

EDUARDO MISSONI

Prospettive della terza età:
implicazioni socio-sanitarie

Estratto dalla rivista
« Difesa Sociale » - N. 3 - 1982

ISTITUTO ITALIANO DI MEDICINA SOCIALE

Prospettive della terza età: implicazioni socio-sanitarie

EDUARDO MISSONI

1. — LA REVISIONE DEL PROBLEMA DEMOGRAFICO

Con il passaggio da una società rurale e pre-industriale ad una società prettamente industriale in Italia, come nella maggior parte dei paesi industrializzati, si è andata modificando la struttura demografica del paese.

Come la crescita e le variazioni della popolazione interferiscono nelle condizioni economiche e sociali del paese ovvero sullo stato di salute e di benessere dei suoi cittadini, così la evoluzione sanitaria produce effetti quantitativi sulla popolazione. In definitiva le caratteristiche della popolazione (ritmo di crescita, vita media, etc.) costituiscono uno dei fattori determinanti nella definizione delle necessità assistenziali.

Uno degli aspetti salienti del nuovo assetto demografico italiano è il progressivo invecchiamento della popolazione. Se da un lato il diffondersi del concetto di paternità e maternità responsabile e la diffusa applicazione di metodiche contraccettive ha ridotto le natalità, dall'altro il progressivo miglioramento delle condizioni di vita, dell'assistenza sanitaria congiuntamente ai

progressi della medicina hanno portato ad un prolungamento della vita media, con la conseguente redistribuzione percentuale delle diverse fasce d'età, senza però incidere significativamente sul ritmo di crescita della popolazione.

Il flusso emigratorio di persone in età lavorativa, accompagnate spesso dai loro figli più piccoli, ha ulteriormente inciso, soprattutto in passato ed in particolare al Sud e nei comuni più piccoli, sull'invecchiamento della popolazione.

Secondo dati ISTAT la popolazione italiana al 1° gennaio 1980 era di 56.999.047 abitanti, di cui 27.840.143 maschi e 29.158.904 femmine.

Analizzando la distribuzione percentuale per fasce d'età, vediamo che la popolazione di 65 anni ed oltre costituisce il 13,4% del totale, con una maggiore incidenza del sesso femminile (maschi: 11,4% della popolazione maschile totale; femmine: 15,3% della popolazione femminile totale).

Prendendo invece in considerazione la speranza di vita alla nascita, vediamo come questa si sia portata dai valori dell'inizio del secolo, sovrapponibili a quelli che sono oggi relativi alla speranza di vita nel terzo mondo, a valori tra i

più alti del mondo; anche in questo caso risulta più avvantaggiato il sesso femminile per motivi ancora non identificati legati probabilmente sia a fattori sociali che biologici.

Speranza di vita alla nascita: (1910-1912) MF: 46,9 M: 46,6 F: 47,3; (1974-1977) MF: 72,8 M: 69,7 F: 75,9.

La vita media è inoltre generalmente un poco più elevata al Sud; se ne deduce che dove fattori socio-sanitari favorevoli migliorando le condizioni di salute della popolazione ne aumentano la speranza di vita, altri fattori di diversa natura agiscono in direzione contraria, proprio laddove è più elevato lo sviluppo economico ed industriale.

La redistribuzione percentuale delle fasce d'età porta con sé nuove problematiche sociali e come vedremo sanitarie.

L'aumento dell'indice di dipendenza economica degli anziani (consistente nel rapporto tra popolazione di 65 anni ed oltre e popolazione tra 15 e 64 anni) che misura il carico economico relativo alla popolazione anziana che si ritiene inattiva che grava su individui in età produttiva, potrebbe essere un indice del peso economico della situazione che si va creando.

Indice di dipendenza economica: (1951): 12,5 (1980): 20,7.

Come ci si può facilmente immaginare, senza un adeguato intervento si assisterà ad un aumento spropositato delle necessità assistenziali sia in termini economici (senza nemmeno prendere in considerazione recenti abbassamenti dell'età pensionabile), che sociali.

