

Convegno annuale "I bisogni dell'anziano" – AMCI sezione di Milano "Santa Gianna Beretta Molla"

22 novembre 2014, sala conferenze Istituto Suore di Maria Bambina, Milano

Prof. Giovanni Meola, UNIMI, Presidente AMCI Milano, presenta i lavori.

E' necessario attuare un approccio olistico all'anziano. La persona anziana rappresenta un paradigma della solidarietà umana: storia, legame tra generazioni, fragilità. Quindi è necessario: ascoltare, valorizzare la comunicazione non verbale, parlare e confrontarsi per realizzare una vera "alleanza esistenziale".

UN NUOVO MEDICO

Prof. Carlo Vergani, UNIMI, membro del Direttivo AMCI Milano: La transizione demografica e la transizione epidemiologica.

Quando si diventa anziani? Esiste una soglia "dinamica" in aumento dal 1900 al 2050 (proiezioni). I dati Istat del 2011 riportano circa 12.000.000 persone over-65 e circa 8.000.000 persone nella fascia 0-14 anni, quindi 3 nonni per 1 nipote. Emergono problemi di ordine economico, ad es. il rapporto tra lavoratori e pensionati; il ricalzo generazionale viene meno. Il tasso di fecondità è in diminuzione: 1.4 figli/donna, pertanto il saldo naturale è in diminuzione ed è contenuto solo dal fatto che le persone immigrate in Italia mostrano un aumento del tasso di fecondità (2.4 figli/donna).

Varia il tipo di malattia, non si muore più per patologia acuta ma per eventi cronici (che comportano perdita di funzioni). Ma esistono parametri che vengono vicariati/suppliti da altre strutture e funzioni. I dati Istat del 2010 riportano che circa il 50% dei soggetti malati ha ≥ 2 malattie (aumento con il crescere dell'età), confermando la presenza di eventi simultanei. L'assistenza pertanto si modifica, anche rispetto ai Millennium Goals (2000-2015) dell'OMS: 60% su 58.000.000 morti è per patologia cronica, quindi gli obiettivi sono cambiati. Gli obiettivi post-2015 sono il controllo della malattia cronica e il controllo della malattia mentale.

Esiste una differenza tra le malattie croniche tra i 2 sessi. L'incidenza della malattia di Alzheimer aumenta nella donna con l'età rispetto all'uomo. La malattia di Alzheimer è totalmente dipendente dall'invecchiamento? Esistono cause esogene? La tecnologia PET (Positron Emission Tomography) con Fluoro-Desossiglucosio [^{18}F]FDG mostra una differenza tra le diverse classi di età e anche tra anziani della stessa età. La malattia di Alzheimer ha un lungo periodo prima che si manifestino i sintomi, ma non esiste un test patognomonico. Non esiste un trattamento specifico, al massimo un controllo del comportamento ma la patologia non regredisce. Il "tragitto" della malattia è: diagnosi -> non autosufficienza -> morte (5-6 anni per percorrere la traiettoria) con tutte le implicazioni gestionali e finanziarie.

L'80% delle morti nella persona anziana (≥ 65 anni) secondo le rilevazioni SDO del 2006 in Italia sono state dovute ad abbandono (eutanasia da abbandono). Il fenomeno è più complesso, non riguarda una singola

causa e l'obiettivo diventa la qualità di vita, non più l'assenza di malattia. Entra in gioco una gestione a 360°, la medicina diventa narrativa, senza una "bussola" di riferimento.

La cura ottimale del paziente si basa su questa triangolazione: decisioni mediche condivise, medicina basata sulle evidenze, capacità di comunicazione centrata sul paziente. Il problema non è il trovare le risorse finanziarie per la spesa sanitaria, ma l'allocazione delle risorse. La cura dell'anziano deve essere 1) continuativa, 2) sul territorio, 3) integrata (socio-sanitaria). L'anziano deve difendere la propria unicità e diversità. Quindi deve difendere le proprie caratteristiche, prima di tutto dalle proprie valutazioni negative. Quindi il modello è l'anziano "inedito".

Dr. Antonio Guaita, Fondazione Golgi-Cenci, Abbiategrasso, Milano: La valutazione multidimensionale dell'anziano.

L'argomento si può dividere in 3 tematiche: 1) cambiamento della patologia, 2) diagnosi non basta più, 3) metodo della valutazione multidimensionale (VMD).

1) La percentuale di cronicità è in relazione all'aumento dell'età. La disabilità (perdita dell'autonomia) può essere catastrofica *versus* progressiva. Uno studio statunitense (Johns Hopkins, Baltimore) ha evidenziato che nella fascia di età 85-89 anni la componente progressiva è maggiore di quella catastrofica, pertanto il problema è complesso.

2) La diagnosi è uno strumento per il vero fine, che è quello di guarire le persone. Robert Kane (filosofo statunitense) sottolinea alcuni capisaldi: a. convivere con la malattia, b. perseguire un obiettivo funzionale, cioè ridare la possibilità di vivere, c. intervento promozionale del medico: aiutare il malato e la famiglia a giocare un ruolo attivo nella gestione della malattia.

La cura cronica è differente dalla cura acuta, con obiettivi diversi. La rete è diretta alla promozione della autonomia, prevenendone la perdita (cosa che invece si verifica molto spesso alla dimissione dall'ospedale).

Esistono diversi limiti nella diagnosi delle patologie croniche, che deve essere integrata da elementi valutativi, cioè che evidenzino quello che la persona ha ancora di positivo (presente in qualsiasi patologia). Bisogna recuperare il contesto della diagnosi in quella data persona, diversa dalle altre. Quindi è necessaria una "nuova" semeiotica, legata non solo alle malattie ma anche ai problemi.

