per gli uomini).

Forti legami, nello stesso comune

Il nostro è un paese con forti legami intergenerazionali e se le famiglie sono diventate sempre più strette e lunghe e gli anziani vivono sempre più spesso soli, ciò non vuol dire che essi si trovino in una situazione di isolamento sociale. In Italia il 60% degli anziani abita nello stesso comune del figlio. In particolare il 20,9% vive con i figli, il 15,1% nello stesso caseggiato e il 25,8% entro 1 km. Solo lo 0,9% ha figli lontani all'estero, il 5% a più di 50 km. Gli anziani che vivono soli e non hanno figli sono l'8,9%. Tra quelli che vivono da soli e hanno figli, il 56,4% è abituato a vedere i figli giornalmente, più le donne che gli uomini (60,5% contro 43,4%).

Fra le persone di 75 e più che vivono da sole, due su tre hanno almeno un nipote. Abitando nello stesso comune, per il 74% di questi anziani la distanza abitativa con il nipote più

vicino è decisamente contenuta e nel 40% dei casi i contatti sono settimanali.

Malattie croniche

Il 42,3% delle persone di 75 anni e più è multicronico, cioè soffre di tre o più patologie croniche. Tale quota è più elevata per chi vive nel Mezzogiorno (52% rispetto al 36,3% nel Nord e al 42,7% nel Centro) e tra le donne (48,1% rispetto al 33,7% tra gli uomini), raggiunge il 47% tra le persone di 80 anni e più (rispetto al 35,6% delle persone di 75-79 anni).

La quota di anziani che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere gravi limitazioni nelle attività che le persone generalmente svolgono, è pari al 22% (18% tra gli uomini e 24,7% tra le donne) per salire al 27,7% tra gli ultraottantenni (22,9% tra i maschi e 29,8% tra le femmine).

A non avere alcuna limitazione nelle attività della vita quotidiana sono comunque il 41,4% degli uomini e il 31,2% delle donne ma le differenze territoriali e sociali sono particolarmente rilevanti. Infatti, la quota di anziani senza limitazioni è maggiore tra le persone con almeno il diploma (46,5% tra gli uomini e 38,5% tra le donne) e tra gli anziani residenti al Nord (44,6% tra gli uomini e 35,6% tra le donne), mentre diminuisce tra chi possiede al massimo la licenza elementare (37,9% tra gli uomini e 27,8% tra le donne) e tra chi risiede nelle regioni del Mezzogiorno (36,8% tra gli uomini e 24,1% tra le donne).

Animali da compagnia

Sempre secondo il rapporto *"Aspetti di vita degli over 75"* dell'Istat, il 12,1% delle famiglie di soli anziani di 75 anni e più ha uno o più cani (443 mila famiglie). La quota è più alta (15,5%) se la famiglia è composta da una coppia (con o senza figli) o da fratelli o amici

che vivono insieme, più bassa se gli anziani vivono da soli (11%).

Sono soprattutto le famiglie di soli anziani residenti in comuni piccoli o medi (meno di 50mila abitanti) ad avere un cane (16,1%). La quota si riduce se le famiglie risiedono nei grandi comuni (più di 50mila abitanti) o in quelli centro e periferia di aree metropolitane (7,1%).

Un giardino privato

Nel 2019 il 40,9% della popolazione di 75 anni e più vive in un'abitazione con giardino privato e il 79,8% dichiara di avere un'abitazione dotata di terrazzo o balcone. Nel complesso il 90% della popolazione anziana dispone di almeno uno di questi spazi esterni.

La quota di anziani che vivono in un'abitazione con giardino privato è più alta nel Nord-est (58,4%), in particolare in Veneto (64,9%) e Friuli-Venezia Giulia (69,4%) e decisamente più contenuta nel Mezzogiorno (29,2%), con Sicilia e Sardegna che presentano situazioni molto diverse (rispettivamente 15,8% e 56%).

Il vantaggio di poter fruire di un giardino privato dipende anche dalla dimensione del comune: gli anziani che ne dispongono sono infatti oltre il 58% nei comuni fino a 10mila abitanti e solo l'11,2% nei comuni centro di un'area metropolitana.

Ad avere un terrazzo o balcone in casa sono soprattutto gli anziani residenti nel Nord-ovest (oltre l'89% in Piemonte e Valle d'Aosta) e in Sicilia (89,6%). I valori più bassi si riscontrano in Sardegna (69,4%) e nel Veneto (65,7%). La disponibilità di questi spazi varia, inoltre, da oltre l'83% nei comuni centro e periferia dell'area metropolitana al 75% dei comuni tra 2.001 e 10mila abitanti.

In un caso su dieci (9,9%) la popolazione anziana non può contare su spazi esterni. Questa situazione è lievemente più diffusa nelle regioni del Centro (12%) e del Sud (13%).

L'1,8% delle persone di 75 anni e più si trova in una condizione di grave deprivazione abitativa, un valore più basso rispetto al 5% della popolazione totale. Si tratta di anziani che vivono in un'abitazione sovraffollata e che presenta almeno un problema (problemi strutturali o abitazione priva di bagno/doccia o problemi di luminosità).

Sembra un quadro triste per il gran numero di persone che hanno un'età grande. Eppure ciascuno, superata l'età adulta, spera di campare: a lungo, in salute, godendo di quanto costruito. Spesso si ricorre alla "memoria": parola che ha il vantaggio di far presente il passato, ma che nasconde un velo di tristezza, quasi che la vita è già finita, con la spinta di chi è più giovane e ha diritto a vivere.

È la concezione che la società attuale ha inculcato e fatta diventare dominante. Sembra, secondo i canoni correnti, che la vita sia stata ristretta, togliendo dallo scorrere del tempo le fasce dell'inizio e quelle della fine.

Eppure la vita è una continuità che prevede nascita e morte, sviluppo e declino. La persona si forma nell'età infantile: diventa piena con il trascorrere del tempo. Se poi qualcosa non funziona (sia nell'infanzia che nella vecchiaia) è una tragedia: si attiva "lo scarto" per tutta la vita, come chiama il fenomeno Papa Bergoglio. Il perché di una tale impostazione è da ricercare nell'esaltazione del bello, forte, ricco, celebre, in una gara che coinvolge non solo l'estetica, ma anche la stima delle persone. Con una sola eccezione: che la persona, pur di grande età, sarà "significativa" se possiede ricchezza, importanza, potere. A quel punto, grazie alle disponibilità che ha, non fa più

parte dello scarto, ma diventa personaggio ossequiato e invidiato.

Una strana civiltà che seleziona non su criteri di dignità e di rispetto, ma sui poteri offerti dalle competenze e dai domini.

Le pensioni

La gran parte delle persone anziane vive di pensione. Le pensioni in Italia sono oltre 17,8 milioni e valgono 208,8 miliardi di euro di cui 187 miliardi sostenuti dalle gestioni previdenziali. I dati sono dell'[Osservatorio sulle pensioni erogate dall'Inps](#) pubblicato nel marzo 2020, che analizza i dati del 2019.

13.862.598 sono di natura previdenziale, derivanti da contributi (vecchiaia, invalidità e superstiti), versati durante l'attività lavorativa.

Le rimanenti sono costituite dalle prestazioni erogate dalla gestione degli invalidi civili (comprehensive delle indennità di accompagnamento), prestazioni per sostenere una situazione di invalidità congiunta, a situazione di reddito basso.

L'importo medio mensile della pensione di vecchiaia è di 1.248,22 euro e presenta il valore più elevato nel settentrione, con 1.311,61 euro. Gli uomini percepiscono pensioni mediamente più elevate rispetto alle donne, arrivando ad essere quasi il doppio (+89,2%) nel settentrione per la categoria "vecchiaia".

