



## **Quale assistenza e quali cure per i nostri anziani dopo il Covid? Le risposte in un importante convegno a Milano con i principali rappresentanti di categoria**

*“Cura il tuo prossimo come te stesso: prenditi cura dell’uomo che invecchia” è il titolo di un importante convegno - promosso da ARIS e UNEBA con il patrocinio della Conferenza Episcopale Italiana - e organizzato dall’Istituto Auxologico, che si svolge oggi, lunedì 4 ottobre, a Milano presso la Fondazione Ambrosianum.*

Milano, 4 ottobre 2021 - Su 6,9 milioni di over 75, oltre 2,7 milioni presentano gravi difficoltà motorie, comorbilità, compromissioni dell’autonomia nelle attività quotidiane di cura della persona e nelle attività strumentali della vita quotidiana. Tra questi, 1,2 milioni dichiarano di non poter contare su un aiuto adeguato alle proprie necessità e circa 1 milione vive solo, oppure con altri familiari tutti over 65, senza supporto o con un livello di aiuto insufficiente. Infine, circa 100mila anziani, soli o con familiari anziani, oltre a non avere aiuti adeguati sono anche poveri di risorse economiche, con l’impossibilità di accedere a servizi a pagamento per avere assistenza. E’ l’istantanea della popolazione anziana italiana fissata nel recente rapporto realizzato dall’Istat in collaborazione con la Commissione per la riforma dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana, istituita presso il Ministero della Salute e presieduta da Mons. Vincenzo Paglia.

Secondo una ricerca condotta dal Centro di ricerca sul Lavoro “Carlo Dell’Ariana” (Osservatorio sull’invecchiamento attivo) dell’Università Cattolica di Milano, a cura dei prof. **Claudio Lucifora** e della dott.ssa **Elena Villar**, emerge che se è vero che l’Italia è il paese più anziano d’Europa, la qualità dell’invecchiamento è tra le peggiori, seppur con grande eterogeneità nelle condizioni di salute degli over 65 ed entro il 2030 il numero di anziani non autosufficienti raddoppierà, raggiungendo i 5 milioni. L’Italia conta 14 milioni di over 65, il 23% della popolazione, 5 milioni e mezzo soffrono di tre o più malattie croniche, 4 milioni presentano disabilità. Un terzo degli over 65 e la metà degli over 85 presentano difficoltà nello svolgere normali attività della vita quotidiana. Analizzando i tassi di cronicità per regioni emerge che la Campania è la regione che presenta le peggiori condizioni di salute degli over 65. Ipertensione, artrosi/artriti sono le patologie più comuni, seguite da osteoporosi, malattie del cuore e diabete

## Principali indicatori di salute

CLASSE DI ETÀ	Almeno una cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69 anni	33,2	28,7	30,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74 anni	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	43,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79 anni	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	51,4	15,3	24,9	20,8	12,1	15,3	14,0
80 anni e più	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	64,0	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5
Totale 65-74	37,9	32,1	34,8	34,1	45,4	40,1	7,2	11,7	9,6	6,7	6,9	6,8
Totale 75 e più	56,3	53,1	54,3	51,9	63,6	59,0	25,6	43,2	36,2	19,6	25,7	23,3
<b>Totale</b>	<b>46,4</b>	<b>43,4</b>	<b>44,7</b>	<b>42,4</b>	<b>55,2</b>	<b>49,6</b>	<b>15,7</b>	<b>28,7</b>	<b>23,1</b>	<b>12,7</b>	<b>17,0</b>	<b>15,2</b>

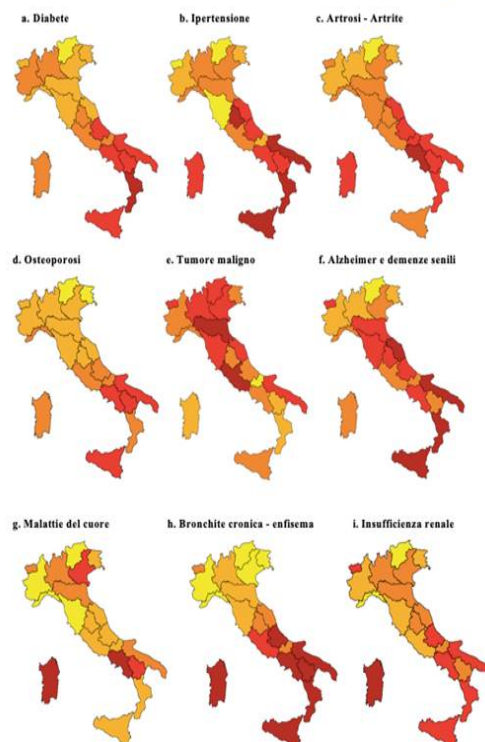
Fonte: Istat, 2015

Tra i 65 e gli 80 anni raddoppia la presenza di patologie croniche e quintuplicano le gravi limitazioni motorie. Le donne sono maggiormente affette da cronicità e limitazioni funzionali.

