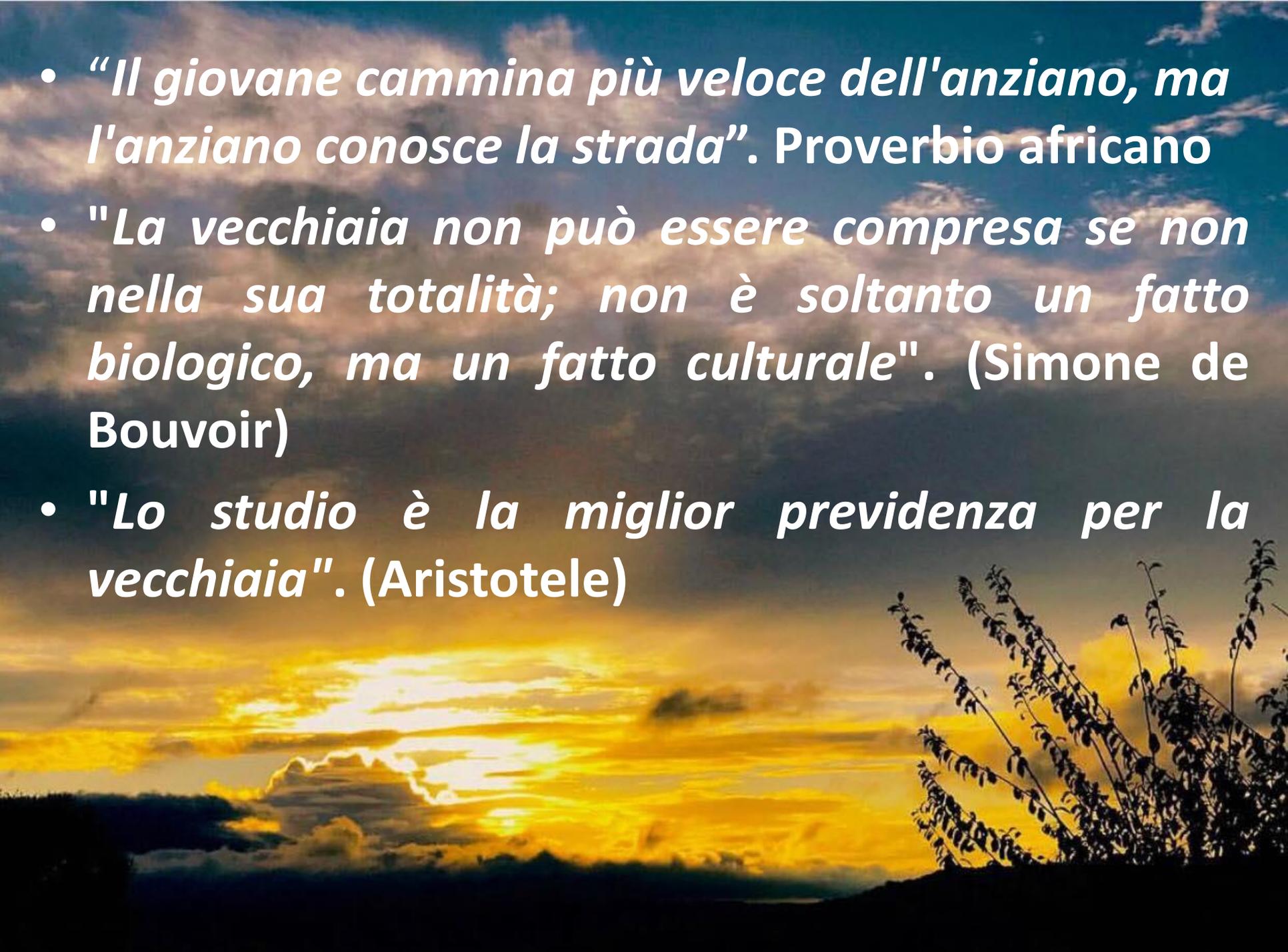
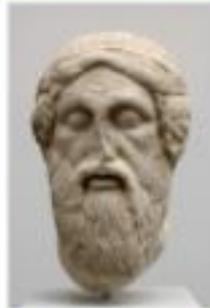


VULNERABILITA' DEGLI ANZIANI E SERVIZIO SOCIALE (Parte I)



- *“Il giovane cammina più veloce dell'anziano, ma l'anziano conosce la strada”*. Proverbio africano
- *“La vecchiaia non può essere compresa se non nella sua totalità; non è soltanto un fatto biologico, ma un fatto culturale”*. (Simone de Bouvoir)
- *“Lo studio è la miglior previdenza per la vecchiaia”*. (Aristotele)





VECCHIAIA



SALUTE

Invecchiare è un privilegio ed un obiettivo della società, ma è anche una sfida che avrà un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo.

