

# Programma Anziani

**Coordinatore:** Guido Federzoni – Azienda USL (Salute Anziani)

**Componenti:**

Agostino Rota – Luigi Ricci – Fulvio Pivetti – Sindacato pensionati

Anna Naso - Amm.ne Provinciale (Politiche Sociali)

Giovanni Iorio - Comune di Modena (Sanità e Serv. Sociali)

Daniela Mazzali - Referente Sindaco Distretto Mirandola

Anna Ciardullo - Ce.V.E.A.S

Carlo Di Donato - Azienda USL Modena (Dip. Medicina Interna)

Luciana Orlandi - Azienda USL Modena (Educazione alla salute)

Marcello Burgoni - Azienda USL Modena (Coordinatore Servizi Sociali)

Luciano Belloi - Università di Modena e R.E. (Cattedra Geriatria)

Mirco Neri - Università di Modena e R.E. (Cattedra Geriatria)

Nunzio Borelli - Rappresentante Medici Medicina Generale

## **PREMESSA**

### **La politica per gli anziani**

Le politiche per gli anziani hanno avuto in questi anni uno sviluppo progressivo nella realtà provinciale trovando il coinvolgimento di varie Istituzioni che hanno apportato una sensibilità molto forte su questi temi. Già il termine “anziani “ coinvolge una realtà estremamente eterogenea di persone con bisogni molto diversificati sia di tipo sociale che assistenziale. Questo elemento non può essere disatteso in una programmazione generale considerando che in modo particolare per questa fetta di persone è assolutamente indispensabile una forte integrazione di azioni sociali e sanitarie. Nella proposizione di un piano per la salute si deve tenere presente che nella Provincia di Modena esistono già molte attività e vi è una forte spinta alla valorizzazione del patrimonio culturale ed umano della terza età. Se da un lato questo facilita il compito, dall'altro deve stimolare a far sempre di più e meglio. Occorre puntare sulla diffusione di una cultura dell'anziano e della senilità per gli aspetti sia sociali che sanitari e conseguentemente approntare soluzioni che permettano nelle varie fasi della vecchiaia di massimizzare le autonomie e la qualità della vita.

### **Inquadramento generale**

In campo geriatrico si sta assistendo ad una vera rivoluzione demografica che ha avuto inizio da tempo ma che ora sta presentando una forte accelerazione. Il trend di invecchiamento della popolazione provinciale proseguirà nei prossimi anni con stime variabili a seconda dei modelli di calcolo previsti. Un dato importante da considerare è la crescita considerevole che si avrà soprattutto per le classi di età più avanzate. Anche la composizione dei nuclei famigliari ha subito importanti modifiche nel tempo: il confronto con il '91 evidenzia un incremento del 37% delle famiglie con un solo componente a livello provinciale. Contemporaneamente sono in calo le famiglie con più di 4 componenti. La compresenza di questi due elementi, invecchiamento e solitudine, comporta un maggiore bisogno di tipo assistenziale. Per contro è stato dimostrato da recenti studi che l'incremento della popolazione anziana non significa di per sé un incremento percentualmente uguale di richiesta sanitaria. Questo significa che le azioni, messe in campo negli anni passati per prevenire alcune patologie e comunque per migliorare la salute, sono efficaci. Il progressivo aumento della speranza di vita ha raggiunto i 77,2 anni per gli uomini e gli 83,3 per le donne. Questo dato segna un successo notevole rispetto alla possibilità di limitare gli effetti devastanti delle malattie, ma per contro porta ad un aumento delle patologie ad andamento cronico: ad esempio, i dati standardizzati permettono di osservare che negli ultimi anni la mortalità per

malattie ischemiche croniche ha superato quella delle acute. Inoltre l'allungamento della vita richiede grande attenzione alla qualità della vita che si può offrire.

### Confronto temporale di alcuni indicatori demografici in provincia di Modena

Indicatore	Modena 1999	Modena 1991	Modena 1981
Età media	43,4	41,8	38,7
Tasso di fecondità <sup>1</sup>	37,3	32,3	
Indice vecchiaia <sup>2</sup>	163,8	145,9	82,5
Indice dipendenza senile <sup>3</sup>	29,9	25,9	21,8
Indice dipendenza giovanile <sup>4</sup>	18,3	17,8	26,5

<sup>1</sup> Tasso di fecondità = numero di nati diviso il n. di donne in età feconda (15-49 anni) per 1000.

<sup>2</sup> Indice di vecchiaia = numero di anziani (65 anni e più) per 100 giovani (<15 anni).

