



Gli anziani nelle strutture residenziali: quanti sono?

The elderly in the nursing homes: how many are they?

G. SALVIOLI

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

Parole chiave: Anziani • Strutture residenziali

Key words: Elderly • Nursing homes

Recentemente Gori e Guaita ¹ segnalano la diminuzione degli anziani ospiti di strutture: risulta dai dati dell'ISTAT relativi all'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia negli ultimi anni. Gli anziani non autosufficienti che vivono in struttura sarebbero 156.175 (nel 2003) di cui solo 34.216 maschi; le differenze regionali sono eccessive e fanno temere sulla validità dei dati riferiti: per esempio in Campania e Sicilia i "disabili" sono molti di più rispetto all'Emilia Romagna, la Toscana e il Veneto e soprattutto sono più giovani; il tasso di disabilità è più elevato al Sud che al Nord (http://www.disabilitaincifre.it/indicatori/assistenza/presidi_residenziali.htm). Dalla lettura dei dati del Ministero della Salute relativi al 2005, prescindendo dalla qualità e denominazione delle strutture stesse, si osserva però che soltanto il 75% (si veda il sito del Ministro della Salute) circa dei posti letto sono per gli anziani. Il dato più sconvolgente è sicuramente la citata differente dotazione di posti letto in strutture delle regioni italiane; non è in rapporto al numero degli anziani: i dati disponibili non sembrano appartenere alla stessa nazione, dotata di leggi e tutele comuni che garantiscono anche la persona anziana. È bene ricordare che la disponibilità di letti in strutture per anziani è inferiore in Italia rispetto ai paesi europei, nonostante il grande numero di grandi vecchi. Lo stesso rilievo può essere fatto per l'assistenza domiciliare integrata: la media degli assistiti (popolazione di età > 65 anni) è del 2,9% con un *range* che va dallo 0,8% in Sicilia all'8% in Friuli. È verosimile che le differenze siano da imputare sia ad organizzazioni sanitarie regionali di diversa efficienza, sia alla variabile qualità delle decisioni sociali (assistenza sociale). Per le strutture residenziali i Comuni italiani spendevano nel 2004 quasi 1100 milioni di euro; solo una parte è destinata alle persone anziane. Si tratta di cifre modeste se si pensa al grande numero di anziani non-autosufficienti che, in assenza di un'organizzazione socio-sanitaria adeguata, utilizzano largamente per le loro esigenze gli ospedali per acuti dove forse non trovano le cure più adatte e qualificate.

Nel citato contributo gli Autori ¹ si chiedono se la diminuzione degli anziani in struttura sia conseguenza della maggior autonomia e minor disabilità degli anziani, soprattutto degli ultra75enni, come si è verificato negli USA ²: non so se i dati statistici nazionali sino attendibili su questo punto da considerare anche in funzione della possibilità di prolungare il periodo di attività lavorativa e, di conseguenza, di ritardare l'età del pensionamento. La disabilità tende a manifestarsi in età più avanzata, creandosi un *longevity dividend* di cui si dovrebbe tener conto, cercando di quantizzare gli anni vissuti in disabilità (QALY, *quality adjusted life years*); recentemente Baldassarre e Solipaca segnalano il futuro incremento dei disabili in Italia dovuto prevalentemente all'aumento del numero dei vecchi così che il dato demografico prevale su quello legato alla riduzione della disabilità ³.

Il Medico di Medicina Generale non è addestrato a valutare la disabilità; non è certo che i dati disponibili (quelli dell'ISTAT) abbiano adeguate basi metodologiche. Le schede di dimissione ospedaliera di tanti anziani ospedalizzati riportano solo le malattie ricordate con appropriato codice IDC-9-CM e non la disabilità o altri bisogni: servirebbe ben poco per migliorare!