Le gravi limitazioni sensoriali interessano il 15% degli over 65 e riguardano il 30% degli over 80.

## Principali cronicità

- Principali malattie croniche prevalenti al Sud
- I tumori maligni prevalgono al Nord
- Le peggiori condizioni di salute al Sud sono spiegate da condizioni socio-economiche più precarie e minori performance dei sistemi sanitari
- Il dato sui tumori può essere spiegato da una maggiore incidenza di fattori protettivi (abitudini alimentari) e minor esposizione a fattori cancerogeni (inquinamento ambientale) nelle regioni del Sud



Numeri estremamente significativi, ma soprattutto indicativi dei motivi per cui dall'inizio della pandemia l'attenzione delle Istituzioni sembra finalmente essersi focalizzata sulla condizione degli anziani nel nostro Paese. Un'attenzione che le strutture socio-sanitarie della Chiesa hanno sempre manifestato e che si è concretizzata in numerose strutture dedicate proprio all'assistenza socio-sanitaria della popolazione in età avanzata.

Proprio per dare un nuovo impulso a questa strutturale vocazione è nata l'idea del Convegno inteso come occasione per una riflessione sul prendersi cura della persona, il Welfare del lessico internazionale quando si rivolge all'anziano, evitando semplificazioni e contrapposizioni ideologiche, tenendo conto per la programmazione futura di quanto la pandemia Covid-19 ci ha insegnato.

Tutte le proposte di assistenza domiciliare, di mantenere il più possibile l'anziano nel proprio contesto familiare, della strutturazione di vere e proprie case-famiglia assistite, sono di certo necessarie, ma sarebbe un suicidio sociale dimenticare il ruolo estremamente importante che rivestono istituti come le RSA, che - oltre ad assicurare loro una qualità di vita che non potrebbero mai raggiungere, se soli, non autosufficienti e con pluripatologie, confinati nelle proprie abitazioni - permettono di

evitare che la condizione di svantaggio si trasformi ed esploda come domanda sanitaria dalle dimensioni insostenibili.

«Si tratta di strutture fondamentali per rispondere alle esigenze di questa fetta importante della popolazione», ha sottolineato **Virginio Bebber**, Presidente ARIS, «anche se appare necessaria una loro riorganizzazione. Una riorganizzazione che le renda più rispondenti alle nuove conquiste tecnico-scientifiche e professionali e che soprattutto le valorizzino nello stesso modo nel territorio in cui sono inserite, sia esso il Mezzogiorno, il centro Italia, o ancora più su, a Nord del Paese. In modo tale da renderle capaci cioè di intercettare la domanda economica e sociale di questo “popolo” di anziani spesso soli, con scarse disponibilità economiche e senza aiuto, traducendola in un’offerta di servizi di sostegno che sappia dare risposte concrete».

«Nel progettare le cure per gli anziani non servono contrapposizioni ideologiche», ha aggiunto **Franco Massi**, Presidente UNEBA, «né manicheismi. Rsa e assistenza domiciliare, ospedali e Rsa (e mi permetto di ricordare che in Italia ci sono più posti letto in Rsa che in ospedale!) comunità alloggio e appartamenti protetti non sono alternative tra cui scegliere. Sono opzioni diverse a seconda dei diversi bisogni della persona assistita. E' in base ai bisogni che si scelgono le modalità di assistenza. Poiché il welfare del futuro sarà ancora più sotto pressione di adesso, desidero evidenziare ancora una volta che siamo già in ora in emergenza per il personale. In molte parti d'Italia mancano infermieri, mancano operatori sociosanitari, mancano medici. Per potersi prendere cura bene di chi ne ha bisogno bisogna anzitutto che ci siano donne e uomini che scelgono le professioni di cura».

Continuare a sostenere un sistema aspecifico e poco integrato appare ormai complesso e poco risolutivo, occorre intercettare la domanda economica e sociale di questo 'popolo' di anziani spesso soli, con scarse disponibilità economiche e senza aiuto, traducendola in un’offerta di servizi di sostegno che sappia dare risposte concrete ad esigenze concrete. Su questi e su altri importanti input sono chiamati a riflettere i numerosi esperti del settore che interverranno al convegno.