(O.M.S. 2005)



FRAGILITA'

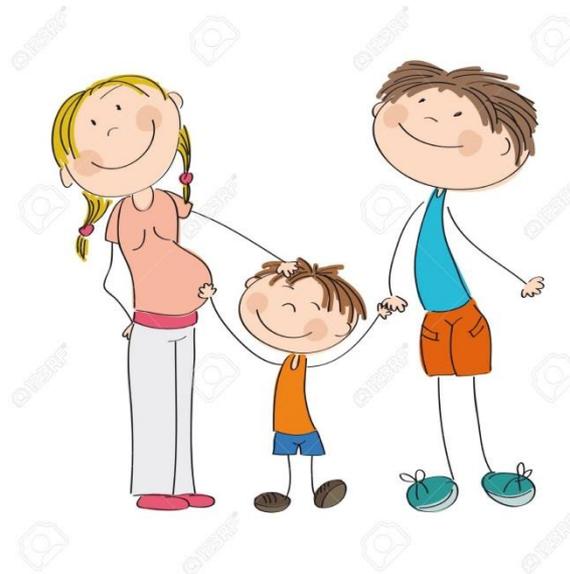
GLI ANZIANI IN ITALIA

ASPETTI GIURIDICO-SOCIALI

Il tema della **non autosufficienza** legata all'anzianità delle persone è oggi al centro del dibattito politico-sociale ed etico del nostro Paese.

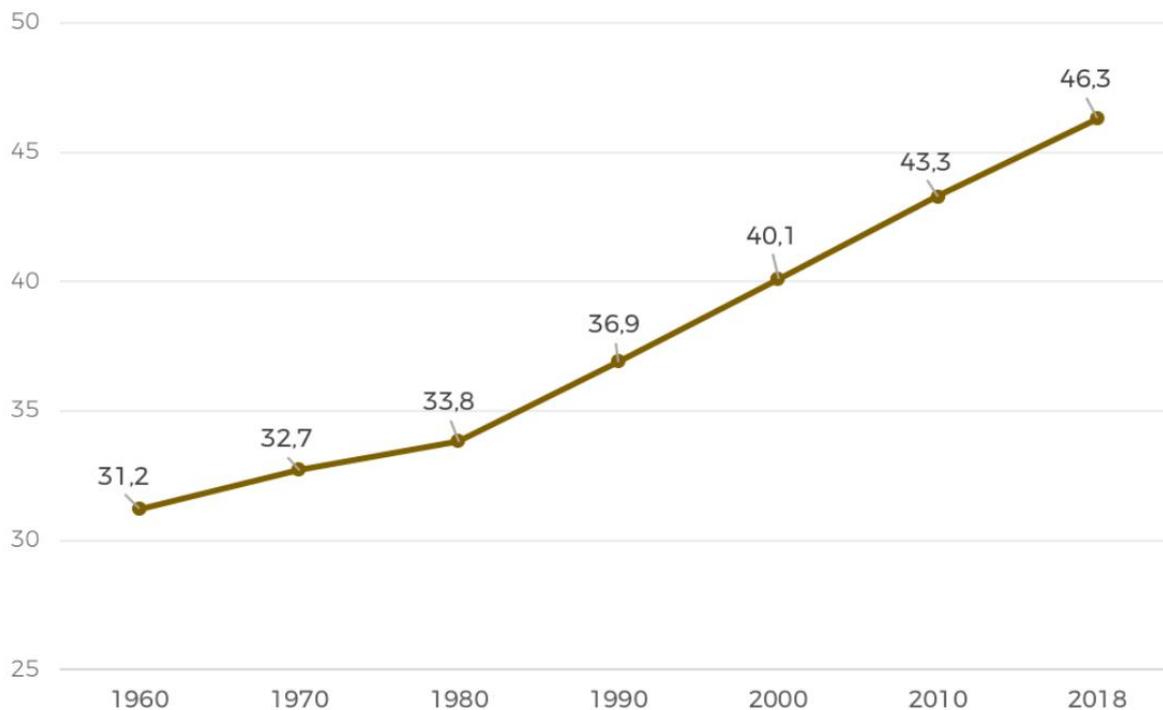
L'Italia infatti è diventato uno dei Paesi con il più alto tasso di invecchiamento nel mondo.

Per valutare il tasso di anzianità occorre confrontare i dati relativi alla longevità e quelli relativi all'incremento demografico(natalità e fecondità). La popolazione anziana (da convenzione gli over 65) in Italia rappresenta il **22,3%** della popolazione, **contro una media europea del 19,4%**.