2. — IL PROCESSO D'INVECCHIAMENTO

a) *Aspetti biologici*

Il quadro completo della senescenza è dimostrabile solo in organismi dotati di grande complessità organizzativa e di strutture differenziate. Colture cellulari, seppure monoclonali, derivate da un organismo differenziato hanno uno svilup-

po limitato nel tempo a differenza di colture di organismi unicellulari capaci, in adatte condizioni ambientali, di riprodursi indefinitamente.

Cause e meccanismi della senescenza sono tuttora sconosciuti.

Ipoteticamente si suppone che alla base del processo di invecchiamento vi siano degli errori da mutazione genetica. Errori nella sintesi del DNA e degli enzimi indispensabili alla sua replicazione e ripristino, nelle cellule labili ed errori nella riparazione del DNA nei segmenti che continuano a riprodurre attivamente m-RNA, nelle cellule perenni, porterebbero, accumulandosi fino all'« errore catastrofe », all'invecchiamento, con alterazioni strutturali e citoplasmatiche, ed infine alla morte cellulare per alterato trasferimento della informazione genetica. Questo meccanismo peraltro, potrebbe essere alla base di modificazioni nell'assetto lipidico delle membrane cellulari con conseguente alterato metabolismo cellulare, provocare risposte di tipo autoimmunitario o ridurre progressivamente le mitosi.

b) *Aspetti medici*

Pur non avendone compreso le cause, possiamo affermare che il processo d'invecchiamento è un fenomeno fisiologico per l'organismo umano, anche se assume sempre aspetti individuali, estremamente variabili da individuo ad individuo, tanto che per esempio distingueremo un'età biologica da un'età cronologica, raramente sovrapponibili. Infatti nel processo d'invecchiamento, oltre a fattori geneticamente determinati, variabili nell'ambito della specie con il gruppo etnico e familiare di appartenenza (l'invecchiamento di gemelli monozigoti si è dimostrato perlopiù sovrapponibile), giocano un ruolo determinante fattori esterni legati all'ambiente ed alla storia del soggetto.

La fisiologica involuzione dell'organismo, caratterizzata da una riduzione delle capacità riproduttive, difensive e riparative ed una disarmonica perdita dell'omeostasi organica è quindi

solo un aspetto dell'invecchiamento, difficilmente generalizzabile.

Nell'anziano il limite tra normale e patologico è meno evidente che nel giovane; vi è una maggiore incidenza di determinate malattie e tutte le malattie oltre ad eccelerare il processo d'invecchiamento, assumono un decorso a prognosi più severa anche se non raramente più subdolo e paucisintomatico. Il paziente senile presenta spesso un quadro clinico complesso nel quale si intersecano differenti stati morbosi che complicano la diagnosi e l'approccio terapeutico inducendo più facilmente ad un danno iatrogeno.

Gli autori anglosassoni nel definire gli aspetti principali della polipatologia dell'anziano si rifanno ad un « geriatric quintet » costituito da cadute, confusione mentale, incontinenza, disturbi dell'omeostasi, malattie iatrogene; a questo, per completare il quadro dei disturbi che più frequentemente si intersecano nella complessa clinica dei pazienti senili, dovremo aggiungere insonnia, piaghe da decubito, sindrome da immobilizzazione e sindrome da disidratazione. La patologia osteo-articolare, quando non connessa a quadri patologici speciali (metastasi ossee, plasmocitoma, etc.), è frequentemente attribuibile a fenomeni artrosici ed osteoporotici tipici dello invecchiamento, ma di non secondaria importanza ove si consideri la possibilità che questi determinino a volte anche stati di invalidità.

Notevole importanza assumono anche le vasculopatie periferiche e le insufficienze cerebrovascolari che predispongono a ben più gravi lesioni organiche e funzionali. Un'insufficienza cardiaca o respiratoria latenti possono giustificare una lieve dispnea da sforzo, così come la fisiologica riduzione di eritrociti, alla base della cosiddetta anemia ipocromica senile, da differenziare accuratamente da una possibile anemia legata a cause nascoste (stillicidio dalla mucosa gastrointestinale fisiologicamente atrofica in età senile, infezioni croniche, trattamenti prolungati, etc.).