3) VMD-G (obiettivo delle Medical Schools statunitensi), già dall'inizio degli anni '80, è la valutazione multidimensionale e multidisciplinare condotta da diverse figure professionali. Si snoda in molteplici dimensioni: fisica, cognitiva, psico-emozionale, etc. Inoltre interessa l'ambiente familiare - caregiver. E' un passaggio dagli score (i punteggi) alla sintesi. La Regione Lombardia dopo la recente sperimentazione sembra abbia deciso di abbandonare il sistema SOSIA nelle RSA e introdurre l'utilizzo della scala VAOR. Diversi studiosi (LZ Rubenstein al Los Angeles, VA Hospital; AE Stuck; una meta-analisi apparsa nel 2011 sul prestigioso British Medical Journal) sottolineano che la valutazione tramite il VMD migliora significativamente la qualità della vita del soggetto, diminuisce la mortalità e aumenta la durata della vita al domicilio. Le valutazioni vanno eseguite dalla unità di valutazione geriatrica (UVG), ma soprattutto il mero

calcolo dei cut-off non deve sostituire il giudizio. Le UVG-M in Italia sono presenti in 18 regioni e servono per i casi complessi per cui è necessario un approccio multidisciplinare.

IL TEMPO CHE RESTA

Prof. Salvatore Natoli, ordinario di filosofia teoretica presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Milano Bicocca: La solitudine dell'anziano.

Qual è il compito della medicina? Guarire o cercare di farlo. Ippocrate ha detto "Il medico e il malato combattano assieme la malattia". Se la malattia è un'emergenza, la responsabilità è scarsa, ma se la malattia è cronica, allora la responsabilità è maggiore. Sconfiggere la malattia o curare il paziente: l'obiettivo cambia. Il meglio che il medico può fare è non far soffrire, accudire e poi aiutare a morire, affinché questo passaggio sia dolce. La dimensione, il volume, della vecchiaia introduce istanze di personalizzazione e contestualizzazione. Senescenza ed onore sono 2 parole per descrivere la vecchiaia. L'anziano veniva selezionato naturalmente. Come diceva Epicuro, se la malattia è grave finisce presto, se non è grave apprendiamo a vivere con essa. Oggi è più comune convivere con malattie comunque preoccupanti.

La malattia accompagna, è "essere con". Ma nella malattia di Alzheimer dov'è l'altro? Il paziente non ha la percezione della malattia (non ha coscienza). Non si accompagna più a vivere e nemmeno si aiuta a morire. Come si fa ad accompagnare qualcuno che non è più un compagno?

La perdita di una funzione non vuol dire la perdita della capacità. Se l'uomo non può progettare il futuro, il pensiero della morte diventa costante e può diventare incumbente. Il dolore, sapere che mi sto spegnendo, mi riduce la vita. Subentra la condizione di dipendenza: "se quello non mi sostiene, io non vivo". Esiste la autosufficienza esasperata, che sottende la solitudine della persona anziana. La vecchiaia te la guadagni, mentre la giovinezza è donata. Se esistono relazioni allora la vecchiaia è piena ("non ti posso lasciare andare"); se sono importante per qualcuno, stare al mondo non solo è un piacere ma un dovere. L'autonomia funzionale è comunque limitata rispetto alle offerte che ho intorno. L'importante è vivere bene il tempo che ci è stato assegnato, tanto si sa che la vita finisce (male) con la morte. Nel libro di Qoelet è riportato: "Non il giorno della morte sa l'uomo, ma sa che deve morire". Se l'anziano è in una relazione, allora non muore veramente, ma lascia la sua memoria agli altri.

don Antonio Lattuada, Assistente ecclesiastico AMCI, Milano: Quale futuro per l'anziano?

Parliamo del futuro culturale ed esistenziale dell'anziano, che pone la questione del senso della vecchiaia. Senso per la società, quindi aiuto per i singoli e viceversa.

Nell'Antico testamento: ambivalenza della vecchiaia (molto presente). Nel Nuovo testamento: figure meno rappresentate, più simboliche. Gesù si scontra con gli anziani, rappresentanti dell'élite culturale del tempo. Gli anziani che seguono Gesù compaiono più tardivamente nella Chiesa. La carità (San Paolo) chiede di estendersi alle condizioni sociali della vita umana. La fede fornisce l'orizzonte e la prospettiva attraverso cui interpretare le varie condizioni umane.

Da sempre esiste l'ambivalenza della condizione anziana; sia aspetti buoni (esperienza, autorevolezza) che cattivi (fragilità, vulnerabilità). Nei diversi periodi storici sono emersi gli aspetti prevalenti positivi o negativi. Oggi esistono tratti specifici, come un'inedita crisi della tradizione (modelli e norme di comportamento). L'anziano è naturalmente il rappresentante della "tradizione", di solito considerata negativamente in modo indiscriminato. La coscienza individuale attinge alla tradizione, che può anche modificarsi (il costume è un fenomeno dinamico). Esiste una dinamica accelerata tra coscienza individuale e collettiva, con estenuazione della tradizione. La coscienza diventa privatizzata, ma priva del linguaggio che esprime la coscienza del vissuto. Ma la tradizione è una risorsa e la sua rarefazione rende irrilevante la figura dell'anziano. Emerge il contrasto tra esperienza sapienziale *versus* esperienza empirica (più passeggera ed obsoleta nel tempo), tra homo faber *versus* homo sapiens. Esiste la privatizzazione della famiglia con perdita del valore del padre/madre e ancor più della madre/padre al quadrato. Il futuro dell'anziano è un problema di etica sia individuale che sociale, di non facile soluzione.