ETÀ MEDIANA DELLA POPOLAZIONE IN ITALIA



LeNIUS

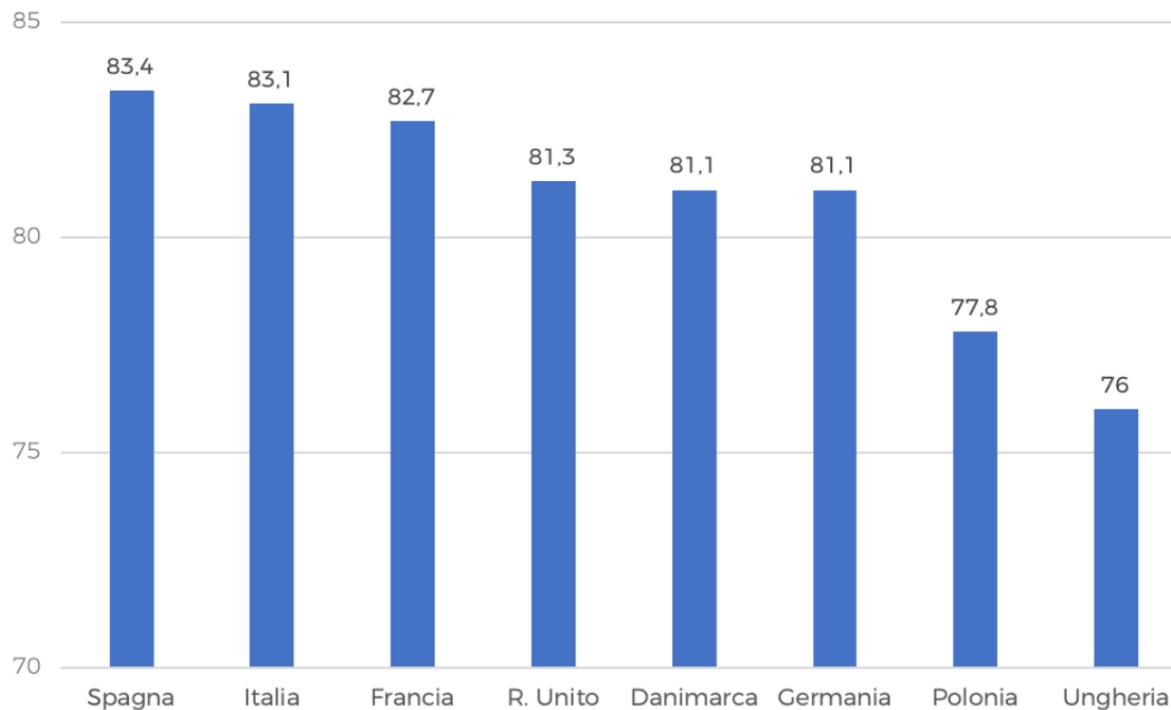


FONTE: EUROSTAT

@LeNius.it



ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA IN ALCUNI PAESI EUROPEI



LeNIUS



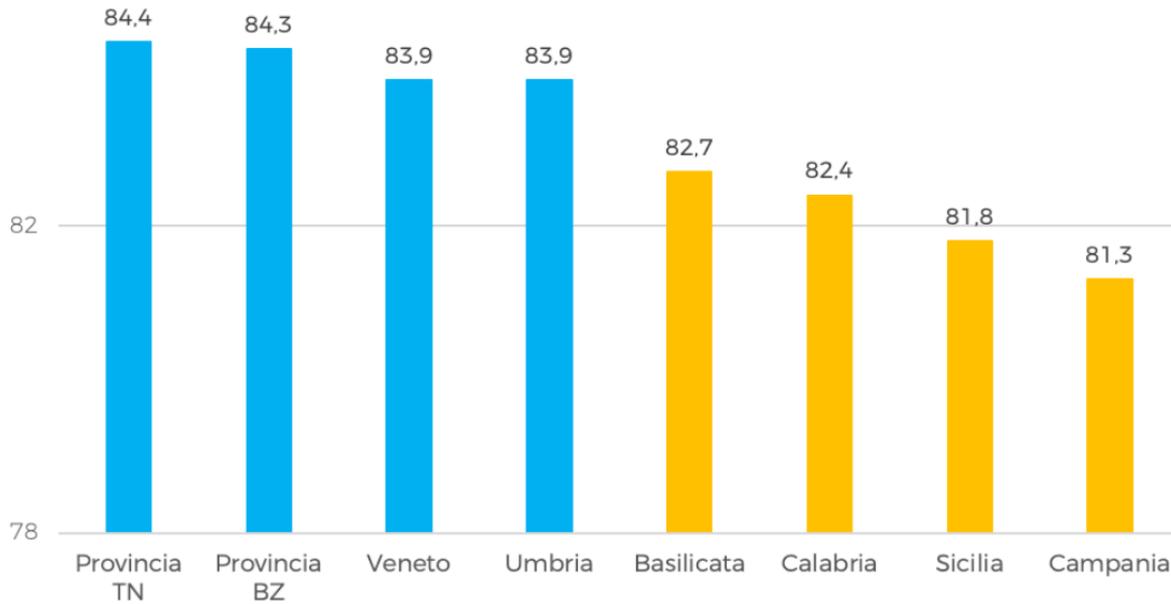
FONTE: EUROSTAT, DATI 2017

@LeNius.it



ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA IN ALCUNE REGIONI ITALIANE

