



## Cosa ci aspetta nel prossimo futuro?

### What must we expect in the next future?

G. SALVIOLI

Centro di Valutazione e Ricerca Gerontologica, Università di Modena e Reggio Emilia

**Parole chiave:** Futuro • Medicina • Società • Anziani

**Key words:** Future • Medicine • Society • Elderly

Durante il 2007 è rimasta invariata la scarsa considerazione da parte delle classi dirigenti per le modificazioni più importanti della realtà sociale; la popolazione invecchia (la demografia è una scienza e la medicina che si occupa degli anziani è la geriatria) e la qualità dell'ambiente in cui viviamo si deteriora progressivamente tanto che si parla sempre di più di *The challenge to change* a vari livelli della società in cui viviamo. Le risposte correnti ai problemi citati sono molteplici; leggendo i giornali prevale l'idea che si possano risolvere fondando nuovi partiti politici diretti dalle solite persone; la nuova stagione sarebbe realizzabile con gli anziani ancora protagonisti, anche se governano ormai da tantissimi anni con principi spesso paralizzanti dalle ideologie. I cosiddetti giovani sono scarsamente coinvolti: ne scaturisce un problema generazionale; alcune decisioni economiche e di *welfare* non sembrano vantaggiose per il futuro dei giovani. I giornali, spesso soporiferi, utilizzano ampi spazi per descrivere le situazioni difficili: "cosa succederà?", si chiedono, evitando di cogliere i momenti di restaurazione in atto, non raramente corporativi; si continuano a ritenere buone le decisioni del passato, mentre nazioni a noi vicine agiscono con procedure rapide, basate sul buon senso, pragmatiche. La donna vive sei anni di più dell'uomo, ci sono pari diritti fra i due sessi: conseguenza illogica è che la donna italiana vada in pensione cinque anni prima dell'uomo; non si capisce su quali basi scientifiche e considerazioni sociali il governo legiferi. Sicuramente l'ideologia, la demagogia e il corporativismo continuano ad essere prevalenti! La vita si allunga e pertanto ogni cittadino necessita di più risorse: si preferisce però allontanarlo precocemente dal ciclo produttivo con la modalità del "tutto o nulla"; non è ancora previsto un ruolo del "vecchio" nella società, anche se certi settori, come quello politico, sono dominati proprio dai vecchi. La ricchezza dei singoli dipende largamente da quanto sono in grado di produrre: la domanda è chi fornirà ai grandi vecchi le risorse per vivere decentemente; recentemente il governo ha ritenuto di affrontare il problema aumentando le pensioni minime di poche decine di euro mensili. Invecchiando la popolazione, le attese dei cittadini aumentano così come la loro responsabilità nelle scelte; si spenderà sempre di più per le cure mediche



(probabile invece la diminuzione delle spese per gli alimenti); si prevede che negli USA le spese sanitarie saliranno al 30% del PIL. La crescente disponibilità economica spingerà ad un'accelerazione dell'innovazione tecnologica applicata alla sanità; le cure avanzate e tecnologiche saranno sempre più personalizzate, mettendo in crisi i sistemi egualitari: ci sarà miglioramento del benessere di tutti sul lungo periodo, ma si accentueranno le disuguaglianze di trattamento nel breve periodo. I compiti e le responsabilità del Geriatra per la tutela sanitaria e sociale delle persone più anziane sono destinati ad aumentare.

In Italia la ricerca e lo sviluppo, di cui tutti parlano, non tengono il passo delle nazioni europee: con poca evidenza si segnala che, mentre in Svezia sono 400 i corsi universitari di dottorato di ricerca per milione di abitanti, in Italia soltanto 29. Intanto grandi risorse economiche privilegiano l'istituto delle province (a cosa servono?) e la retribuzione della classe politica (fra le più pagate in Europa). Si pensa di affrontare i problemi cronici dell'Università italiana: questa ha un'offerta didattica spesso inutile (corsi di laurea senza iscritti, "lauree con aule vuote" perché non si tiene conto del mercato); si progetta di cambiare il sistema di valutazione delle attività complessive dell'Università, bloccando i concorsi dei Docenti e anche la proliferazione dei corsi di laurea inutili (il numero complessivo sarebbe di 5591); l'obiettivo è un "nuovo modello" di distribuzione premiale del Fondo di finanziamento ordinario: in realtà detta distribuzione selettiva riguarderà soltanto il 5% delle risorse economiche destinate all'Università (in questa piccola frazione, la ricerca inciderà per l'1,6%); non basterà certamente questa timida strategia per migliorare la didattica e soprattutto la ricerca; ambedue richiedono la dedizione e l'impegno dei docenti e degli studenti. L'inefficienza dell'attuale sistema formativo universitario ha radici profonde anche nella preparazione degli studenti delle scuole medie superiori che accedono all'Università; essa è stata giudicata scarsa dalla rilevazione europea PISA (*Programme for international student assessment* – <http://www.invalsi.it/ric-int/Pisa2006/sito>). È tempo che si verifichi, con adeguate metodologie, l'effettiva preparazione degli studenti dei corsi di laurea in medicina per ottenere un analogo indispensabile giudizio. Quella di non verificare i risultati è una radicata abitudine italiana; prevalgono la polverizzazione degli interessi e l'esasperato

individualismo (qualcuno parla di società a coriandoli). Intanto molte risorse sono destinate all'allontanamento dei rifiuti di importanti città: i partiti ne parlano poco trattandosi di un pessimo risultato; forse sfugge il conseguente imprecisato inquinamento ambientale prodotto da questa incivile e duratura consuetudine.