Il laboratorio ci permette di identificare al-

cune « spie bio-umoral » dell'invecchiamento (ipercolesterolemia, iperglicemia, iperuricemia, trombofilia, etc.) che non dovranno indurre a troppo ristrette conclusioni diagnostiche, come una tendenza alla ipertensione arteriosa, dove un drastico intervento terapeutico sintomatico, oltre che inutile, potrebbe risultare dannoso, sconvolgendo un delicato e talora precario adattamento dell'organismo senile al progressivo modificarsi dei livelli funzionali.

Il giudizio diagnostico e terapeutico non potrà infine essere disgiunto da un'attenta valutazione dello stato psichico del paziente, l'involuzione delle funzioni psichiche infatti porta spesso a deficit intellettivi, mnemonici, attentivi, come a modificazioni affettive, fino a sfociare in particolari situazioni di disagio, condizionate da un processo interattivo tra modificazioni della personalità, fattori organici e l'ambiente socio-economico del soggetto, in diverse forme psico-patologiche.

Il problema medico del paziente senile necessiterà dunque di un approccio strettamente individuale, di un giudizio diagnostico globale e li scelte terapeutiche ampie, non tanto sotto un profilo farmacologico, dove anzi si consiglia la massima limitazione possibile, quanto sotto un profilo assistenziale, informativo-educativo e riabilitativo.

c) *Aspetti sociali*

Il ruolo dell'anziano, il significato della sua presenza nella società e le problematiche che ne scaturiscono, si sono andati via via modificando con le grandi trasformazioni sociali del nostro secolo e dovranno subire ulteriori cambiamenti con la sempre maggiore rilevanza demografica della popolazione senile.

La perdita dello status di cui godeva l'anziano nella società rurale e preindustriale a struttura familiare verticale e patriarcale è essenzialmente legata a nuovi valori che si sono imposti nella società industrializzata ed urbana. Prodotti-

vità, efficienza, consumo sono parametri con i quali l'anziano non si può misurare, perde così progressivamente i suoi ruoli lavorativi, politici, sociali ed economici, non gli compete più nemmeno alcun ruolo decisionale nell'ambito familiare, in famiglia costituite da un numero sempre minore di componenti, a struttura precocemente orizzontale ed estremamente dinamica, tende ad essere emarginato e dipendente.

Al pensionamento ed alla improduttività corrisponde evidentemente un reddito minore al quale deve corrispondere un più basso livello di vita; il naturale atteggiamento di distacco e di indifferenza di fronte all'ambiente, l'isolamento sociale, la sensazione di inutilità, portano non raramente l'anziano ad una vita anche fisicamente misera. Il problema socio-economico viene così ad interferire con quello medico con l'insorgenza di una complessa patologia fisica e psichica da privazione.

3. — LA RILEVANZA SOCIO-SANITARIA DEL PROBLEMA

Come abbiamo accennato il fattore economico gioca un ruolo fondamentale nelle prospettive sociali e sullo stato di salute dell'anziano. Se consideriamo che in Italia il reddito medio decresce in seguito al pensionamento di circa il 50% (1977) e spesso al disotto del fabbisogno minimo vitale e che il numero dei pensionati con pensioni sociali e quelli al minimo della pensione erano alla fine del 1979, nove milioni, (13), possiamo renderci conto della rilevanza sociale del problema.

Anche l'isolamento può essere rapportato a parametri statistici. Nella popolazione ultrasessantacinquenne (1979) rispetto alla popolazione totale il 42,2% era costituito da persone celibi o nubili, vedove o separate. Percentuale che si porta a 57,4% se prendiamo in considerazione la sola popolazione femminile (7); il che ci dà un'idea del posto rilevante che occupa la donna

nella questione degli anziani. Il numero degli anziani che vivono soli può essere ricavato dai dati relativi al numero di famiglie (secondo il concetto di famiglia utilizzato ai fini del censo) costituite da un solo componente, con capofamiglia, lo stesso, di età maggiore di 65 anni: Totale: 1.021.613 = 13,6% del totale della popolazione in età corrispondente (1971); di cui maschi: 235.294, e femmine: 786.319 (8).