86



LeNIUS

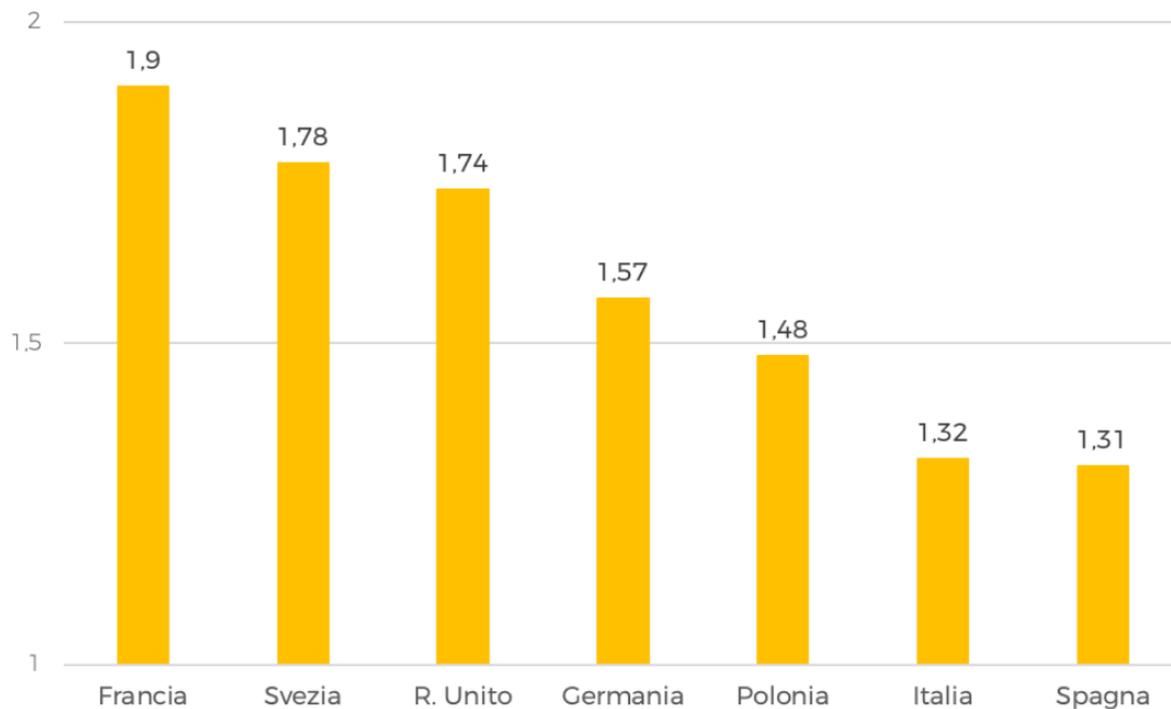


FONTE: EUROSTAT, DATI 2017

Il grafico riporta i dati delle 4 regioni con valori più alti e più bassi



NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA IN ALCUNI PAESI EUROPEI



LeNIUS



@LeNius.it

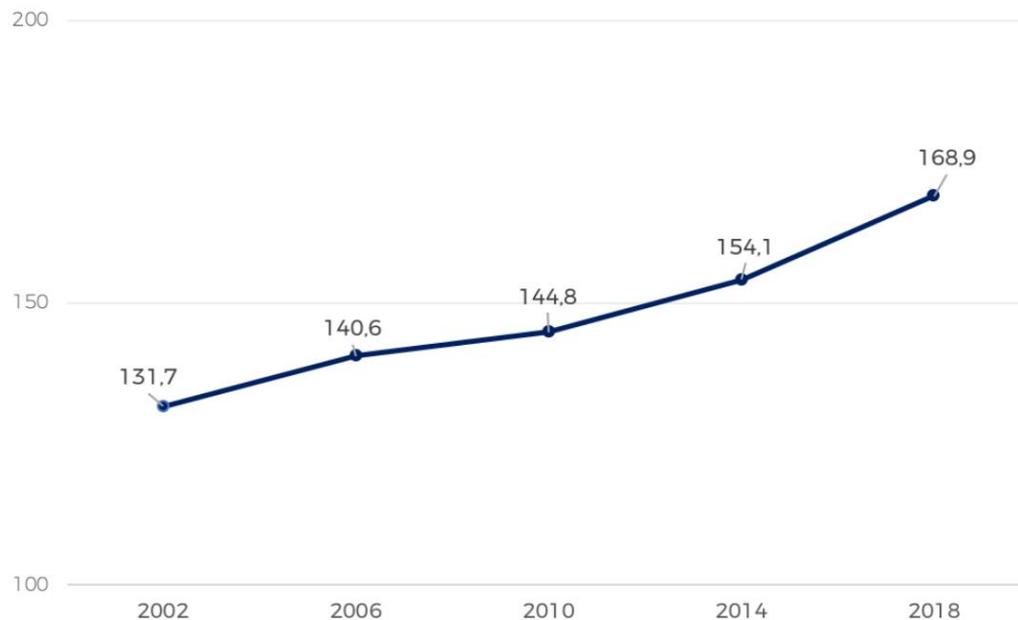
FONTE: EUROSTAT, DATI 2017

Per mantenere l'equilibrio demografico costante il nr. medio di figli dovrebbe essere 2,1.

Indice di vecchiaia = L'indice di vecchiaia è il **rapporto** tra la popolazione **over 65 anni** e la **popolazione di 0-14 anni**, moltiplicato per 100. Questo dato nel 2018 è di 168,9.