Le [statistiche curate dal Coordinamento generale statistico attuariale](#) dell'Inps, e basate sui numeri del 2018, segnalavano come il 61,3% delle pensioni abbia un importo inferiore a 750 euro. Questa percentuale, che per le donne raggiunge il 74,5%, rappresenta però solo una misura indicativa della "povertà", poiché molti pensionati sono titolari di più prestazioni pensionistiche o comunque di altri redditi.

2.743.988 invalidi civili iscritti all'Inps percepiscono una pensione media di 495 euro al mese, così distribuita:

- 582.730 con un importo di 293,77 euro
- 1.764.164 con importo di 493,66 euro
- 397.094 con importo 796,73 (comprensivo di indennità di accompagnamento)

Cure mediche

Molti studi e ricerche si occupano delle malattie della vecchiaia, in Italia e nel mondo. L'esperienza quotidiana è già sufficiente a comprendere ciò che i tecnici chiamano multimorbilità. Uno studio europeo del 2016 (JACHRODIS) sull'invecchiamento e le malattie croniche cita il diabete mellito di tipo 2, malattie cardiovascolari e cancro.

Il numero totale stimato di persone con multimorbilità nell'Unione europea è di circa 50 milioni. La multimorbilità ha la massima prevalenza tra gli anziani. La multimorbilità è associata a disabilità e declino funzionale, aumento dell'uso della polifarmacia, ricoveri più lunghi, minore qualità della vita, scarsi risultati sulla salute e mortalità prematura più elevata.

Per l'assistenza a lungo termine. Pur condividendo gli stessi valori, tra cui l'universalità, l'accesso a cure di buona qualità, equità e solidarietà, i sistemi sanitari in tutta l'Ue differiscono sostanzialmente. Pertanto, una delle maggiori sfide per l'Europa è trovare un approccio unificato per affrontare il problema sanitario, sia in fase acuta che a lungo termine. I maggiori impedimenti per raggiungere questo obiettivo sono

- le differenze nel finanziamento dei sistemi sanitari, i diversi livelli di accesso alle cure mediche

- funzioni del personale medico nei diversi paesi.

I valori dell'Irpef (tasse degli italiani) per il 21% serve a pagare pensioni e sussidi; il 20% va alla sanità; l'11% è per l'istruzione; l'8.9% viene speso per la difesa, la sicurezza e l'ordine pubblico. Nella completezza della ripartizione il 6% è destinato a sostenere l'economia e il lavoro, il 4,8 i trasporti, il 2,4% per la protezione dell'ambiente, il 2,2% per la cultura e lo sport.

Se queste sono le disponibilità generali, è difficile capire come sono destinate le risorse per gli anziani.

Per quanto attiene la mobilità delle persone anziane, un rapporto Istat "[\(Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea](#)", 26 Settembre 2017) dichiara che a colpire maggiormente la terza età sono l'ipertensione (il 50,2%) e l'artrosi (47,9%), ma destano preoccupazione anche il diabete (il 17,9%) le gravi limitazioni motorie (il 23,3%), le gravi limitazioni nella vista (il 5,6%).

Nel nostro Paese la grave riduzione di autonomia configura una situazione critica nel caso di anziani che vivono soli: si tratta di circa 600mila persone con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (43,2%). Le donne riportano meno frequentemente malattie croniche gravi, ma soffrono maggiormente di patologie croniche e limitazioni motorie o sensoriali. Lamentano, inoltre, più degli uomini dolore fisico da moderato a molto forte (il 45,4%).

Longevità

Nel corso dello scorso secolo, la durata media della vita nei paesi industrializzati è raddoppiata. Nel 2019 nel mondo vivevano 703 milioni di persone di età pari o superiore a 65 anni nel mondo: rappresentavano il 9% della popolazione globale (erano il 6% nel

1990) ma si prevede che diventeranno il 16% entro il 2050, quando il numero di persone con almeno 65 anni dovrebbe toccare il miliardo e mezzo. Fra trent'anni, insomma, una persona su sei nel mondo avrà un'età pari o superiore ai 65 anni. ([United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019](#))

L'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo. Nell'Ue è al terzo posto dopo la Francia e la Spagna. La speranza di vita a 65 anni è di 83,9 anni per gli uomini e 87,2 anni per le donne, superiore di un anno per entrambi i generi rispetto alla media Ue, ma dopo i 75 anni gli anziani in Italia vivono in condizioni di salute peggiori.

In termini di qualità degli anni che restano da vivere, ovvero in buona salute e senza limitazioni, l'Italia è ai livelli più bassi, sia

rispetto alla media dei paesi europei, sia rispetto agli altri grandi paesi europei, soprattutto per le donne.

Il 30,8% delle persone di 65-69 anni dichiarano almeno una patologia cronica grave, quota che raddoppia tra gli ultraottantenni (59%).

Il 37,6% delle persone di 65-69 anni riporta almeno tre patologie croniche a fronte del 64% degli ultraottantenni. Nel caso delle limitazioni motorie, l'incremento delle prevalenze è ancora più rilevante, passando dal 7,7% tra gli anziani di 65-69 anni al 46,5% tra quelli di 80 anni e più. Le limitazioni sensoriali (gravi difficoltà nella vista o nell'udito) passano dal 5,1% al 29,5%, con una quota complessiva di anziani pari al 5,6% che riferisce gravi difficoltà di vista e il 12,2% gravi difficoltà di udito.

CAPITOLO SECONDO

OSPEDALIZZAZIONE

Lo schema di presa in carico delle persone anziane con problemi di salute è composto da una filiera che prevede:

- Ospedale per acuti
- Ospedale con funzione di riabilitazione
- Rete territoriale delle cure intermedie o lungodegenza post-acuzie
- Rete delle strutture residenziali e semiresidenziali sociosanitarie e sociali
- Casa d'origine con assistenza al domicilio (ADI/SAD; badante)
- Casa di riposo

Iniziamo dalla fase acuta. Nel volume “Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale” curato da Enrico Brizioli e da Marco Trabucchi, edito nel 2014 da Maggioli (e poi ripreso da [Prospettive assistenziali, n. 191, luglio-settembre 2015](#)), sono state indicate le caratteristiche del cosiddetto “ospedale amico dell'anziano”:

1. Pazienti con patologie acute hanno accesso ai servizi ospedalieri indipendentemente dall'età e dalla residenza (ad esempio le case di riposo); dove non si ha un'adeguata assistenza territoriale, il ricorso all'ospedale è legittimo sul piano civile e doveroso sul piano clinico per qualsiasi categoria di cittadini. Più i pazienti sono fragili e maggiori devono essere le attenzioni rivolte a loro.
2. La continuità assistenziale nell'ospedale rappresenta la norma e i pazienti non devono essere trasferiti di letto, se non per esigenze cliniche. Nel trasferimento ad altra équipe è prioritario attuare un'adeguata presa in carico, attraverso il passaggio di dati informatizzati e il contatto diretto fra gli staff.
3. In ogni reparto, compreso il pronto soccorso, vi deve essere un team medico stabile, focalizzato sull'assistenza complessiva del paziente.
4. L'accesso all'assistenza specialistica è assicurato a tutti i pazienti e deve essere coordinato da un unico professionista, chiaramente identificabile ed in particolare quando coinvolge pazienti anziani con comorbidità.
5. I livelli assistenziali disponibili in ospedale devono tener conto dell'urgenza e della complessità della patologia e il rapporto pazienti/infermieri deve essere dimensionato tenendo conto di tali fattori e delle caratteristiche del paziente (in particolare quelli affetti da difficoltà cognitive o altre fragilità, che richiedono maggiore attenzione anche nelle normali pratiche assistenziali).
6. Le competenze e le capacità del team medico devono essere disponibili per tutti i pazienti ospedalizzati, anche quelli nei reparti chirurgici, perché molto spesso affetti da più malattie, oltre a quelle che hanno determinato il ricovero, le quali – a causa delle particolari condizioni di salute e ambientali – possono facilmente scompensarsi.
7. L'ospedale deve porre attenzione nell'offrire alternative ai ricoveri urgenti attraverso la realizzazione di ambulatori nell'area dell'emergenza, dove siano disponibili anche consulenze specialistiche. In molti casi l'istituzione di

reparti di Osservazione Breve Intensiva Geriatrica permette di rispondere al bisogno senza incorrere nei rischi che l'ospedalizzazione prolungata può indurre nella persona anziana non autosufficiente.