Il fatto che la massima incidenza di suicidi, circa il 30% del totale, riguarda in Italia (1979) le persone di età superiore ai 65 anni, (7), è un dato che deve far riflettere sulle possibili conseguenze dell'emarginazione dell'anziano.

Da un punto di vista sanitario un dato sulla morbilità della popolazione anziana può essere ricavato dalle presenze negli istituti di cura, anche se è importante tener presente del modo inadeguato col quale spesso tali strutture di assistenza vengono utilizzate in Italia dove gli anziani ed i cronici vengono « parcheggiati » dai familiari per lunghi periodi di tempo. A Roma, negli Ospedali Generali gli anziani di età superiore a 60 anni occupano il 26,4% dei posti letto, e il 55,2% ove si considerino solo le divisioni di Medicina generale (5). Vi è poi un notevole aumento degli anziani degenti in periodi di ferie! Almeno un quinto delle giornate di presenza degli ultrasessantenni sarebbe dovuta a motivi sociali (13). Secondo dati ISTAT (1976) il 243% dei dimessi dagli istituti di cura italiani è costituito da persone con più di 60 anni. I dati sono ancora più rilevanti se prendiamo in considerazione gli istituti psichiatrici (1976), dove il 58,8% dei ricoverati con diagnosi di psicosi ed il 32,3% di quelli con diagnosi di nevrosi era costituito da pazienti con più di 65 anni di età, per un Totale di 14.766 ricoverati, pari a 20,6 x 100.000 abitanti.

Da quanto esposto risulta la rilevanza socio-sanitaria del problema degli anziani; ne consegue l'importanza di affrontare con nuove strategie le nuove esigenze che si vanno definendo, sotto un

profilo politico, economico e sociale che non potrà essere disgiunto dagli aspetti più specificatamente sanitari di cui qui si tratterà in modo particolare.

4. — REIMPOSTAZIONE DEL PROBLEMA DEGLI ANZIANI

« Il Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue... f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione ». Con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978, di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, il legislatore si preoccupa di sottolineare l'intervento preventivo nei confronti dell'emarginazione dell'anziano, riconoscendo evidentemente in questo modo la importanza che ha il pieno inserimento dell'anziano nella collettività al fine di tutelarne la salute. Educazione sanitaria, prevenzione, riabilitazione, sono inoltre obiettivi fondamentali enunciati come propri di tutto il S.S.N., ma che proprio in relazione a quanto siamo venuti fin qui esponendo, assumono importanza capitale nel considerare come beneficiaria la popolazione senile.

Se lo stato di salute è così intimamente legato alla storia del paziente, con l'aforisma « In puero homo » ci dovremo aspettare di ritrovare nell'adulto e quindi nell'anziano i risultati di quanto la famiglia e la società avranno inciso sulle caratteristiche proprie di ogni individuo fin dalla infanzia. Le condizioni di vita, il livello educativo, la salubrità dell'ambiente di gioco, di studio o di lavoro, l'adeguatezza di cure ed assistenza ricevute, saranno tutti parametri che dovranno essere oggetto di seria considerazione dalla nascita in poi, attraverso l'infanzia e l'età evolutiva, fino all'età adulta e presenile, se vorremo « non tanto prolungare la vita in situazione d'infermità, quanto difendere l'anziano dalle infermità senili » (Greppi).

Ma prevenire l'emarginazione e rimuoverne le cause è ancora di più. Perché come abbiamo visto si tratta di un problema legato alla trasformazione della società a seconda che i nuovi valori che si instaurano privilegino questa o quella età, questo o quel sesso, questa o quella classe sociale. La politica che non voglia emarginare l'anziano, dovrà allora riscoprirne il ruolo e la funzione nell'organizzazione sociale; rivalutando la partecipazione al funzionamento della società in base alle sue effettive capacità, secondo una produttività sociale non quantificabile sul piano economico; una partecipazione assicurativa attraverso canali privilegiati d'accesso.

Garantire all'anziano un livello dignitoso di vita, favorire il mantenimento delle sue relazioni umane e sociali, il mantenimento stesso dell'attività lavorativa tradizionale o il reinserimento in attività lavorative nuove proporzionali alle proprie possibilità, il più possibile gratificanti ed adattabili al singolo individuo, restituendogli così fiducia e considerazione di sé (anche evidentemente con una profonda revisione di tutta la politica pensionistica); tutto ciò è fare prevenzione.