Si legge che il 3% delle donne e il 2% degli uomini dai 65 ai 69 anni necessita di assistenza quotidiana; la percentuale sale al 25% e al 18% rispettivamente oltre gli 80 anni (dati dell'Istituto Superiore di Sanità - Epicentro); i dati USA sono forse più attendibili, documentati da banche dati di riferimento che a noi mancano e costruite perché richieste dal sistema di pagamento in vigore ².

Sono considerate poi altre possibili cause della ridotta utilizzazione delle strutture da parte degli anziani: la carenza dell'offerta (la commissione nazionale LEA fa un'ipotesi di un numero di letti residenziali pari al 4% degli anziani), l'efficacia dei servizi domiciliari pubblici (alquanto improbabile a meno che essi comprendano anche l'attività delle badanti, sempre più numerose). È certo che mentre i costi regionali pro capite per l'assistenza ospedaliera sono simili, le differenze inter-regionali dell'assistenza territoriale residenziale e domiciliare per gli anziani sono invece enormi: questo dimostra un diverso

comportamento sanitario e sociale nei confronti della popolazione anziana.

Rimane poi il problema della qualità delle cure prestate nelle strutture residenziali e quali risultati si ottengono; in assenza di un valido processo di accreditamento, su questo punto servirebbero grandi attenzioni culturali soprattutto dei Geriatri; nella realtà questo problema non sembra rilevante e si parla persistentemente di altro. Se dovrebbe prestare attenzione a quanto si fa in altre sedi individuando indicatori di qualità delle cure prestate agli anziani come è stato fatto per ACOVE (*Assessing care of vulnerable elders*) in cui si fa riferimento a quattro domini delle cure (screening e prevenzione, diagnosi, trattamento e follow-up-continuità) ⁴.

Oggi prevalgono le enunciazioni retoriche come quella che propone di trasformare la longevità da costo a risorsa" (Censis 2007), utilizzando i percorsi per la terza età: gli anziani diventano protagonisti della comunità in cui vivono ipotizzando così un "nuovo welfare". Nella realtà l'importo di molte pensioni continua ad essere minimo; è certo che il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie della popolazione e quindi anche dei vecchi dipende largamente dalla disponibilità economica e dalla cultura dei cittadini. È poi il caso di ricordare che fra i determinanti della salute complessiva, le cure ospedaliere (tanto enfatizzate) svolgono un ruolo marginale (10%) nella popolazione rispetto ai comportamenti e stili di vita, alla qualità della vita sociale e alla predisposizione genetica ⁵: il richiamo ad una maggior attenzione della prevenzione a tutte le età è veramente necessaria. L'allocazione delle risorse finanziarie per le diverse aree di assistenza dovrebbe essere rivisto soprattutto per quanto riguarda la popolazione anziana: la spesa ospedaliera è eccessiva, occorrono più assistenza territoriale e prevenzione, una maggior qualità ed appropriatezza delle cure con verifica dei risultati, una maggior efficienza gestionale basata su una corretta *governance* delle malattie croniche dell'anziano.

Il dato riportato inizialmente sulla riduzione dei posti in struttura è interessante e dovrebbe stimolare ad una valutazione più attenta di questa modalità assistenziale di cui poco si sa e la cui utilizzazione è non raramente legata a fattori prevalentemente sociali.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Gori C, Guaita A. *Perché diminuiscono gli anziani nelle strutture residenziali?* I Luoghi della Cura 2007;5:5-6.
- ² Manton KG, Gu XiL, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. Proc Natl Acad Sci, USA 2006;103:18029-30.
- ³ Baldassarre G, Solipaca A. *How many disabled people are there in Italy? From estimates to projections.* <http://sis2007.unive.it/sessioni/poster/P04/baldassarre-solipaca.pdf>
- ⁴ Wenger NS, Roth CP, Shekelle P, and the ACOVE Investigators. *Introduction of the assessing care of vulnerable elders-3 quality indicator measurement set.* J Am Geriatr Soc 2007;55:S247-S252.
- ⁵ Schroeder SA. *We can do better – Improving the health of the American people.* N Engl J Med 2007;357:1221-8.