«L’invecchiamento della nostra popolazione sta già ponendo problemi epocali al nostro sistema previdenziale e sanitario» ha spiegato **Luigi Tesio**, Professore ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa dell’Università degli Studi di Milano e Direttore del Dipartimento di Scienze Neuroriabilitative, Istituto Auxologico Italiano IRCCS, Milano. «La sanità post-bellica è tuttora ancorata ad una visione che fa dell’Ospedale tecnologico il centro e l’inizio di percorsi di cura. Le straordinarie potenzialità guaritive della nuova Sanità illudono sulla completa riparabilità dell’uomo, nel mentre proprio l’aumento di sopravvivenza ne evidenzia la intrinseca fragilità biologica, relazionale e sociale che caratterizzerà i suoi ultimi, e ormai non pochi, decenni di vita. La politica è incerta sul come considerare la condizione esistenziale dell’anziano. Questa persona ha bisogni che né il modello ospedaliero, né l’attuale offerta di RSA e assistenza domiciliare, né tanto meno una accoglienza de-

tecnicizzata, sembrano soddisfare. Sostenere organizzativamente ed economicamente un sistema aspecifico e poco integrato appare sempre più difficile, soprattutto se si frammentano le risposte e se ne sommano i costi».

«Siamo chiamati ad un compito non facile: accontentarsi di offrire all'anziano un'accoglienza amorevole ma a bassa professionalità», ha dichiarato Mons. Card. **Gualtiero Bassetti**, Presidente della Conferenza Episcopale Italiana, «magari paghi di essere spesso gli unici a offrirla supplendo a carenze altrui, non sembra più abbastanza. L'assistenza all'anziano (paradigma dell'assistenza alla persona in generale) deve cogliere “i segni dei tempi” ampliando il tipo di offerta, accentuando e differenziando la presenza di nuove professionalità pur all'interno del mandato unico di “curare il tuo prossimo”. I contesti ospedaliero, di RSA, o di cure domiciliari non devono essere mondi isolati e antagonisti: scienza di qua, assistenza di là. Ciascun modello deve rappresentare una offerta anche tecnica, un'opportunità non preclusa da posizioni ideologiche. Probabilmente soltanto uomini illuminati dalla Luce del Vangelo, oggi, hanno la capacità di declinare concretamente la difficile missione di ricucire il crescente distacco fra scienza e assistenza: anziani e disabili sono un campo di confronto importantissimo».

«La Pandemia ha messo ancora di più in luce le criticità, ben note, del nostro Sistema sanitario nazionale», ha concluso **Mario Colombo**, Direttore Generale dell'Auxologico, «aggravate da un contesto istituzionale che richiede con urgenza la ridefinizione di ruoli e competenze che superino gli slogan politici pro statalismo o favorevoli ad un sistema maggiormente regionalizzato. Il Pnrr si presenta come una grande opportunità di riforma complessiva del sistema di assistenza e cura delle persone anziane, in particolare non autosufficienti. In questo gli erogatori privati no profit, che per loro natura condividono i valori di solidarietà ed uguaglianza del sistema pubblico, devono avere un ruolo centrale ed essere messi nelle condizioni di accedere ai tavoli di programmazione ed alle risorse per gli investimenti. Di fronte alla crescita della popolazione anziana e della complessità delle sue problematiche mediche, di fronte alla solitudine dei nostri anziani sempre più privi di reti familiari di sostegno non esiste un approccio unico e risolutivo. Chi prefigura un sistema fondato prevalentemente sui soli servizi domiciliari non tiene conto della realtà esistente, dovendosi invece ad un sistema con plurimi livelli di intervento, di intensità medica e sociale crescente, fino a ripensare in senso più medico e specialistico le nostre RSA, aprendole al territorio, integrandole con i servizi domiciliari, i centri diurni il volontariato».

### **Sintesi degli interventi dei relatori**

**Don Massimo Angelelli**, Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Italiana

La pandemia è quel fattore scatenante che ha portato in evidenza come la popolazione anziana in Italia stia vivendo un momento storico di una solitudine nuova, per dimensione e per isolamento; la Chiesa, che legge i “segni dei tempi”, si interroga a vari livelli sulle proposte concrete per rispondere a questa nuova situazione. Da una parte Papa Francesco ha istituito a Luglio la “Giornata dei Nonni e degli Anziani” per dare evidenza alla loro irrinunciabile presenza e reagire a quella che si presenta come “cultura dello scarto”. Soprattutto, Famiglia, Enti, strutture sanitarie e assistenziali (con i diversi livelli di competenza e complessità), laici, parrocchie, volontariato costruiscono una risposta data da una polifonia di collaborazioni che si prendono cura della persona, sempre. Questa nuova configurazione è chiamata a meglio rispondere alle nuove esigenze: i contesti ospedaliero, di RSA, o di cure domiciliari non devono essere mondi isolati e antagonisti: scienza di qua, assistenza di là. Ciascun modello deve rappresentare una offerta anche tecnica, un’opportunità non preclusa da posizioni ideologiche.