8. È indispensabile focalizzare sulla pianificazione dell'assistenza una parte rilevante del lavoro clinico e organizzativo durante la degenza, al fine di ottimizzare le dimissioni delle persone che non sono in condizioni di affrontare un periodo anche breve di non "copertura" clinico-assistenziale.
9. I servizi sociali e sanitari del territorio devono essere organizzati in modo da accogliere i pazienti dimessi dall'ospedale con tempestività e quindi con capacità di operare 7 giorni alla settimana.

La situazione reale mostra in realtà carenze organizzative e assistenziali importanti.

L'accesso all'ospedale generalmente non ha una via "dedicata" agli anziani, ma prevale la procedura del triage per le emergenze. In conseguenza, eccetto per i casi gravissimi, l'anziano rimane presso posti letto dell'OBI (Osservazione breve intensiva), in attesa di una collocazione adeguata. Quasi sempre gli anziani sono accolti in reparti di medicina generale, se non collocati, magari provvisoriamente, presso altri reparti.

I geriatri in Italia sono appena 2.000 e molti piccoli ospedali non hanno né reparto geriatrico, né geriatri.

Le criticità durante i ricoveri

Sono stati identificati diversi fattori che possono causare una condizione di non autonomia acquisita, tra i quali alcuni derivano dall'ospedalizzazione. Studi scientifici da parte della Società italiana di

Gerontologia e geriatria (Sigg) indicano tali rischi.

Il "[Manuale delle competenze in geriatria](#)" indica le ipotesi di criticità, che qui di seguito riporto.

"Circa il 75% delle persone con 75 anni o più, funzionalmente indipendenti al ricovero in ospedale da casa, non sono più funzionalmente autonomi alla dimissione; il 15% delle persone ultra75enni è dimesso con ausili di complicata gestione. La tendenza a ricoveri ospedalieri brevi seguiti da assistenza e riabilitazione subacuta può spiegare il fenomeno e la necessità di una complicata *long term care*. Inoltre, le cure ospedaliere agli anziani seguono tradizionali protocolli con ampi riferimenti alla *evidence based medicine* che con difficoltà è trasferibile alla popolazione anziana con multipatologia; la frequente politerapia (>5 farmaci), nonostante il noto rischio iatrogenico, è la conseguenza; si deve evitare la prescrizione di *potentially inappropriate medication* o PIM. Si ricorda che in Italia circa il 5% dei ricoveri ospedalieri è costituito dal ritorno forzato in ospedale di un paziente dimesso meno di 30 giorni prima per una complicazione dovuta in genere alla cattiva gestione delle prime dimissioni: il problema riguarda molto spesso la popolazione anziana che non ha a disposizione un'adeguata rete di servizi per gli anziani. Il declino funzionale è una delle conseguenze negative più comuni e di vasta portata del ricovero ospedaliero del paziente anziano con ricadute anche sulla famiglia e sul sistema sanitario nazionale.

Il declino si mantiene a lungo fino ad un anno dopo le dimissioni; quando poi nei tre anni successivi non vi è un recupero in termini di funzionalità, aumenta il rischio di istituzionalizzazione, disabilità permanente e morte. La corretta rilevazione di questi aspetti può permettere l'individuazione di situazioni target in cui è necessario un

intervento preventivo. Tra i fattori psicosociali rilevanti in questo contesto di fragilità c'è sicuramente il sostegno sociale da parte dei *caregiver* informali, soprattutto quando questi sono i familiari del paziente ricoverato. I congiunti sono una risorsa importante in quanto fungono da ponte tra l'ambiente del quotidiano e l'ambiente disorientante, sconosciuto e complesso dell'ospedale. Nei contesti strutturati di tipo multidimensionale (che riguardano non solo gli aspetti medico-clinici, ma anche quelli psicologici e sociali), i membri della famiglia divengono parte integrante dell'équipe coinvolta nella cura. Ci sono problemi di organizzazione ospedaliera: per esempio, la limitazione della mobilità fisica, dovuta alla terapia infusiva o al catetere vescicale, risulta essere correlata con la riduzione della funzionalità a breve e a lungo termine, con la diminuzione delle ADL (Activities of Daily Living, ossia le attività della vita quotidiana in cui la persona è autonoma) e con l'aumento del rischio di morte.

Anche la malnutrizione concorre al declino funzionale al momento delle dimissioni in quanto è spesso il risultato di periodi prolungati di ricovero, in cui da prescrizione medica l'assunzione orale di cibo liquido e solido è limitata nell'accesso o è diversa rispetto alle preferenze del paziente.

Il prolungato allettamento e l'inattività fisica sono deleteri e devono, per quanto possibile, essere evitati.

Nei pazienti fragili, confusi o immobili viene spesso preferito l'utilizzo di dispositivi per la diuresi e la defecazione, quali pannoloni e cateteri urinari; per il personale infermieristico è più facile offrire tali dispositivi temporanei piuttosto che attivare interventi finalizzati al mantenimento dell'autonomia.

Anche la polifarmacoterapia rientra tra i fattori capaci di ridurre l'autonomia

dell'anziano ospedalizzato; essa ha spesso conseguenze avverse, come ad esempio essere concausa nelle cadute. I risultati negativi connessi all'assunzione dei farmaci si verificano 2,5 volte in più negli ultrasessantacinquenni rispetto ai più giovani.

I farmaci attivi sul sistema nervoso centrale sono da usare con cautela in quanto possono indurre cadute e delirium.

Lo stesso ambiente ospedaliero in termini di strutturazione, ritmi delle attività e sovraffollamento risulta essere per l'anziano - in presenza o meno di deterioramento cognitivo - un luogo rumoroso, sensorialmente e socialmente deprivato e nel complesso quindi disorientante. Tali aspetti ambientali non solo scoraggiano l'anziano alla mobilità, quando concessa, ma incrementano anche la confusione".

Continua ancora il Manuale delle competenze in geriatria:

"L'età, i livelli bassi di ADL (attività di vita quotidiana: lavarsi, vestirsi, nutrirsi...) all'ingresso ed il funzionamento cognitivo sotto i livelli normativi sono predittori significativi del declino funzionale durante l'ospedalizzazione.

I sentimenti che accompagnano l'ospedalizzazione dell'anziano sono: senso di inutilità, solitudine, paura delle pratiche mediche a cui vengono sottoposti, che spesso non sono oggetto di spiegazione e condivisione da parte del personale sanitario.

I sintomi depressivi sono molto comuni nei pazienti anziani e i disturbi dell'umore spesso legati alla degenza non si estinguono con la dimissione.

Anche il delirium è un sintomo diffuso, che colpisce più di un paziente su cinque tra gli anziani ricoverati.

Le persone che sviluppano delirium mentre ricevono assistenza sanitaria per problemi medici, neurologici e chirurgici, hanno un rischio elevato di morte, di istituzionalizzazione e di morbilità durante e dopo la degenza; il delirium espone i pazienti ad un maggior rischio di persistente declino delle prestazioni cognitive; il delirium e la demenza possono coesistere e questo rende difficoltosa la diagnosi differenziale.

L'anziano che sviluppa il delirium durante la degenza ospedaliera sarà più probabilmente istituzionalizzato; avrà, inoltre, ridotte capacità alle ADL e IADL (attività quotidiane strumentali: lavori domestici, preparare i pasti, assumere farmaci, gestire i soldi, il telefono...) e svilupperà demenza in un periodo successivo. L'anziano con delirium ha frequentemente restrizioni fisiche (20% dei casi), cadute nel 9%, malnutrizione nel 39%, molto di più rispetto al gruppo che non manifesta delirium.