Di fronte poi alle esigenze degli anziani che si ammalano bisognerà provvedere al funzionamento di vari livelli di assistenza tra loro collegati, dove le esigenze più strettamente mediche siano compenstrate in un intervento sociale sempre ispirato al reinserimento del paziente nella società ed alla più alta considerazione della sua individualità. A questo principio si ispira il modello di interventi per l'assistenza all'anziano proposto dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria:

1) Assistenza all'anziano che sia in grado di rimanere a domicilio; è il tipo prioritario di assistenza, l'anziano rimane nel suo contesto sociale partecipando alla vita della comunità. Si attua così la prevenzione dell'istituzionalizzazione. Tale servizio comprende:

a) servizi domiciliari (assistenza sociale, servizi domestici, pasti a domicilio, aiuto alla

cura della persona, cure infermieristiche con la supervisione del medico di famiglia) da attuarsi con personale polivalente addestrato.

b) centri di quartiere (day centers) con assistenza socio-sanitaria;

c) incoraggiamento alla costituzione di cooperative di lavoro;

d) volontariato di cittadini coinvolti nella assistenza;

e) soggiorni climatici (per i soggetti che ne abbiano più bisogno);

f) attività ricreative ludiche e culturali.

2) Assistenza protetta per soggetti totalmente o parzialmente non autosufficienti o cronici stabilizzati.

A seconda del grado di autonomia e dello stato psichico del paziente dovranno essere approntati presidi a grado crescente di protezione:

a) centri sociali con assistenza sanitaria (day centers);

b) case di riposo che debbono essere seguite da strutture particolari (protette) con assistenza infermieristica ampia e specializzata ed attività riabilitative, riducendo al minimo l'assistenza medica e evitando che tali luoghi si trasformino in ospedali. Tali case di riposo non dovranno isolare l'anziano, ma essere aperte sul territorio.

3) Assistenza all'anziano malato con possibilità di recupero in strutture capaci di contemporanea terapia medica e riabilitativa, terapia da eseguire nel più breve tempo possibile, permettendo all'anziano di passare a strutture (le precedenti) più adatte alla vita normale.

a) divisioni ed ospedali geriatrici, con reparti lungodegenti recuperabili (con possibilità associative, riabilitative e di terapia occupazionale);

b) ospedali diurni;

c) ambulatori o servizi di controllo (12).

In questo senso, l'esperienza di altri paesi è positiva ed anche in alcune regioni italiane si lavora da qualche tempo secondo questi principi, sulla base di leggi regionali che hanno preceduto

la legge n. 833/1978, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza domiciliare; è comunque auspicabile che l'assistenza oggi gestita a livello comunale e circoscrizionale possa essere sempre più coordinata con le competenze delle U.S.L.. La copertura del servizio dovrà essere progressivamente ampliata fino a soddisfare le reali esigenze.

Reimpostare il problema degli anziani è in conclusione rivedere un po' tutta la medicina e la politica sanitaria. Si tratta di riconsiderare l'importanza dell'assistenza rispetto alla « cura », di riscoprire il paziente in tutta la sua individualità etiopatogenetica e clinica, umana e sociale, ricomponendo tutti gli aspetti in cui l'ultraspecialistica lo aveva spezzettato perdendone lo sguardo d'insieme, è restituire la gestione dei problemi di salute a tutta la comunità ed ottenerne la partecipazione, perché il problema della salute è innanzitutto un problema della collettività, è sottoporre i servizi medici ad un'analisi critica ed inventare politiche tese ad orientare la ricerca verso la soluzione dei problemi più rilevanti rispetto alle esigenze prioritarie della popolazione. E' insomma applicare il concetto di « tecnologia appropriata » anche al campo della salute, nella costruzione della società di domani.

RIASSUNTO

Attraverso una rapida panoramica dei problemi demografici, medici e sociali connessi all'invecchiamento, l'autore propone la reimpostazione a livello di politica socio-sanitaria come a livello dell'atteggiamento del personale sanitario, degli operatori sociali e della collettività stessa, del problema degli anziani; inquadrandolo nel complesso più ampio di una radicale trasformazione del concetto di salute.