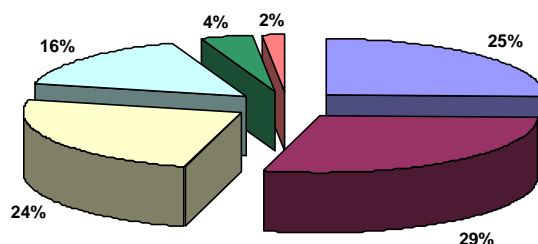
<sup>3</sup> Indice di dipendenza senile = n. di anziani in età non attiva (65 anni e più) per 100 persone in età attiva (15-64 anni).

<sup>4</sup> Indice di dipendenza giovanile = n. di giovani in età non attiva (< 15 anni) per 100 persone in età attiva (15-64 anni).

### Previsioni demografiche al 2010. Fonte Regione Emilia-Romagna.

	0-13 anni		14-59 anni		oltre 60 anni		totale
Popolazione al 31.12.1999	72.139	11,5%	388.828	62,1%	164.819	26,3%	625.786
Proiezione al 2011 - scenario 1	74.332	11,5%	389.482	60,2%	183.522	28,3%	647.336
Proiezione al 2011 - scenario 2	87.020	13,2%	389.482	59%	183.522	27,8%	660.024

**Famiglie per numero di componenti in Provincia di Modena. Anno 1999 Valori percentuali stimati. Fonte Provincia di Modena**



### Profilo di salute

Lo stato di salute dei modenesi, che oggettivamente si potrebbe definire buono (ottimo se si considera la speranza di vita), non sembra corrispondere alla percezione soggettiva. Un'indagine ISTAT svolta nel '96 indicava che la percentuale di soddisfazione buona ed ottima era del 67,9% a fronte di un 70,9% a livello regionale e di un 75,9% nazionale. A livello regionale viene denunciata, rispetto alla media della popolazione italiana, una maggiore frequenza di patologie croniche come ipertensione, angina, bronchite, malattie allergiche, artrosi, osteoporosi...

Oltre agli aspetti prettamente sanitari, le tematiche correlate all'invecchiamento della popolazione portano ad una notevole presenza di non autosufficienza: facendo una estrapolazione dei risultati dello studio ILSA per la provincia di Modena, si stima che vi siano 16.200 anziani di età oltre 65 anni

con una o più difficoltà nello svolgere le normali attività della vita quotidiana e presumibilmente circa 5.600 presenterebbero una disabilità completa o di grado severo. Questi indici sono per altro solo indicativi, perché ricavati sulla base di dati nazionali.

In ogni caso per un'efficace promozione della salute, bisognerebbe tenere in considerazione anche tutta una serie di fattori non sempre facilmente disponibili.

	Livello di disabilità				
	Assente	Lieve	Moderata	Severa	Completa
Maschi	39.465	10.850	1.064	691	1.117
Femmine	49.989	19.348	2.108	1.280	2.560
Totale	89.455	30.199	3.172	1.971	3.677

**Stima dei livelli di disabilità negli anziani in Provincia di Modena (estrapolazioni sulla base dei dati ILSA – Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR):**

## OBIETTIVI PRINCIPALI

### Sostegno alla famiglia

Abbiamo visto come sta evolvendo l'aspetto demografico della popolazione e delle famiglie verso una riduzione sempre più marcata dei componenti del nucleo familiare. In realtà va sottolineato che le persone anziane trovano nella famiglia il principale sostegno anche in situazioni di richieste assistenziali onerose. Questo dato deve far riflettere sulla importanza di sostenere il più possibile questa risorsa, in quanto indispensabile per poter gestire le richieste assistenziali che progressivamente aumenteranno nella fascia anziana di popolazione. Si tratta quindi di favorire il rafforzamento di una vera "alleanza" tra famiglie ed anziani e tra famiglie di anziani. Il sostegno alla famiglia presenta varie opportunità che vanno dal riconoscimento economico della attività di assistenza alla fornitura di servizi ed alla formazione su tematiche particolari. Si ritiene che si debba continuare nella politica che la Regione ha intrapreso da tempo nel dare segni tangibili di riconoscimento dell'impegno familiare: peraltro non si può pensare che l'unico aiuto sia quello economico