Il delirium incidente si associa ad una maggior incidenza dell'indice di mortalità e pertanto dovrà essere oggetto di attenzione preventiva.

L'*assessment* cognitivo dell'anziano ospedalizzato dovrebbe essere attento ed esauriente e riguardare attenzione, memoria, linguaggio, funzioni esecutive, comprese le capacità visuo-spaziali.

Esse possono variare giornalmente durante la degenza; l'infermiere e il caregiver possono fornire informazioni molto utili a riguardo; per il personale infermieristico e gli operatori socio-sanitari è stato proposto lo strumento RADAR (Recognizing acute delirium as part of your routine), che si inserisce nell'attività quotidiana dell'infermiere ed è composto da tre quesiti ai quali basta rispondere sì o no, senza il coinvolgimento diretto del paziente:

- Il/la paziente presentava sonnolenza?

- Il/la paziente aveva problemi a seguire le tue istruzioni?
- I movimenti del/della paziente erano rallentati?

Sono necessari in media solo 7 secondi per rispondere alle tre domande, il che consente di impegnare meno di un minuto nell'arco delle 24 ore per eseguire quattro valutazioni nel corso della giornata. Anche i tempi per imparare a usare lo strumento sono molto brevi: sono infatti necessari meno di 15 minuti, escludendo l'addestramento al letto del malato. Se somministrato dalle 3 alle 4 volte in 24 ore, lo strumento RADAR si è dimostrato abbastanza sensibile (73%) e moderatamente specifico (67%) per evidenziare uno stato confusionale."

Durata e motivi dei ricoveri ospedalieri

La scheda di dimissione ospedaliera ([SDO 2015](#)) del Ministero della salute indicava che il 29% di tutti i ricoveri per acuzie erano dovuti a donne e uomini oltre i 75 anni. E quasi altrettanti erano numericamente i ricoveri della fascia di età subito precedente – quella 60 a 74 anni – che rappresentavano ugualmente più del 29% dei ricoveri per acuti.

Così, dai 60 anni in poi, nel nostro Paese si concentravano oltre la metà dei ricoveri per acuti e il 62% della spesa.

Anche la degenza media non lascia dubbi: era di circa 6 giorni a livello nazionale, ma per fasce di età raggiungeva i 9 giorni negli ultrasessantacinquenni e i 7,6 giorni dai 65 anni in su, pur variando molto a livello regionale (chi ha più di 75 anni restava ricoverato in regime ordinario "solo" 7,7 giorni in Campania, contro i 10,4 del Veneto). In generale le degenze medie più basse (che non raggiungono i 9 giorni medi nazionali) erano quasi tutte nel Sud (pur con alcune eccezioni).

Dal punto di vista dei tassi di ospedalizzazione ogni 1.000 abitanti, i più alti si registravano nei neonati con meno di un anno di età (418,34), ma al secondo posto ecco ancora gli ultrasessantacinquenni (272,79) e al terzo la fascia di età tra 65 e 74 anni (165,33). Gli ultrasessantacinquenni quindi sono l'età nel complesso con il maggiore tasso di ricoveri per 1.000 abitanti, quasi sei volte maggiore di quello della fascia tra 45 e 65 anni e ben 13 volte più elevato della fascia di età col tasso minore, quella tra 5 e 14 anni (33,97 ricoveri ogni 1.000 abitanti).

Parlando di tassi di ricovero poi, al di là di quelli per acuti, gli ultrasessantacinquenni "monopolizzavano" quasi la riabilitazione con un tasso complessivo di 33 ricoveri ogni 1.000 abitanti contro valori che vanno dai 4,2 della fascia 45-64 anni allo 0,52 di quella 5-14 anni. Per la lungodegenza invece, a farla da padrone erano gli ultrasessantacinquenni con 11,62 ricoveri ogni 1.000 abitanti, seguiti con 2,53 dalla fascia di età 65-74 anni e con le altre fasce a valori bassissimi fino allo zero di quella dagli 1 ai 14 anni.

Le fasce di età più avanzate, infine, erano caratterizzate non solo dai ricoveri – sempre per acuti – propri, ma anche da quelli che non dovrebbero esserci e che dovrebbero trovare il loro luogo d'elezione sul territorio. L'esempio classico è quello dei ricoveri per influenza degli ultrasessantacinquenni, sempre in crescita negli anni, e quelli per le fratture del femore, classiche negli anziani, che secondo le regole della buona

organizzazione dovrebbero restare in ospedale al massimo un paio di giorni, ma che invece registravano (riportiamo sempre dati Sdo 2015) una degenza media complessiva che superava gli undici.

Tutte le tendenze e proporzioni rilevati dai numeri citati sono sostanzialmente rimaste stabili anche nei successivi report, cronologicamente più recenti, e indicano una serie di criticità decisamente attuali.

Dopo la fase acuta

Una volta superata la fase acuta, inizia poi il collocamento accompagnato. Le possibilità, in termini sanitari, sono tre: strutture sanitarie riabilitative, strutture di cure intermedie o lungodegenze; Residenze sanitarie assistite.

Le differenze tra queste strutture è determinata dalla intensità di assistenza sanitaria (medici, infermieri, farmacologia...). La permanenza in queste strutture è a tempo.

Se le condizioni di salute lo permettono c'è il ritorno a casa, che si basa sulla 'auto-organizzazione delle famiglie e sul ricorso a servizi di "badantato", con servizi più o meno formalizzati di assistenza al domicilio. Diversamente (e comunque qualora ve ne fosse bisogno) si fa ricorso a servizi sanitari (per acuti e cure intermedie) per tamponare situazioni di emergenza o di temporanea gravità assistenziale che rende impossibile l'autogestione delle famiglie: ciò conduce a fenomeni di ricovero ripetuto e lungodegenze, spesso clinicamente improprie ma necessarie dal punto di vista assistenziale.

CAPITOLO TERZO

ISTITUZIONALIZZAZIONE

È difficile offrire un quadro esatto e completo delle persone anziane istituzionalizzate. Le fonti dei dati, le competenze, gli aggiornamenti hanno metodi e tempi diversi. Con il materiale a disposizione il quadro che ne deriva è comunque significativo e sufficiente a narrare le vicende che riguardano l'istituzionalizzazione.

Mi baserò qui di seguito su fonti Istat, sul rapporto dell'Auser "[Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo](#)" (2017), sul rapporto [OASI 2019](#) (capitolo quinto) del Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, sui dati pubblicati dalla Sigg (Società italiana di gerontologia e geriatria), e sui contenuti giornalistici dell'[Agenzia Dire](#) e dell'Agenzia [Redattore Sociale](#).

L'abbondanza dei numeri non tragga in inganno. A ogni numero corrisponde una persona, grande di età, in sofferenza insieme alla sua famiglia e alla sua storia. Aver cura di ognuno è segno di democrazia e di civiltà.

I presidi residenziali

Nel 2016 ([Rapporto Bes/Istat-2019](#)) erano 12.501 i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia; essi disponevano complessivamente di 412.971 posti letto (6,8 ogni 1.000 persone residenti). Rilevanti sono gli squilibri territoriali: l'offerta raggiungeva i più alti livelli nelle regioni del Nord, con 9,6 posti letto ogni 1.000 abitanti mentre nel Mezzogiorno

questa quota scendeva a 3,8. I posti letto sono prevalentemente in strutture dedicate a persone anziane (73%).

Secondo il report dell'Istat pubblicato nel 2018 "[I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari](#)" con dati riferiti al 2015, l'offerta, con oltre due terzi dei posti letto complessivi (75,2%), è costituita prevalentemente da "unità di servizio" che erogano prestazioni di tipo socio-sanitario.