INDICE DI VECCHIAIA IN ITALIA



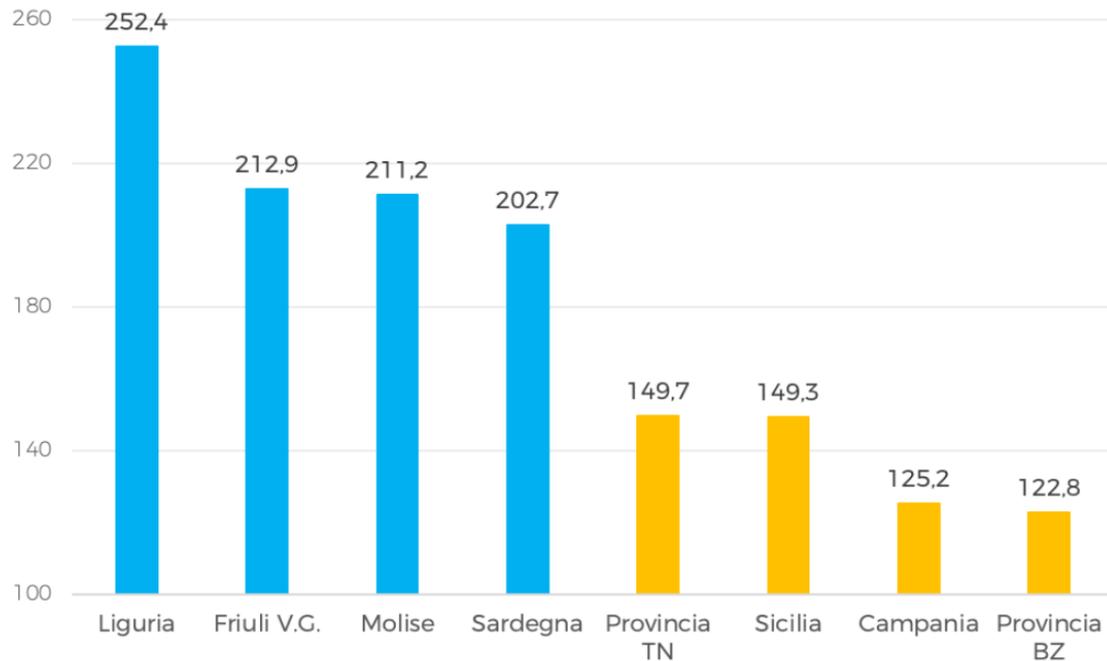
LeNIUS

 **FONTE: ISTAT**
@LeNius.it

Indice di vecchiaia – Regioni



INDICE DI VECCHIAIA IN ALCUNE REGIONI ITALIANE



LeNIUS



FONTE: ISTAT

Il grafico riporta i dati delle 4 regioni con i valori più alti e più bassi

@LeNius.it



NUMERO DI ANZIANI OGNI 100 PERSONE IN ETÀ LAVORATIVA



LeNIUS



FRONTE: EUROSTAT, DATI 2017

@LeNius.it

- **La longevità non è sempre garanzia** di mantenimento di buone condizioni di salute o di condizioni sufficientemente compatibili con una gestione di vita autonoma.
- Il fenomeno dell'invecchiamento sociale si è verificato ad un ritmo piuttosto rapido e con una intensità elevata, cosicché la **rete di interventi** predisposta dal Welfare, a sostegno degli anziani, si è rivelata **inidonea** a far fronte efficacemente alla **complessità dei bisogni**.

Problemi di inefficienza hanno investito:

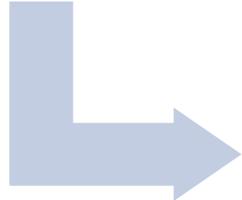
- Il Servizio sanitario
- I servizi sociali (soprattutto a livello degli Enti locali)
- Servizio sanitario e servizi sociali (a livello di Enti Locali)

L'Insufficienza del servizio ha riguardato:

- la quantità dei programmi di intervento
- La qualità del servizio

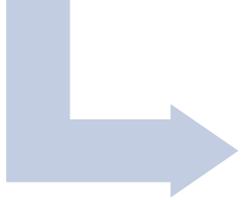
Più Bisogni

- Aumento della popolazione in età avanzata (denatalità)
- Longevità

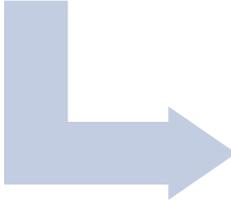


Aumento vulnerabilità

- Crescente aumento (oltre 32%) di anziani che vivono da soli



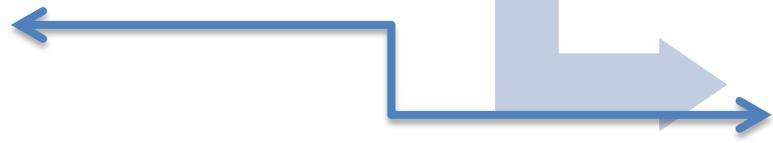
Aumento dipendenza e bisogno cura



Vulnerabilità /dipendenza perdurante nel tempo

- Presa in carico a lungo termine

Crescita del settore interventi residenziali, semi-residenziali



Nuovi bisogni = Nuova Cura

FONTI NORMATIVE

Il problema della «gestione e cura dell'anziano» è divenuto centrale anche a livello giuridico e di *policy* (Regioni e enti locali), sebbene ad oggi manchi cornice legislativa, a livello nazionale, espressamente dedicata alla «non autosufficienza». Questo vuoto legislativo può far sorgere problemi in tema di bilancio delle spese degli enti locali.

Ad oggi i punti di riferimento normativi sono:

- Le leggi in ambito socio-sanitario: il D.lgs **229/99 (riforma per la razionalizzazione SSN)**, il “**Progetto Obiettivo Anziani**” (1992), la legge quadro 328 del 2000 (“*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”) e **leggi regionali**.
- Tali normative indicano nella **domiciliarità delle cure** il cuore degli interventi a favore degli anziani con problemi di autosufficienza.
- Ove possibile, occorre individuare forme e percorsi di ADI (aiuto domestico integrato) e forme di sostegno economico.
- Le normative sottolineano l'importanza dell'intervento a sostegno dell'anziano in **forma complessiva e multidimensionale** (sfera delle relazioni, sociale, affettiva), poiché nell'anziano spesso sono compromessi tutti gli aspetti della vita, a causa di gravi invalidazioni o perduranti condizioni di invalidità.
- Si accentua anche l'attenzione alla “**prevenzione**” **della dipendenza** e non autosufficienza negli anziani, soprattutto con riguardo a persone le cui affezioni colpiscono la dimensione cognitiva e psichica (demenze senili ed il morbo di Alzheimer).