***Invecchiamento e salute: i modelli europei di assistenza agli anziani e ai non-autosufficienti***

**Claudio Lucifora**, Professore di Economia Politica e Direttore dell’Osservatorio sull’invecchiamento attivo dell’Università Cattolica di Milano

**Elena Villar**, Ricercatrice, Dipartimento di Economia e Finanza, Università Cattolica, Milano

(Osservatorio sull’invecchiamento attivo, CRILDA, Università Cattolica del Sacro Cuore)

Le principali criticità che interessano il settore dell’assistenza agli anziani non autosufficienti sono, principalmente, l’insufficienza e l’inadeguatezza dei servizi offerti, un ritardo strutturale che comporta una forte incidenza della cura informale. Nella nostra relazione abbiamo discusso i nuovi modelli per lo sviluppo dell’assistenza territoriale e il (nuovo) ruolo che le Residenze Sanitarie Assistenziali, unico luogo in cui i bisogni di cura delle forme più gravi di non autosufficienza possono essere adeguatamente soddisfatti, possono intraprendere. La nostra relazione ha inoltre presentato, utilizzando un’ampia evidenza di dati empirici, un quadro attuale e dettagliato delle condizioni di salute della popolazione anziana, mostrando come i territori divergano in termini di incidenza di malattie, stili di vita, programmi di prevenzione e servizi offerti. Nelle nostre conclusioni è stata proposta una riflessione sulla necessità di monitorare efficacemente l’evoluzione del percorso di invecchiamento per identificare tempestivamente i reali bisogni di assistenza dei singoli territori, anche e soprattutto evidenziando la carenza di informazioni longitudinali sullo stato di salute dei pazienti.

### ***Anziani e disabili fra scienza e assistenza***

**Luigi Tesio**, Professore di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Milano e Direttore del Dipartimento di Scienze Neuroriabilitative, Istituto Auxologico Italiano IRCCS, Milano

La sfida costituita dall'invecchiamento trae origine non soltanto dalla rilevanza demografica del fenomeno ma anche dalla difficoltà che il mondo contemporaneo trova nel gestire scientificamente - e non solo eticamente- il problema. La mia relazione sintetizza origine e meccanismo del divorzio in atto fra scienza e assistenza, iniziato cinque secoli fa. Una conseguenza è il fatto che la bio-medicina contemporanea attribuisce erroneamente scientificità soltanto ad un approccio a parti della persona (siano questi organi o molecole) ed una valenza soprattutto umanitaria, ma pur sempre de-tecnicizzata, alla presa in carico della persona con problemi cronici e multifattoriali. Questo rende difficile immaginare un modello unitario di risposta all'invecchiamento e in generale alla disabilità cronica: un modello che non divida né il guarire dal curare, né la sanità dall'assistenza sociale. Riportare la cura di anziani e disabili nel territorio della "vera" scienza, con i corrispondenti oneri e onori, è possibile, ed è l'unico modo per evitare antagonismi e sovrapposizioni fra risposta clinica e sociale.

### ***L'invecchiamento fra normalità esistenziale e patologia biologica***

**Carlo Augusto Marazzini**, Direttore Sanitario, Istituto La Provvidenza ONLUS, Busto Arsizio

Parlare di invecchiamento vuol dire parlare di salute ed il suo significato all'interno della vecchiaia. Ricordando che a partire dal 2021 l'ONU ha dichiarato "il decennio per l'invecchiamento in buona salute" per garantire che le persone anziane possano realizzare il loro percorso con dignità uguaglianza e in ambiente sano. Quando la malattia inficia la normalità esistenziale e fino a che punto la patologia può essere considerata normale per l'età e non nella norma? Sapere distinguere tra l'una o l'altra deve essere il paradigma della cura della persona anziana. Vi sono numerosi fattori, tuttavia; che determinano la tipologia di assistenza: complessità socio-economiche, complessità psico-esistenziali, complessità sanitarie, complessità assistenziali, complessità socio ambientali. In sintesi la persona va quindi intesa come individuo unico e insostituibile, simile e al tempo stesso diverso da qualsiasi altra persona che sia mai vissuta e che mai vivrà.