Le regioni del Nord disponevano anche della quota più alta di posti letto a carattere socio-sanitario, con 7,6 posti letto ogni 1.000 residenti, contro un valore di 1,9 nelle regioni del Sud. Nei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari erano assistite al 2015, 382.634 persone: quasi 288 mila (75,2%) hanno con almeno 65 anni, oltre 73 mila (19,3%) con un'età compresa tra i 18 e i 64 anni, e poco più di 21 mila (5,5%) sono giovani con meno di 18 anni.

Indebitamento delle famiglie

La ricerca dell'Auser "[Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo](#)" (2017) fotografava l'assistenza in Italia, indicando la crescita della domanda di cura per gli anziani, ma un non adeguato supporto da parte dei finanziamenti pubblici.

Il peso ricade così sulle famiglie: oltre 561mila quelle che hanno dovuto utilizzare tutti i risparmi, vendere l'abitazione, o indebitarsi, per pagare l'assistenza a un non autosufficiente.

Invecchiamento in famiglia

I dati indicavano una battuta di arresto di una tendenza che ha a lungo caratterizzato l'Italia: diminuisce infatti nel tempo l'istituzionalizzazione, a cui si preferisce la cura a casa (nel 2013 ricorrevano alla domiciliarità 2 milioni e mezzo di anziani, mentre nelle strutture trovavano assistenza poco più di 278mila anziani, in calo del 9,1% rispetto al 2009)..

Assistenza in diminuzione

Da un lato emergeva un modello con forti inadeguatezze, dall'altro un pacchetto di proposte concrete su come affrontare l'invecchiamento e garantire un efficace sistema di cura. La fotografia non fa sconti: mentre cresce la domanda di assistenza e la Ragioneria di Stato valuta che la spesa per l'assistenza di lunga durata dovrebbe passare dall'1,9% del Pil nel 2015 al 3,2% nel 2060, in realtà, per la prima volta nella storia d'Italia, in quegli anni la copertura dei servizi per anziani non autosufficienti presentava tutti segni negativi (diminuivano sia gli anziani presi in carico nei servizi, sia gli ospiti delle strutture residenziali, sia la spesa per servizi sociali per anziani di regioni e comuni).

Le alterne fortune del Fondo per le politiche sociali

Il rapporto dell'Auser indicava anche il problema dei continui tagli che in quegli anni interessavano il Fondo nazionale per le politiche sociali, previsto dalla legge 328/2000 per finanziare la rete ordinaria di interventi e servizi sociali. Drasticamente ridotto fra il 2008 e il 2010, fu sostanzialmente azzerato nel 2012, per poi essere rifinanziato e dotato di risorse (finalmente strutturali) a partire dal 2015 con 300 milioni annui. Per il periodo 2020/2022 è

previsto un finanziamento annuo di quasi 400 milioni.

Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare in Italia si presenta a macchia di leopardo ed è ancora un puzzle tutto da comporre. Secondo l'Istat, nel 2015 sul territorio solo l'1,2% di anziani (over 65) ha usufruito dell'assistenza domiciliare integrata. Nonostante i dati più recenti sul settore parlino di un aumento del fenomeno (per il rapporto "[L'assistenza domiciliare in Italia](#)" redatto da Italia Longeva nel 2018, il numero degli anziani assistiti a domicilio è passato al 3%), è evidente che siamo di fronte a un sistema insufficiente e comunque frammentato.

Badanti

Secondo il [Rapporto Annuale sul Lavoro Domestico 2019](#) pubblicato da Domina (Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico, firmataria del CCNL sulla disciplina del lavoro domestico) in collaborazione con la Fondazione Leone Moressa, che riprende ed elabora i dati dell'Osservatorio sui lavoratori domestici dell'Inps in Italia, nel 2018, vi erano 859mila lavoratori domestici regolari, quasi a metà divisi fra colf (53%) e badanti (47%). Il numero di colf è in costante diminuzione da anni (-35% fra il 2009 e il 2018) mentre quello delle badanti è in netta crescita (+56% dal 2009 al 2018). Il dato ufficiale di circa 404mila badanti regolari va poi ampliato includendovi il numero degli irregolari (che pesa per circa il 60% del totale), così che complessivamente si stima già oggi la presenza in Italia di circa un milione di badanti. Numeri destinati a crescere ancora.

Gli stranieri sono la componente numerica più forte, visto che risultano essere il 71,4% del totale dei lavoratori domestici. Oltre il 40% arriva dall'Est Europa, poi (dopo gli

italiani, al 28,6%) ci sono le Filippine (8%), il Sud America (6,8%) e l'Asia orientale (5,4%).

La spesa delle famiglie per le badanti (che in Italia è concentrata soprattutto al Nord) viene stimata, comprendendo il lavoro irregolare, in 7,5 miliardi di euro.

Il rapporto Domina - Moressa, elaborando dati Istat e Mef - Dipartimento delle Finanze, fa inoltre notare che se l'aiuto necessario richiesto alla badante è a livello orario contenuto (fino a 5 ore a settimana), oltre la metà dei pensionati attuali può permetterselo (il costo annuo è di circa 2 mila euro), ma se l'assistenza richiesta è maggiore e le ore diventano 25 a settimana, il costo supera i 10mila euro e la percentuale di anziani capaci di sostenerlo autonomamente non arriva al 20%. Se poi subentra una condizione di non autosufficienza, e il bisogno assistenziale si fa dunque ancora più consistente, sono ben pochi gli anziani che con la loro sola pensione riescono a far fronte a questa necessità.

Residenze

Secondo il censimento Auser di fine 2013 tra gli ospiti degli istituti (gli anziani non sono gli unici utenti), il 74,6% erano donne, oltre il 70% i non autosufficienti; un terzo aveva meno di 80 anni. Variegato il quadro delle proprietà: per il 36% di enti non profit, pubblico il 25%, enti privati per il 22% dei casi e nel 15% fanno riferimento a enti religiosi; nell'88% delle residenze sono gli stessi titolari a gestire direttamente il presidio, mentre nei restanti casi le strutture vengono date in gestione. Il settore impegna 362.499 lavoratori, di cui 308.125 retribuiti e 54.374 volontari. Il rapporto tra personale retribuito e assistiti è quindi praticamente 1 a 1. Anche oggi la stima del numero di anziani che vivono nelle residenze si attesta sui 300mila.

L'ingresso nelle residenze socio-sanitarie (Rsa) non è sempre immediato: le liste di attesa nella metà dei casi sono segnalate fra i 90 e i 180 giorni, in particolare per gli utenti non autosufficienti. I dati sulle rette sono scarsi, non omogenei e non particolarmente aggiornati, per cui è particolarmente difficile fornire una stima della tariffa complessiva "media" nazionale giornaliera delle strutture residenziali sanitarie (nel 2011 era stimata a 106,31 euro). Particolare da non trascurare, ancora troppi i comportamenti illeciti, come dimostrano i controlli del Nas e le segnalazioni all'autorità amministrativa o giudiziaria segnalate ovunque in Italia.

Per una città "amica" degli anziani

L'illustrazione di questi dati si accompagnava nel rapporto dell'Auser ad una serie di richieste rivolte dall'associazione alla politica per rendere le città amiche degli anziani, adeguare il patrimonio immobiliare e garantire risorse adeguate e stabili nel tempo. Proponeva l'associazione: "Serve estendere i servizi di assistenza domiciliare; istituire una Banca europea delle migliori pratiche e introdurre un sistema di valutazione omogeneo a livello nazionale, anche per gli operatori delle strutture; finanziare il Fondo Unico per la non autosufficienza con risorse aggiuntive rispetto a quelle pubbliche". Inoltre: "Per far emergere il lavoro nero, il costo della regolarizzazione non deve essere troppo elevato per le famiglie, prevedendo misure di detrazione dal reddito e accompagnandolo con un seria qualificazione professionale attraverso la formazione e il riconoscimento contrattuale". In questo senso, sarebbe opportuna l'istituzione del "registro degli assistenti familiari per facilitare la ricerca di assistenti qualificate".