PROSPETTIVE GIURIDICHE FUTURE

La prossima legislatura dovrà mettere al centro della propria agenda il tema della **non autosufficienza** e dell'assistenza socio-sanitaria delle **persone anziane**.

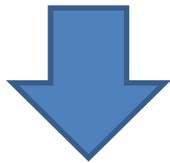
«È indispensabile una legge nazionale che punti innanzitutto a fornire un punto di riferimento certo in grado di valutare con la persona o con la sua famiglia quali sono le prestazioni e i servizi più idonei ad affrontare la condizione di non autosufficienza; che eroghi servizi e prestazioni di qualità riducendo le distanze che oggi esistono tra Nord e Sud ma anche all'interno delle stesse Regioni; che sia adeguatamente finanziata e che sostenga veramente le famiglie evitando che la prospettiva di avere un parente non autosufficiente incomba come una minaccia per il futuro». **SPI-CGL** (sindacato pensionati italiani).

Osservatorio nazionale RSA (residenze sanitarie anziani)

- Strutture residenziali per anziani sono complessivamente **private**.
- Su 4mila strutture analizzate in tutta Italia **solo il 14% sono pubbliche** e gestite direttamente dai Comuni, dalle associazioni o consorzi ad essi legate, da Aziende sanitarie o da Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP).
- Il **restante 86%** sono invece gestite da privati, enti religiosi, Onlus, Fondazioni e cooperative.
- **Sono Costose:** nel pubblico rette **fino 1.800 euro al mese**. Nel privato **oltre i 2.500 euro**.
- Sono di **Piccole-medie dimensioni:** oltre l'80% infatti **non ha più di 100 posti letto** (il 10% fino a 20, il 33% ne ha tra i 20 e i 50, il 38% tra i 50 e i 100). **Solo il 19% ha oltre 100 posti letto.**)
- Sono **poco trasparenti:** se il 68% comunica informazioni sul personale impiegato e il 77% ha un sito web sono **solo il 38% quelle che pubblicano la Carta dei servizi**.
- Un fenomeno fortemente in crescita è quello delle **case famiglia** e delle strutture a **carattere comunitario**.
- Case famiglia: possono ospitare fino a 6 persone mentre le residenze comunitarie possono ospitare fino a 20. Sono più diffuse perché per avviare questa particolare attività commerciale basta una semplice dichiarazione (la **Dia**) e non c'è bisogno di una autorizzazione preventiva al funzionamento. In questo modo anche persone **senza competenze** e conoscenza del settore dell'assistenza socio-sanitaria agli anziani possono aprire e gestire una struttura residenziale. Le tariffe, secondo l'Osservatorio, rischiano di essere così fuori controllo.

ANZIANITÀ E FRAGILITÀ

- «Condizione caratterizzata da una **ridotta riserva fisiologica**, associata ad **un'aumentata suscettibilità**, ... le principali componenti della fragilità sono una ridotta capacità del sistema neurologico, cardiovascolare e respiratorio indotta dal sommarsi degli effetti dell'invecchiamento dei danni conseguenti ad uno **stile di vita inadeguato** (sedentarietà, fumo, abuso, alcool, etc.) ed a malattie in atto o subite nel corso della vita... **la fragilità si realizza solo quando la riduzione delle riserve fisiologiche raggiunge un livello critico**»(Buchner et al, Clinics in Geriatric Medicine, 1992).





FRAGILITÀ E DISABILITÀ

La disabilità:

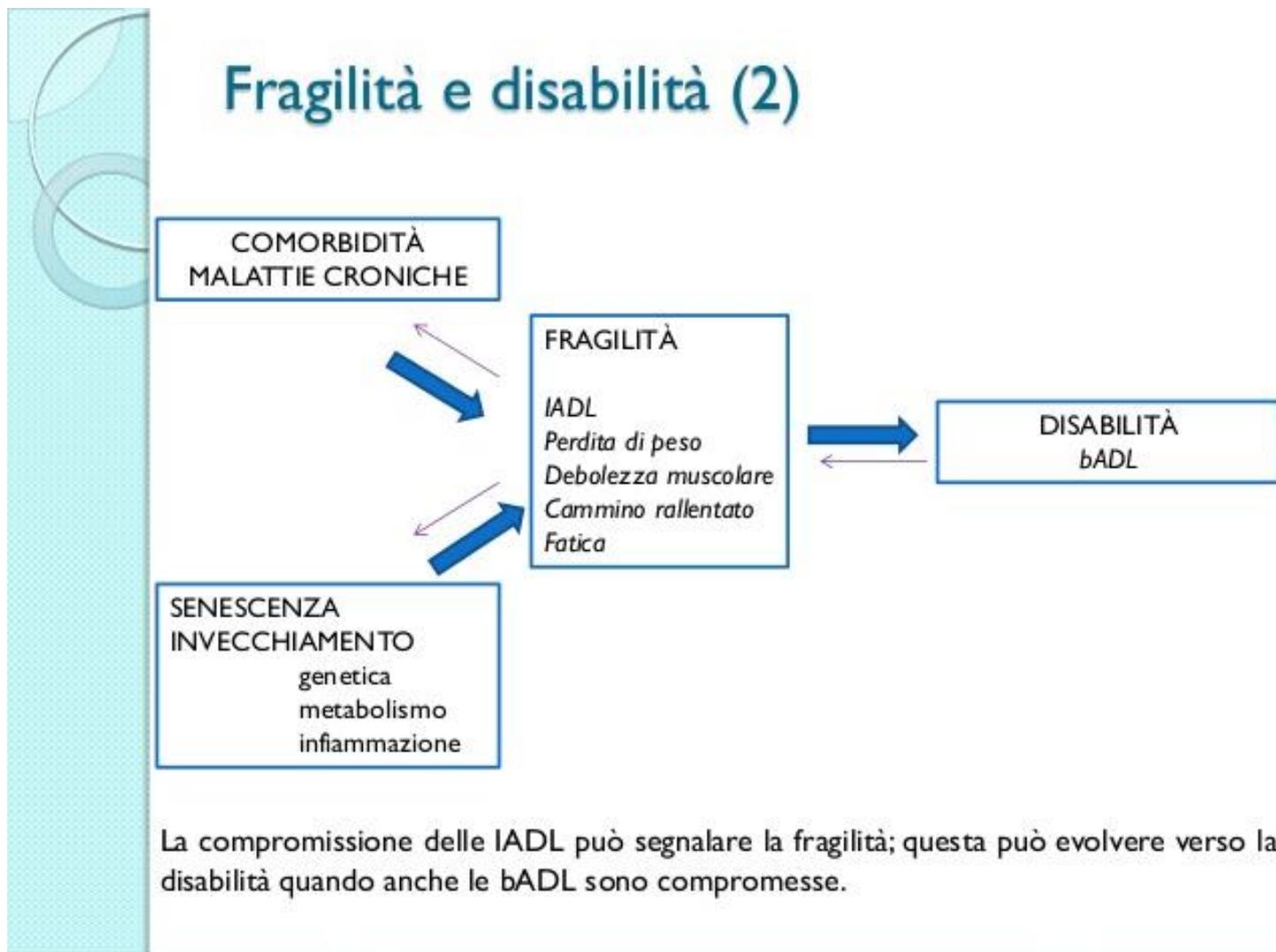
- **Perdita** di una o più funzioni fisiologiche

La fragilità:

- «**Riduzione** delle riserve fisiologiche a livello critico, determinando una condizione di **instabilità** e di **rischio di ulteriore perdita** di altre funzioni, che sono espressione del numero di sistemi fisiologici vicini o al di là della soglia del compenso omeostatico*. Ne deriva che la persona fragile è quella che ha un aumentato rischio di disabilità e di morte quale conseguenza di un evento stressante anche di minima entità». (Campbell et al, Age Ageing, 1997).
- «La **fragilità** è un **fattore indipendente e distinto dalla comorbilità e dalla disabilità**».
- «Il concetto di fragilità ha avuto il merito di contribuire a spostare l'ottica da un **approccio** al paziente anziano centrato sulla malattia o sull'organo, a una visione più integrata della **salute nei suoi diversi aspetti**». (Bergman 2007)

- * compenso omeostatico: Meccanismo per cui un organo malato, in particolare il cuore, o un sistema omeostatico, cerca di supplire al proprio stato di alterazione anatomica o funzionale con un aumento della propria attività o, comunque, con meccanismi di compenso o di recupero.
- Sotto il profilo **biomedico**: la fragilità è una **sindrome fisiologica** caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla **diminuita resistenza agli stressor**, risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli, con conseguente vulnerabilità e conseguenze avverse.
- Dal punto di vista **bio-psico-sociale**: «*la fragilità è uno **stato dinamico** che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili, che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute*». (Gobbens 2010)

- Dal punto di vista bioetico la fragilità può essere definita una **vulnerabilità latente**, con la possibile **perdita di capacità adattative**.
- La fragilità ha una **natura ciclica**



- PALERMO S., *Frailty in the elderly. A neurocognitive approach*, 2018.

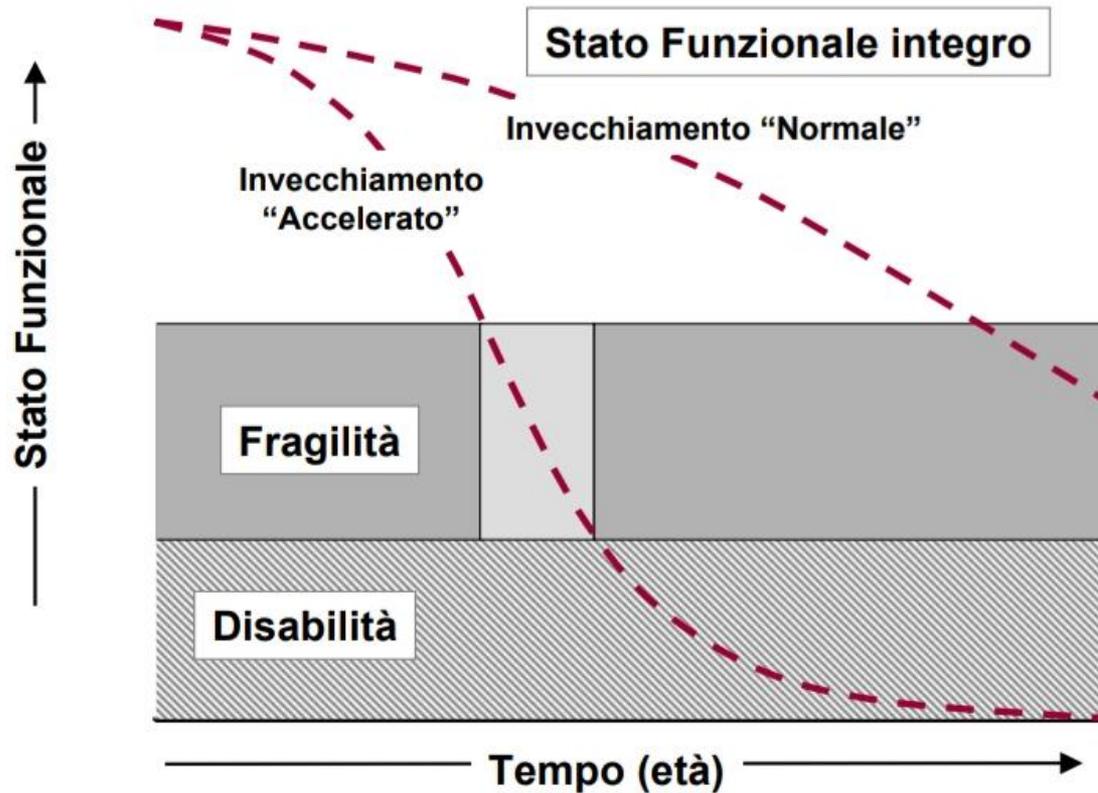
GLOSSARIO:

- **ADL**= "*Activities daily living*" significa **attività di vita quotidiana**;
- **IADL**= "*Instrumental Activities of Daily Living*" significa invece il grado di **compromissione** nelle **attività strumentali** della vita quotidiana. Su una scala da 0 a 8 punti, minore è il punteggio finale (es. IADL: 1/8), maggiore è il grado di compromissione dell'autonomia del soggetto.
- **BADL**= "*Basic activities of daily living*" (attività di base della vita quotidiana).
- **M.M.S.E.** "Mini Mental State Examination« (esame dello stato mentale minimo): è il test per la valutazione dei **disturbi dell'efficienza intellettiva** e della presenza di **deterioramento cognitivo**: si basa su una scala valutativa da 0 a 30 punti ed anche in questo caso, minore è il punteggio conseguito (es. MMSE: 6/30), maggiore è la non autonomia del periziando.
- In particolare:
 - Un punteggio pari od inferiore a 13 = deterioramento grave
 - Un punteggio compreso tra 13 e 17 = deterioramento evidente
 - Un punteggio compreso tra 18 e 24 = compromissione da moderata a lieve
 - Un punteggio pari a 25 = borderline
 - Un punteggio compreso tra 26 e 30 = normalità cognitiva

La fragilità ha natura ciclica (vedi schema pag. 20)

- Le **comorbidità** (compresenza di malattie croniche), lo **stress**, acuto e cronico, la **depressione**, i bassi livelli di attività o la diminuzione dell'apporto proteico e di micronutrienti nella dieta, **possono scatenare o accelerare la fragilità**. (Fried 1999)
- Altre **concause** di fragilità possono essere: **isolamento sociale**, abuso di alcoolici, fumo, malattie croniche e polifarmacoterapia. (Beers 1991).
- A sua volta i fattori suddetti (comorbidity + concause) determinano una **diminuzione delle IALS** (attività strumentali di vita quotidiana), che a loro volta **accelerano il processo di invecchiamento** e l'insorgenza della senescenza (il soggetto avrà sempre più peculiarità senili sia a livello genetico, che metabolico che psico-fisico).

- La compromissione delle IADL conduce l'anziano dalla fragilità alla **disabilità**, che insorge quando le **BADL** sono altrettanto **compromesse**.
- Più è rapido il processo di invecchiamento più aumenta il rischio che la fragilità degeneri in disabilità.



- Belevi et al., *L'anziano fragile e vulnerabile: il significato delle sindromi geriatriche*, JAMDa 2008)

INVECCHIAMENTO (in particolare La Demenza) e aspetti sociali...

- L'incidenza della demenza aumenta con l'avanzare dell'età e costituisce un crescente problema medico, sociale, assistenziale ed economico.
- La demenza interferisce con **l'autonomia e la dignità** della persona ed è motivo di sofferenza anche per il **contesto familiare**. La demenza dunque produce **vulnerabilità** esistenziali, relazionali e sociali.
- È stata definita un' "*epidemia silenziosa ed ingravescente*", in quanto coinvolge significativamente sia la sfera privata (familiare) che quella istituzionale (SSN e servizi socio-assistenziali).
- Dal punto di vista scientifico la possiamo definire come un deterioramento globale, cronico, progressivo ed irreversibile delle funzioni corticali superiori precedentemente integre. Il declino interessa sia la memoria che le capacità di risolvere i problemi della vita quotidiana. Si riscontrano anche una riduzione delle capacità di orientamento nello spazio e nel tempo, l'impossibilità di certi movimenti, l'alterazione dell'affettività, e una compromissione progressiva e complessiva delle normali attività giornaliere.

- ...aspetti psico-sociali e relazionale
- l'invecchiamento, sia fisico che più strettamente cognitivo (es. la demenza), determina un **peggioramento delle capacità adattative**, cioè di reazione ad eventi stressogeni, il che – a sua volta – contribuisce a rendere il soggetto sempre meno indipendente e **sempre più dipendente** dalle cure altrui.