SUMMARY

After a general review of the demographical, medical and social problems involved in old age, the Author recommends a new approach of the social health policy and

of the attitude to be taken by the health personnel, social operators and the collectivity themselves as regards the problem of old people and he places this new approach within a larger context of a radical change of the health principle.

RÉSUMÉ

Après un examen général des problèmes démographiques, médicaux et sociaux liés à la vieillesse, l'auteur propose une nouvelle approche en ce qui concerne la politique socio-sanitaire aussi bien que l'attitude du Personnel sanitaire, les opérateurs sociaux et la collectivité même en matière de personnes âgées, la situant dans le contexte plus vaste d'une transformation radicale de l'idée de santé.

ZUSAMMENFASSUNG

In einem kurzen Überblick über die demographischen, medizinischen und sozialen Probleme des Alterns schlägt der Verfasser eine Neuausrichtung des Problems der alten Leute auf politischer, gesellschaftlicher und gesundheitlicher Ebene, sowie auf Ebene des Verhaltens des Gesundheitspersonals, der sozialen Assistenz und der Gesellschaft vor, indem dieses Problem in einen umfassenderen Rahmen einer radikalen Umformung des Begriffes «Gesundheit» eingefügt wird.

RESUMEN

El autor propone, a través de un rápido panorama de los problemas demográficos, médicos y sociales relacionados con el envejecimiento, el replanteamiento del problema de los ancianos tanto a nivel de política socio-sanitaria como a nivel de la actitud del personal sanitario, de los operadores sociales y de la misma colectividad, enmarcándolo en el conjunto más amplio de una transformación radical del concepto de salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ANTONELLI F.: *Considerazioni sulla psicologia della vecchiaia*. « Difesa sociale », n. 1, 1980.
 - 2) BIANCALANA D.: *Problemi di riabilitazione dell'anziano*. « Difesa sociale », n. 6, 1980.
 - 3) BURNET F. M.: *La senescenza a livello molecolare*. « S & T '75 », pagg. 403-408, 1975.
 - 4) BUTTURINI U.: *Malattie in e della vecchiaia*. « Giornale di Gerontologia », XX, n. 2, 1972.
 - 5) CALCOPIETRO M.: *Aspetti epidemiologici e progetti di indagine statistica nella popolazione anziana ospedalizzata a Roma*. « Difesa sociale », n. 4, 1980.
 - 6) GASPARINI CASARI M.: *Il danno iatrogeno da omissioni*. « Giornale di Gerontologia », XXVIII, n. 8, 1980.
 - 7) ISTAT: *Statistiche sociali*, vol. II, 1981.
 - 8) ISTAT: *11° Censimento generale della popolazione - 24 ottobre 1971, dati generali riassuntivi*.
 - 9) ISTITUTO ITALIANO DI MEDICINA SOCIALE: *Atti del Convegno su: Aspetti socio-sanitari della Terza Età - Chianciano, 4 ottobre 1980*.
 - 10) PASSERI M.: *Profilassi della senescenza*. « Giornale di Gerontologia », XX, n. 2, 1972.
 - 11) PEREZ M.: *I costi sociali e sanitari dell'emarginazione degli anziani*. « I problemi della sicurezza sociale », XXXI, n. 4, 1976.
 - 12) SOCIETA' ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA: *Modello di intervento per l'assistenza all'anziano*. « Giornale di Gerontologia », XXVIII, n. 3, 1980.
 - 13) WHO: *Sixth report on the world health situation - Geneva, 1980*.
 - 14) SCUARCIALUPI V.: *Relazione al parlamento europeo a nome della commissione per gli affari sociali e l'occupazione. Sulla condizione e i problemi degli anziani nella Comunità Economica Europea*. Documento I-848/81 del 4 gennaio 1982.
 - 15) ZILLI A.: *Danni da omessa o incongrua metodologia assistenziale in geriatria*. « Difesa sociale », n. 5, 1980. Legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, 23 dicembre 1978, n. 833.
- Legge Regionale - Regione Lazio, 3 febbraio 1976, n. 11.