CAPITOLO QUARTO

LA TRAGEDIA DEL COVID

Abbiamo assistito nei mesi scorsi al sorgere e all'espandersi dell'epidemia del Covid-19, con migliaia di anziani morti in poco più di due mesi. In questa sede è utile ricordare le date di alcune tappe:

- **9 gennaio:** riunione del Tavolo tecnico del Coronavirus a Roma
- **20 febbraio:** il "paziente 1" all'ospedale di Codogno
- **22 febbraio:** al Nord ordinanza per la chiusura di scuole e chiese
- **24 febbraio:** Veneto, Liguria, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia consigliano "di limitare l'accesso degli ospiti delle Rsa"
- **5 marzo:** entra in vigore il Dpcm Conte che limita l'accesso dei visitatori nelle strutture di lunga degenza
- **8 marzo:** il governo emana il lockdown in tutta Italia.

In meno di due mesi nelle Rsa di Brescia moriranno 1.800 ospiti; in quelle di Milano 1.700, in quelle di Bergamo oltre 1.300.

"L'epidemia - ha commentato in modo lapidario il prof. M. Trabucchi, geriatra - ha colto gli anziani in tre luoghi. A casa, rimasti chiusi per mesi, senza assistenza. Senza aiuto dei medici di famiglia non in grado di aiutarli. Non accolti dai Pronto soccorso degli ospedali, perché nel caos".

Nei primi giorni di aprile è stato pubblicato uno studio del Politecnico di Milano (a cura di C.Ranci e M. Arlotti) sulla situazione dell'epidemia e le presenze in Rsa. Si legge nel rapporto:

"A fronte di un aumento della popolazione anziana e del numero di persone non autosufficienti, il sistema delle residenze ha conosciuto, in controtendenza, una contrazione significativa nel numero dei ricoverati. La contrazione dei ricoveri è coincisa con una focalizzazione delle residenze verso l'alta intensità sanitaria (che assorbivano il 26% nel 2009 e assorbono il 36% dei ricoverati nel 2016) con il conseguente aumento dei ricoverati in strutture ad elevata intensità e con età superiore ad 80 anni (dal 72% al 75%)".

L'aumento della componente sanitaria ha comportato un aumento progressivo dei costi di gestione e di personale e un incremento della quota di spesa a carico delle famiglie o dei comuni. "Basti pensare che in Lombardia, mentre la quota sanitaria è in media di 41,3 euro pro die, la quota pagata dagli utenti è variata in media, fra il 2013 e il 2016, da un minimo di 54-60 euro pro die (+10,23%) ad un massimo di 63-69 euro pro die (+8,56%).

Secondo i dati Istat, nel periodo 2009-16, a livello complessivo, il personale retribuito delle strutture in Lombardia, per esempio, è stato ridotto di ben 20.000 unità, pari al 20% del personale complessivo. "Anche se a livello nazionale non si è assistito ad un taglio del personale, nondimeno la progressiva sanitarizzazione delle strutture è avvenuta congiuntamente ad un netto taglio (pari al 15%) del personale medico, compensato da un aumento di pari proporzioni nel personale adibito alla cura delle persone e alla sostanziale stabilità del personale infermieristico". In più, per stare nei

costi c'è stato un taglio anche agli investimenti in strutture e tecnologia.

La realtà in Lombardia

Secondo i dati del Rapporto 2019 della Federazione Nazionale Pensionati Cisl Lombardia (pubblicato nell'aprile 2020), nel 2019 le famiglie lombarde hanno speso 1,4 miliardi di euro per pagare le rette delle 708 case di riposo in cui sono ospiti i loro genitori o nonni. Rette che vanno da un minimo di 61,74 euro a 70,41 euro al giorno solo per l'accoglienza alberghiera. C'è poi la quota per l'assistenza sanitaria versata dalla Regione. Tra quota alberghiera e quota sanitaria, la spesa al giorno arriva a circa 103 euro.

Complessivamente i posti letto autorizzati dalla Regione sono 64.400 (mille in più rispetto al 2018): circa 57.600 sono quelli contrattualizzati, ossia inseriti a tutti gli effetti nella programmazione del sistema socio-sanitario lombardo e pagati dal Fondo Sanitario Regionale con quote che dipendono dalle condizioni di salute dell'anziano, secondo una scala di valutazione uniforme (detta anche Sosia) su tutto il territorio. A questi posti letto vanno aggiunti quelli "solventi", che sono totalmente a carico della famiglia dell'anziano: sono 7.100, circa 900 in più rispetto al 2018. Mentre i posti letto contrattualizzati sono rimasti pressoché invariati, sono cresciuti quelli solventi. Le rette a carico dei famigliari sono costantemente cresciute: nel 2015 le minime erano intorno ai 56 euro al giorno contro gli oltre 61 euro del 2019, mentre le massime sono passate da 64 euro a oltre 70 euro.

"Il dato che emerge costante - si legge nel Rapporto che ogni anno traccia il quadro dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti - è che la Regione Lombardia non versa la quota sanitaria prevista per legge, che dovrebbe essere pari al 50% della

retta totale. Dovrebbe essere quindi di almeno 50 euro al giorno, ma è invece al di sotto. Per gli anziani con una classificazione Sosia più grave arriva al massimo a 49 euro, ma per gli altri è molto più bassa, da 29 a 39 euro. E così le rette per le famiglie sono sempre più care".

La situazione precipita

Con l'emergenza da Covid-19 molte Rsa non sono riuscite a contenere l'epidemia. Infermieri, medici e operatori hanno denunciato fin da subito la mancanza di mascherine. Ad inizio aprile 2020 un monitoraggio dell'Istituto superiore di sanità (Iss) segnala che il tasso di mortalità fra gli ospiti nelle Rsa in Italia (considerando i decessi di persone risultate positive o "con sintomi simil-influenzali") è del 3,1% ma sale fino al 6,8% in Lombardia. "Da un ulteriore approfondimento, risulta che in Lombardia e in Liguria circa un quarto delle strutture (rispettivamente il 23% e il 25%), presenta un tasso di mortalità maggiore o uguale al 10%", scrive l'Iss.

La Fnp Cisl Lombardia fa notare che "dato che, appena scoppiata l'epidemia, si è subito vietata giustamente l'entrata di parenti e volontari nelle Rsa, è venuto però a mancare un aiuto fondamentale. Perché spesso sono i parenti o i volontari ad aiutare gli anziani durante il pasto, per esempio. E quindi il personale, già ridotto ai minimi termini, sta vivendo giorni molti difficili".

Una situazione aggravata, sempre secondo il sindacato, dalla scelta dell'assessorato alla salute della Regione di inviare nelle Rsa i pazienti Covid in via di guarigione dimessi dagli ospedali. "A metà marzo abbiamo scritto all'assessore Gallera per protestare e per chiedere che i malati Covid non venissero messi nelle Rsa. Ma nessuno ci ha risposto", raccontano in quelle settimane, parlando di una "situazione che, purtroppo, in molti casi

diventa un vero e proprio abbandono delle strutture e dei loro degenti al loro destino”.

Nel rapporto settimanale rilasciato dall'Iss il 17 aprile a proposito di pazienti deceduti positivi all'infezione Sars-Cov- 2, su un campione di 31.851 deceduti, si annotava che:

- le percentuali di deceduti e positivi nelle Regioni vanno a decrescere dalla Lombardia (50,1%), Emilia Romagna (12,8%), Piemonte (8,5%), Veneto (6%), Liguria (4,6%), Toscana (3,2%), fino a quasi azzerarsi nelle restanti Regioni.

- L'età media è di 82 anni; le donne costituiscono il 40,9% con età superiore di due anni.
- Il numero delle patologie: nessuna (4,1 %), 1 patologia (14,9 %), 2 patologie (21,5 %), tre e oltre patologie (59,5%).
- I pazienti deceduti al di sotto dei 50 anni di età sono stati 356.

