

CRONICITÀ E DISABILITÀ

di Luciano Lazzaroni

Il perché si invecchia resta sempre una domanda senza risposta. Occorre un modo di pensare ed operare che ridoni agli operatori la centralità nell'evoluzione culturale e pratica dell'assistenza all'anziano.

La risposta del Servizio Sanitario Nazionale, all'invecchiamento della popolazione dovrebbe essere guidato, dalle conoscenze acquisite in campo biologico e clinico dell'"Human aging", che risente dell'interazione tra fattori genetici e ambientali.

I bisogni dell'anziano, soprattutto dell'ultraottantenne, non sono gli stessi del giovane.

Secondo l' O.M.S. la prevenzione e la riduzione della disabilità dovrebbero rappresentare gli obiettivi fondamentali della Geriatria.

La produzione di una buona assistenza sanitaria richiede:

- 1) Risorse economiche, umane e culturali.
- 2) Procedure idonee per realizzare gli obiettivi preposti
- 3) Risultati misurabili.

Per quanto riguarda le risorse, la spesa destinata alle strutture ospedaliere, continua a prevalere. La popolazione ultranovantenne è aumentata però di sette volte negli ultimi 40 anni, e aumenterà ancora; essa ha esigenze particolari.

I farmaci rappresentano il 12% circa del totale della spesa pubblica sanitaria (15% circa in Francia e Germania); sicuramente si potrebbe risparmiare applicando correttamente linee guida, e le esistenti valutazioni del rapporto costo-beneficio dei farmaci utilizzati; gli anziani sono grandi consumatori di pillole. Molti problemi medici dell'anziano continuano ad essere affrontati con isoli farmaci; la terapia non farmacologica non è ancora molto conosciuta, e pertanto poco applicata, soprattutto nelle Residenze per Anziani.

Il settore sociale dovrebbe svolgere con più proprietà le sue funzioni, evitando soprattutto l'abbandono sociale e la solitudine, indicatori dell'efficienza dei servizi con tale tipologia.

La spesa assistenziale, al contrario di quella sanitaria grava pesantemente sulle famiglie: sarà probabilmente necessario per il futuro un'integrazione assicurativa contro i rischi della disabilità e della non autosufficienza, come è già successo in altre nazioni europee. L'assistenza domiciliare (solo il 9% degli anziani la riceve, mentre il 2% risiede in strutture di ricovero) attualmente è gestita prevalentemente dal settore pubblico; non è sempre soddisfacente, tanto da spingere le famiglie a soluzioni estemporanee, ricorrendo all'aiuto di lavoratori extracomunitari. L'assistenza extraospedaliera, rimane da definire nei metodi e nelle risorse per adeguarla alle esigenze dei più vecchi. La prevenzione è un punto cruciale, ancora ignorato nella pratica geriatria; richiede l'individuazione dell'anziano fragile, che è il target primario dell'impegno geriatrico; l'applicazione di metodologie basate su tecnologie, informatizzazione, organizzazione e cultura specifica, è indispensabile per ottenere risultati positivi. Anche il vigente Ordinamento Universitario del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, non ha previsto tra obiettivi formativi, il problema dell'anziano fragile e del disabile. Il numero degli anziani fragili, ospiti di strutture e residenze è destinato ad aumentare in Italia, così come la spesa conseguente, creando la necessità di disporre di procedure clinico-terapeutiche adatte alla "long terme care", orfana di cultura e di interesse.

Le proiezioni consentono di stimare i disabili 1.200.000 nel 2000, ed 1.900.000 nel 2020; è facile pertanto prevedere problemi gestionali, se non si ricorrerà a soluzioni nazionali e tecnicamente avanzate, ma anche economicamente plausibili, in grado di gestire con equità le risorse disponibili.

E' dimostrato che la prevalenza della disabilità può ridursi e che è possibile conservare le funzioni e la salute nell'anziano ricorrendo ad adeguati aggiustamenti ambientali, sociali, economici e culturali.