### Mantenimento a domicilio

Uno degli obiettivi prioritari del Piano per la Salute è di permettere ad ognuno di rimanere il più a lungo possibile nel proprio ambiente. Questa scelta ha primariamente lo scopo di sottolineare la qualità di vita della persona e il mantenimento delle relazioni significative, ritardando lo sradicamento dal proprio contesto e dalle proprie abitudini. Questa affermazione non vuol certo sminuire quanto fatto nelle residenze per anziani, ma sottolinea che la scelta di istituzionalizzazione è una risorsa da usare quando tutte le altre sono risultate non percorribili. L'investimento nella

domiciliarità è andato aumentando nel corso degli anni: è necessario però fare di più sia in termini di personale dedicato che di servizi attivati. L'orientamento al domicilio ha un ventaglio di iniziative che supera di molto gli aspetti prettamente sanitari o assistenziali che pure richiedono maggiore visibilità. Puntare sul domicilio vuol dire ripensare la vita delle nostre città in funzione di un'utenza che può avere alcune difficoltà, dall'attraversamento stradale a salire sull'autobus, a districarsi nel pagamento di una bolletta in un ufficio troppo decentrato o, cosa ormai normale, non poter fare la spesa perché manca un punto vendita di quartiere, essendo solo presente un ipermercato. Ancora può voler dire trovare chi consiglia una ristrutturazione dell'alloggio in termini di facilitazione, in quanto la presenza di handicap fisico o sensoriale rende difficile lavarsi, cucinare in modo sicuro e così via.

### **Affinare le metodiche di prevenzione e di autovalutazione**

Correlate con questi obiettivi sono le attività volte alla prevenzione delle patologie che più frequentemente affliggono gli anziani. In parte questo rientra nella generale attenzione agli aspetti preventivi per tutta la popolazione, ma sono presenti anche specificità che vanno colte in particolare su alcuni filoni, come il rischio degli eccessi alimentari, della mancanza di movimento, della perdita della memoria, dell'ipertensione e delle patologie osteoarticolari. In questo obiettivo sono sicuramente coinvolti i servizi sanitari, ma si dovrebbe puntare anche sulla responsabilizzazione dell'anziano per attivare un'autovalutazione. E' necessario per quest'ultimo scopo approntare una serie di modalità formative che permettano di orientarsi attraverso indici e manovre semplici. Si ritiene che l'informazione e l'autovalutazione possano portare ad una consapevolezza più forte delle possibilità sia di modificare gli stili di vita che di permettere un confronto più consapevole con i sanitari e le altre istituzioni.

### **Attenzione alla prevenzione della invalidità**

Nell'anziano non ci dobbiamo preoccupare solo della malattia in quanto tale, ma anche delle conseguenze che essa determina successivamente. La prevenzione dell'invalidità è sicuramente il target sul quale investire risorse ed energie. Infatti, gli esiti invalidanti rendono particolarmente gravosa la vita e tutti gli aspetti assistenziali, poiché riducono l'autonomia delle persone sia in senso motorio sia per quel minimo di abilità della vita quotidiana che permette una qualità di vita un po' più autonoma. La prevenzione delle malattie ha come linea guida in campo geriatrico la prevenzione dell'invalidità. Non si tratta solo di incrementare la riabilitazione fisica, ma di mettere in campo tutte quelle strategie per minimizzare il danno. In questo settore, l'individuazione dei casi

a rischio e il supporto di quelle situazioni particolarmente complesse possono essere un aiuto effettivo nel mantenere il massimo di efficienza in quella determinata situazione. La prevenzione delle cadute e l'incremento dell'attività motoria impediscono di aggravare le sindromi da immobilizzazione così frequenti in persone anche relativamente valide. Anche in campo neuropsicologico possono essere messe in campo abilità che portino ad un allenamento della memoria che può ritardare la comparsa di un deterioramento mentale.

## **COINVOLGIMENTO**

### **Anziano come soggetto del cambiamento**

Già si accennava prima come l'anziano sia il punto terminale del lavoro preventivo ma anche il soggetto attivo di questo percorso. Da tempo non sono tollerati atteggiamenti paternalistici che presumano di sostituirsi al fruitore dei servizi. Il coinvolgimento che si ipotizza qui non è solo la partecipazione a scelte decisionali, sulla scelta di un servizio piuttosto che un altro. Sembra necessario che l'anziano possa divenire il valutatore di sé in modo da crescere personalmente nella consapevolezza della propria situazione di benessere psicofisico. In questo campo c'è molto di innovativo da sperimentare.

### **Enti istituzionali**

Tutti gli erogatori di servizi a qualsiasi titolo non possono esimersi dal partecipare alla attuazione del "piano per la salute". Se è condivisa l'idea che il benessere e la salute sono il risultato dell'intreccio tra vari fattori relazionali, sociali, territoriali e sanitari, tutti sono chiamati ad una condivisione e responsabilizzazione.