Un mese dopo, il 28 maggio, nel giorno di chiusura di questo contributo, i dati ufficiali generali relativi all'Italia parlano di 231.732 contagiati, 150.604 guariti, 33.142 deceduti, e 47.986 attualmente positivi.

CAPITOLO QUINTO

IPOTESI DI MANIFESTO

Le considerazioni su quanto esposto nei precedenti capitoli sono state attente a leggere il tema degli anziani in Italia, sul versante delle criticità. Le morti a causa del Covid-19 sono state troppe. Analizzando i passaggi – non da oggi – che hanno portato ai risultati nefasti si evidenziano cause antiche e strutturali. Una nuova gestione dell'invecchiamento è diventata urgente, pena ulteriori risultati negativi che possono e debbono essere limitati.

I dati presentati vanno interpretati non in termini solo statistici, ma anche culturali, sociali, etici.

1. Dati parziali

La primissima considerazione riguarda la parzialità dei dati riguardanti la condizione degli anziani in Italia. Dati ufficiali, inchieste universitarie, di associazioni, sindacati, in periodi molto distanti tra loro, si mescolano lasciando intuire, più che presentare scientificamente, le criticità caratteristiche della condizione degli over 65. È parso di comprendere che oramai, la stessa catalogazione delle condizioni delle persone anziane avviene in due fasce ben distinte: dai 65 ai 75 anni la prima; alla soglia degli 80 anni per la seconda.

La conclusione è che non esiste uno studio aggiornato e completo che segua la “vita complessiva” della persona anziana oltre i dati demografici.

Lo sforzo dovrebbe essere quello di esaminare tutti gli aspetti delle persone

grandi d'età: condizione abitativa, legami familiari, risorse economiche, salute, integrazione, con particolarissima attenzione agli ultimi 10 anni di vita.

2. Il rispetto

Dato fondamentale è il rispetto delle persone, a prescindere dall'età. Molto si è parlato e scritto della tendenza della cultura moderna a considerare prioritarie l'età giovanile, le condizioni fisiche e mentali, la ricchezza, la notorietà. Il rischio evidente è che la cultura estetica abbia conseguenze negative nel trattamento sociale e sanitario delle persone perché anziane. Rispetto significa presa in carico, attenzione, cura senza condizionamenti.

Sicuramente la discriminazione per i più vecchi nelle cure contro il Covid-19 in alcuni paesi del mondo è stata applicata.

Tale discriminazione per l'età non può essere accolta, perché si ledono i principi della democrazia. Ogni costituzione moderna, ogni trattato internazionale sui diritti umani, nega le disparità in ragione dell'età.

3. Il quadro demografico

Dai dati ufficiali si evince che 7 milioni di italiani (oltre l'11% della popolazione) ha superato i 75 anni. Tra questi più della metà vive oltre gli ottanta. Questi dati vanno connessi con le condizioni di famiglia: vivono in coppia il 44,5%. Il resto, sia uomini che

donne vivono soli, con l'aumento della solitudine per gli ultraottantenni.

È vero che ci sono legami familiari nello stesso comune, ma è evidente l'allungamento della famiglia, con presenze alternanti nella vita giornaliera degli anziani.

Costituiscono attenuazioni gli animali da compagnia e la possibilità di un giardino o un balcone, soprattutto nei centri sotto i 50 mila abitanti.

4. Le pensioni

Le pensioni sono numerose, ma di scarso valore finanziario. Su oltre 17 milioni e 800mila pensioni ([dati Inps ad inizio 2019](#)), l'importo medio è di circa 880 euro. Le pensioni di vecchiaia (che sono 9 milioni) sfiorano i 1.200 euro mensili di media, ma il 40% di queste ha comunque un importo inferiore a 750 euro. Oltre tre milioni di pensioni di invalidità civile hanno un importo medio di poco superiore a 430 euro al mese.

Sull'altro versante, quello delle pensioni con importo mensile superiore ai 3.500 euro, le statistiche Inps ne segnalano complessivamente 243mila, quasi tutte di vecchiaia. È ciclica la polemica, anche politica, sulla necessità della riduzione degli assegni più alti, definiti in gergo "pensioni d'oro".

5. La salute

I dati sulla salute sono più preoccupanti.

È un crescendo di patologie croniche a partire dai 65 anni (1 patologia), per arrivare ai 69 e oltre (tre patologie croniche). Le limitazioni motorie passano dal 7,7% (65-69 anni) al 46,5% (80 anni e oltre). Le limitazioni sensoriali (vista e udito) seguono la stessa tendenza.

6. Povertà, solitudine, salute

Da un punto di vista strutturale sembrerebbe che la condizione generale (longevità, abitazioni, familiarità) delle persone anziane in Italia sia sufficientemente equilibrata. La sensazione si ridimensiona osservando le risorse economiche (pensioni) e le condizioni di salute (multi morbilità).

Si tratta di capire come i redditi reali e le condizioni di salute e di relazione si concretizzano nelle situazioni dei singoli.

Le criticità, al di là delle medie statistiche, si evidenziano nella povertà, nella solitudine, nella salute. Elementi che non riguardano solo gli anziani, ma le famiglie in genere. Quando le tre componenti negative si sommano, la vita diventa infelice in termini materiali e relazionali.

La problematicità si accentua se la mancanza di salute diventa importante: oltre gli 80 anni è manifesta e più invalidante.

7. Le cure ospedaliere e oltre

L'esame delle schede di dimissione ospedaliera (SDO 2015) dimostra che il 29% dei ricoveri in acuzie è dovuto a persone che hanno 75 anni e oltre, altrettanti ricoveri per la fascia 60-74 anni. Il 53% dei ricoveri in acuzie è attribuito a persone dai 60 anni e oltre. Per il 62% della spesa ospedaliera.

Ma la mancanza di salute inizia con l'intervento dei medici di medicina generale, con i relativi esami. A volte si traduce in ricoveri per acuzie; può proseguire con le cure intermedie o lungodegenze. Nelle condizioni di ritorno a casa, con l'assistenza domiciliare, con i ritorni forzati in ospedale; infine per alcuni la istituzionalizzazione.

Nonostante questo quadro, gli ospedali, anche di recente costruzione, non sono pensati con attenzione gerontologica.

Le procedure di accesso, di permanenza e di dimissione non sono suffragate da attenzione specifica all'età dei pazienti. Si pone il grave problema di come impostare una medicina con elementi specifici geriatrici.

Questa impostazione crea danni ai pazienti; crea problemi all'appropriatezza degli interventi, con la dispersione significativa di risorse.

È doveroso immaginare una nuova catena di interventi che riducano le criticità e facciano risparmiare risorse. Se già dalla formazione medica non si imposta la visione reale dei futuri pazienti anziani, è molto difficile inventare modi e risorse adeguate ai nuovi scenari.

A questo proposito è da considerare positiva la tendenza di rimanere a casa anche nelle condizioni di fragilità.

Occorre però una garanzia maggiore di organizzazione sia medica che di sostegno. Purtroppo la certezza dell'ADI (Assistenza domiciliare integrata) non è garantita e oscilla a seconda delle sensibilità e delle disponibilità finanziarie.

Le famiglie sono costrette a ricorrere a manodopera di sostegno non sempre formata e affidabile.

Impressionante il numero di badanti quasi sempre donne immigrate dai paesi dell'est perché necessitano di risorse per la propria famiglia.

Ritorna la mancata attenzione prima e organizzazione conseguente di cura nei confronti delle persone di grande età.

È auspicabile la rivisitazione di tutto il sistema di cura per gli anziani nelle proprie case per permettere scelte di qualità non necessariamente più dispendiose.

La vita dell'anziano ha percorsi facilmente prevedibili: gli ultimi dieci anni di vita vanno monitorati e integrati in un sistema sanitario e sociale capace di offrire, a seconda delle condizioni, riferimenti, interventi, risposte efficaci.