### ***Prevenzione e cura nell'anziano, fra intervento sociale e sanitario. Differenziare, integrare e non dividere i modelli assistenziali***

**Ranieri Zuttion**, Direttore Area Welfare di Comunità, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, Trieste

La sfida epocale rappresentata dall'invecchiamento della popolazione impone una radicale riconfigurazione dei sistemi di welfare rivolti alla popolazione anziana. La maggior consapevolezza della costitutiva vulnerabilità della condizione umana che la pandemia ci ha consegnato, può rappresentare il movente principale di una riforma che sappia interpretare la fragilità come un appello alla responsabilità e alla cura e, quindi, costituire fattore di costruzione del legame sociale. La personalizzazione declinata in chiave comunitaria diviene pertanto l'orizzonte strategico di questo complesso processo di riconfigurazione dei dispositivi di cura per le persone anziane non autosufficienti. Riconfigurazione che dovrà assumere tre approcci: quello preventivo e promozionale, quello di una governance multilivello per una reale integrazione degli attori (in particolare sociali e sanitari), quello di una innovazione e riconversione dei servizi in chiave generativa e relazionale.

### ***Gli interventi domiciliari: da ripiego ad anello di una stessa catena di cura***

**Filippo Cristoferi**, Direttore Relazioni Istituzionali, Fondazione Maddalena Grassi, Milano

L'assistenza domiciliare è un anello fondamentale del sistema di cura in particolare del paziente anziano cronico e pluri-patologico. Quotidianamente la Fondazione Maddalena Grassi offre al domicilio dei pazienti servizi altamente specializzati e rispondenti alle specifiche esigenze di salute delle persone che assiste. Il livello di professionalità del personale nella cura domiciliare è specifico di un livello di servizio che completa una più ampia filiera di cura nell'accudimento delle persone con patologie anche complesse. La nostra esperienza rileva che i pazienti preferiscono permanere al domicilio quanto più possibile ma si è altrettanto consapevoli che vi sono stati patologici che richiedono un livello di cure continuativo e intensivo. In questo senso l'integrazione con i servizi semiresidenziali e residenziali territoriali così come l'integrazione con i servizi specialistico-ospedalieri è fondamentale per garantire un continuum di cura al singolo bisogno di salute. La Fondazione Maddalena Grassi, uno dei maggiori erogatori di assistenza e cura domiciliare diffuse sul territorio di Milano, sarà sempre disponibile a valutare sinergie collaborazioni e partnership con altri soggetti istituzionali, in particolare no profit, per integrare servizi a completamento della filiera di salute per una maggior qualità del servizio di cura.

### ***Curarsi di chi cura l'anziano: l'operatore fra motivazione umana e gratificazione professionale***

**Roberto Franchini**, Docente presso il Dipartimento di Pedagogia, Università Cattolica, Brescia e Presidente Endo-Fap Ente Nazionale Don Orione - Formazione e Aggiornamento Professionale

L'agire quotidiano degli operatori è animato da tre istanze, tra loro complementari: il rispetto di requisiti, dettati da norme e protocolli; la propria



tecnica, derivante dalla figura professionale e dalla relativa preparazione; infine, la prossimità, intesa come sorgente antropologica della relazione di aiuto. Le tre istanze devono essere prese in considerazione in un equilibrato piano di gestione motivazionale e formativa degli operatori, specie in particolari condizioni di stress come la pandemia. Infatti, l'aspetto legale, preso in se stesso, può condurre ad uno stile centrato sulle norme, che svuota l'aspetto relazionale. Persino la preparazione tecnica, presa in se stessa, può portare a situazioni di ripetitività e di stress, specie laddove (come negli ambiti della cronicità), gli esiti clinici e funzionali non sono immediatamente percepibili. L'istanza della prossimità è tuttavia esposta agli equivoci dell'ingenuità e del semplicismo: il progetto di vita, con la definizione dei personal outcome (esiti personali), può evitare tali derive, riconducendo la relazione di aiuto sul solido terreno del costrutto di Qualità della Vita. In questo orizzonte, formazione e ricerca sostengono gli operatori nella percezione costante degli esiti del loro operato, costituendo la vera sorgente della loro motivazione e gratificazione professionale.

Per ulteriori informazioni:

IRCCS Istituto Auxologico Italiano

Pierangelo Garzia - Responsabile Ufficio Stampa

[garzia@auxologico.it](mailto:garzia@auxologico.it) tel. 0261911.2896