I vecchi aumentano come anche il numero di disabili; si consulti il sito *disabilità in cifre* del Ministero della Solidarietà Sociale (<http://www.disabilitaincifre.it>); della spesa procapite annuale di 1400 euro circa, solo 40 euro sono dedicati alle cure domiciliari dei non-autosufficienti. Si può affermare che il problema della non autosufficienza abbia trovato fino ad oggi soluzioni poco soddisfacenti (si vedano i siti: [http://www.lavoce.info/news/print.php?id=23&cms\\_pk=1538&frm=index](http://www.lavoce.info/news/print.php?id=23&cms_pk=1538&frm=index) e [http://www.lavoce.info/news/print.php?cms\\_pk=2702](http://www.lavoce.info/news/print.php?cms_pk=2702)) anche a livello sanitario; a livello sociale si legge che il Governo deve fare di più, ma lo stanziamento di 100 milioni di euro per l'anno in corso sembra quasi simbolico. Anche un servizio sanitario come quello degli Stati Uniti, tanto criticato, che per il 55% è privato, prevede programmi di assistenza e cura a carico dello stato per gli ultra65enni (*Medicare*) e per gli indigenti (*Medicaid*) (non si dovrebbe dimenticare che gli USA sono la nazione che più spende anche per la sanità pubblica). All'interno del servizio sanitario nazionale italiano, le carenze e i problemi della *primary care* non sono stati adeguatamente affrontati e risolti; sullo stesso tema anche la medicina accademica non si adegua ignorando con insistenza i bisogni dei malati cronici che aumentano sempre di più. Il laureato in medicina dovrebbe essere in grado di identificare i pazienti che non ricevono cure adeguate per poter riconsiderare con idonea metodologia gli anziani fragili e disabili da un punto di vista clinico ed assistenziale (bisogni); sarebbe così possibile prendere decisioni cliniche ed assistenziali più corrette ed evitare l'abuso del ricovero ospedaliero; si dovrebbe applicare un semplice protocollo di screening; ma la sua realizzazione ha il nemico più forte nella consolidata burocrazia.

Oggi si sta affermando il principio incentivante del *pay-for-performance* per implementare in modo certo alcune prestazioni da parte dei medici di medicina generale. Da noi si fanno tanti discorsi: la casa della salute, il patto per la salute, i nuclei di cure primarie, il piano strategico nazionale per la salute degli anziani: ma nella pratica quotidiana ben poco cambia. La cultura

medica sembra basata più sul tempo pieno che sul prodotto e sui risultati; si pensa troppo alla privacy, al testamento biologico e anche ai lavavetri; insufficienti risultano le proposte riguardanti il miglioramento della qualità delle cure, soprattutto territoriali, residenziali e domiciliari per le persone più vecchie, costrette a rivolgersi alle badanti.

Il comportamento del medico è correttamente delineato e qualificato nel nuovo codice deontologico, ma quando partecipa ai dibattiti con i politici riesce raramente a contrastarne la demagogia. In Italia gli accertamenti diagnostici sono circa 215 milioni ogni anno, escludendo quelli ospedalieri, e 200 milioni le visite specialistiche: tante le duplicazioni e le futilità e, non segnalate, quelle che riguardano specificatamente le persone anziane; queste continuano ad essere esposte alle prevalenti competenze mediche generiche che ignorano la valutazione multidimensionale geriatrica. Le cure palliative sembrano riguardare la Geriatria solo marginalmente, nonostante l'attenzione della nostra disciplina testimoniata dal documento di qualità leggibile al sito [http://www.sigg.it/gruppi\\_dettaglio.asp?id=1](http://www.sigg.it/gruppi_dettaglio.asp?id=1); probabilmente se queste fossero note

e correttamente applicate e si evitassero trattamenti eroici (accanimento terapeutico) privi di documentata efficacia, il problema del testamento biologico sarebbe meno incumbente. I medici non sembrano adeguatamente preparati ad affrontare i problemi del fine vita; i contenuti del codice deontologico sono molto avanzati rispetto a quelli delle discussioni in corso sul testamento biologico; le attività e le prerogative dei medici dovrebbero essere maggiormente rivalutati e basati saldamente sul rapporto medico paziente, cardine della professione medica.

È da auspicare che nel curriculum formativo dei corsi di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia questi argomenti abbiano adeguata considerazione. Inoltre dovrebbero essere proposti e discussi i principi etici da applicare nei rapporti con il paziente: nei casi dubbi deve prevalere la libertà, non dimenticando che le attività del medico devono essere condotte con compassione e carità. Il medico non può non conoscere le attese, le speranze, le decisioni del suo paziente con malattia incurabile e anche le sue preferenze quando la disabilità importante richiede continuo aiuto ed assistenza.