8. L'istituzionalizzazione

L'istituzionalizzazione è spesso una necessità; in alcune circostanze si tratta di veri abbandoni. Il Covid-19 ha dimostrato, se ce ne fosse stato bisogno, i limiti delle condizioni di persone ricoverate in strutture residenziali. Nel 2016 i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia erano 12.501 e disponevano complessivamente di 412.971 posti letto pari a 6,8 ogni 1.000 persone residenti.

Le Regioni catalogano diversamente le varie tipologie di residenzialità, a seconda della consistenza dell'intervento sanitario (Rsa, Ra, Rp...). Per la quota residenziale chiamata a volte "alberghiera" le famiglie sono chiamate all'integrazione con costi che variano da Regione a Regione. Inoltre esistono strutture private, autorizzate ma non convenzionate, destinate all'accoglienza di anziani.

La gestione delle strutture residenziali può essere a conduzione pubblica diretta, a volte partecipata, a volte convenzionata o privata. Troppo spesso la cronaca rivela addirittura strutture clandestine.

9. Non adeguatezza dei presidi residenziali

Dai vecchi ricoveri per anziani, nel tempo, sono stati indicati i criteri di accreditamento delle strutture per anziani, facendo riferimento, per i numeri di posti letto, alla percentuale calcolata per mille abitanti: il cosiddetto "fabbisogno" stabilito dalla Regione competente. Il limite maggiore dei

criteri di regolamentazione è il riferimento allo schema ospedaliero. Spazi, orari, personale, organizzazione ripetono lo schema dei reparti ospedalieri, anche se l'intervento sanitario è molto limitato (direzione sanitaria, presenza medica e infermieristica...).

Il numero dei posti letto per struttura varia da Regione a Regione. La tendenza è di creare grandi numeri per la cosiddetta "economia di scala". Tale impostazione aggrava la vivibilità, rendendola "disumana". Lo spazio riservato a ognuno (qualche metro quadrato), il ritmo della giornata, il cibo, l'assistenza alla persona, le visite, le relazioni sono gestite con il "minutaggio", non considerando le persone accolte, ma attenti all'organizzazione generale degli operatori.

Nelle strutture più virtuose intervengono spazi, personale e momenti di relazionalità, creativi e ludici che tentano di correggere l'impostazione ospedaliera.

Se ha senso che i reparti di ospedale abbiano un'impostazione in riferimento ai risultati della cura, perché il paziente dimorerà nell'ospedale pochi giorni, è ingiusto e inefficace trasferire tale schema in strutture dove persone fragili trascorreranno anni, fino alla morte.

Tutta la legislazione riguardante le "case di riposo" va rivista, non permettendo grandi numeri, rivisitando gli spazi e l'organizzazione, ricreando, nei limiti del possibile, un clima familiare e rassicurante, così da non perdere le residue capacità di autonomia funzionale e relazionale delle persone accolte.

La prima distinzione è tra il percorso sanitario (ospedale per acuzie, cure intermedie, lungodegenze) e strutture di accoglienza socio-sanitarie. La distinzione tra autosufficienti e non autosufficienti non può stravolgere la natura dell'accoglienza e i relativi orientamenti organizzativi.

Stante così la situazione è evidente che persiste il rischio di una "deportazione" di anziani verso la morte. Non curando tutto il complesso della vita delle persone, si viaggia verso il semplice contenimento degli ultimi tempi di persone fragili, garantendo l'indispensabile: cibo, medicine, assistenza.

Occorre ritornare alla visione complessiva della vita, attenuando, per quanto possibile, il trauma del distacco dalla famiglia d'origine.

CAPITOLO SESTO

IL DOPO COVID. UNA PROPOSTA DI RIFORMA

Analizzando le criticità che il Coronavirus ha evidenziato, l'unica risposta adeguata è la profonda riforma delle residenze per anziani.

Ciò significa affermare il principio che "Ogni persona ha diritto a vivere nella propria famiglia".

Di conseguenza:

- Chiusura delle odierne strutture.
- Tale chiusura deve avere tempo sufficiente (entro il 31.12.2026).
- Aiutare le famiglie per la permanenza delle persone anziane in casa.
- Istituzione di un albo di persone adeguate all'assistenza delle persone anziane in famiglia.
- Ove non fosse possibile mantenere la persona anziana in famiglia, creare strutture di tipo familiare, vicine il più possibile ai luoghi di residenza (massimo 15 posti).
- Tali strutture possono essere qualificate con prevalenza sanitaria, sociale o socio-sanitaria.

Per attuare la riforma sono necessari quattro passaggi:

- A. Esaminare la situazione attuale.
- B. Stabilire il fabbisogno di nuove strutture parametrando la popolazione regionale.

C. Dare sufficiente tempo per la riforma (cinque anni).

D. Monitorare la chiusura, prevedendo dei termini perentori.

Le competenze per le cure intermedie e le lunghe degenze rimangono in carico al sistema sanitario.

Alle Regioni sono affidate le competenze per stabilire percorsi e dettagli con adeguata legislazione, dopo l'approvazione delle linee guida nazionali.

La determinazione delle risposte a ogni paziente è affidata alle ASL di concerto con Distretti socio-assistenziali regionali.

Gli interventi squisitamente sanitari a favore delle famiglie persistono con l'assistenza ADI generalizzata e obbligatoria.

Ogni ASL si doti di un Geriatra (possibilmente come scelta possibile di medico di famiglia), alla stregua del Pediatra per i minori.

Dopo la riforma dei manicomi, dei problemi legati alle dipendenze, della soppressione degli istituti per minori, è urgente non lasciare inalterata la "istituzione totale" delle "case di riposo".

Negare la ghettizzazione e gli interventi inadeguati del sistema esistente significa sacrificare vite, senza averne titolo.

Biografia dell'autore

Don Vinicio Albanesi è nato nel 1943 a Campofilone, un paesino della provincia di Fermo. È abate-parroco dell'antica abbazia di San Marco alle Paludi di Fermo. Già docente di diritto canonico presso l'Istituto Teologico Marchigiano, è stato presidente del Tribunale ecclesiastico regionale e dal 2002 è vicario giudiziale dello stesso Tribunale. Dal 1990 al 2002 è stato presidente del Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (Cnca). Dal 1994 è responsabile nazionale della Comunità di Capodarco. Accanto a un'intensa attività pubblicistica sulle principali testate cattoliche e di relazione continua con le principali testate laiche nazionali, ha pubblicato diversi libri che svariano dall'attualità alla spiritualità. Nel novembre 2017 l'Università di Macerata gli ha conferito la laurea magistrale "honoris causa" in Scienze pedagogiche. Dal 2001 è editore della testata giornalistica Redattore Sociale.

In questi mesi di pandemia abbiamo assistito, giornalmente, alla lettura dei dati delle persone infettate, dei ricoveri in terapia intensiva, delle morti, dei guariti, in Italia e nel mondo a causa del Covid-19.

Il 20 aprile scorso, in un intervento su Redattore Sociale, ho scritto:

“In questi giorni si è fatta intensa la discussione sulle morti di persone anziane nelle residenze a loro dedicate. Sulle responsabilità di una tale decimazione, diverse Procure d’Italia hanno aperto fascicoli contro ignoti. Non si tratta di verificare solo se sono state approntate le doverose misure di isolamento. Il coronavirus offre un’occasione drammatica per ripensare le scelte fatte, che mai nessun Tribunale processerà.

L’attenzione futura è per lo schema che abbiamo costruito negli ultimi anni: spazi riservati a persone che “non possono” rimanere nelle loro case, offrendo loro un’alternativa. Sembrava una soluzione all’avanguardia: spazi adeguati, personale addetto, cibo controllato. Il dubbio è che, anche senza volerlo, abbiamo progettato la “deportazione” di chi è vecchio. Gente non più utile che non può essere d’impiccio a chi ha da fare”.

Ritorno ora su questo tema, approfondendolo, perché credo che il “trattamento” delle persone anziane “istituzionalizzate” e non, vada al di là dell’emergenza della pandemia.