### **Volontariato e profit**

Il volontariato ha un grande peso nell'affrontare queste tematiche e può essere un anello fondamentale per far passare idee e stili di vita più idonei: attualmente la spinta che le associazioni di anziani possono dare in questo senso è particolarmente forte ed efficace nella responsabilizzazione degli utenti coinvolti in queste forme di associazionismo. Un lavoro ulteriore anche da parte delle associazioni sarà necessario per recuperare alla socialità una larga fetta di anziani che tuttora nella nostra provincia vive ai margini di ogni forma aggregativa e che per una situazione di solitudine è più esposta a rischi di ulteriore emarginazione. Inoltre, ruolo primario del

volontariato è il supporto informale ed esperienziale alle famiglie, come già avviene da parte di molte associazioni sul versante del deterioramento mentale.

Ma anche il privato ha un ruolo da giocare non meno importante: è necessario condividere il fine, pensando che in una città più sana tutte le componenti presenti traggono vantaggio dalla maggiore vitalità ed autonomia dei singoli. Si pensa di coinvolgere gli attori della grande distribuzione in campagne di sensibilizzazione su vari punti del progetto per i quali è già stata data una dichiarazione di interesse (promozione di campagne alimentari, campagne di sensibilizzazione su temi collegati all'autovalutazione pressoria ...).

## **AZIONI PREVISTE**

### **Stili di vita**

Le azioni principali sono collegate all'educazione alimentare, all'incremento dell'attività motoria, finalizzata soprattutto al mantenimento delle abilità per prevenire le cadute e all'allenamento della memoria per ritardare la comparsa di deterioramento mentale. Già si sono dette alcune linee sulle quali si muovono queste direttrici condivise da tempo. In questi campi ci sono già avviate in provincia di Modena varie esperienze significative. L'intenzione è quella di dare un'unitarietà di intenti in tutti i distretti su questi punti per garantire a tutti i gli anziani una possibilità di confrontarsi con opportunità utili per il mantenimento di una buona autonomia.

### **Prevenzione dell'Ictus**

Questa patologia è fra le prime per frequenza nell'età anziana e sarà anche uno dei temi del gruppo "cardiovascolare". E' stato inserito nel nostro programma, in quanto si pensa che possano essere messe in atto, in collaborazione con il gruppo precedentemente citato, delle sinergie per alcuni aspetti correlati agli anziani che toccano gli stili di vita, l'individuazione dei fattori di rischio, l'affinamento delle tecniche diagnostiche e alcune metodiche di autovalutazione che possono essere implementate nell'ottica della responsabilizzazione dell'anziano a cui prima si faceva riferimento.

### **Deterioramento mentale**

Le malattie che portano a demenza interessano in numero crescente la popolazione anziana e coinvolgono pesantemente le famiglie di queste persone. L'azione prevista tende a coprire tutto l'arco di svolgimento della malattia. Se da un lato non si può parlare in senso stretto di prevenzione

per questa malattia, è pur vero che attraverso stili di vita che privilegino la socializzazione ed il rinforzo della memoria si può avere un minor impatto negativo iniziale della malattia di Alzheimer. Il contrasto ai fattori di rischio delle malattie cardiovascolari può ridurre gli incidenti cerebrovascolari e il deterioramento cognitivo connesso. Il completamento della rete dei centri di diagnosi, trattamento e presa in carico in connessione con il MMG ed AS, darà particolare impulso ad un approccio integrato e pluridisciplinare alle esigenze del paziente demente. Una particolare enfasi viene posta sul sostegno alla famiglia del demente individuando un progetto assistenziale sostenuto da contributi, assistenza domiciliare, supporto psicologico, gruppi di autoaiuto. Semiresidenze e residenze, nuclei speciali per pazienti con problemi comportamentali, nucleo ospedaliero per pazienti dementi con patologie acute internistiche, sono da vedersi più come supporto alla domiciliarità, ove possibile, con ulteriore incremento della temporaneità. Punto di snodo di questa azione è un progetto formativo rivolto agli operatori ed alle famiglie del demente.

### **Supporto alla domiciliarità**

Questa azione punta ad una rivisitazione delle azioni che sono rivolte al mantenimento a domicilio dell'anziano sul versante dei servizi offerti, delle risorse impegnate e delle attività innovative per assicurare condizioni di protezione anche a domicilio. Si ritiene che la possibilità di offrire adeguata risposta alle esigenze degli anziani, oggi e soprattutto domani, non possa prescindere da un forte impegno sul supporto alla domiciliarità ed alla famiglia.

### **Ricerca dei casi a rischio**

Si tratta di attivare un vero e proprio *case finding* dell'anziano fragile, che è cosa ben diversa da una normale procedura di screening monodimensionale. Da un lato si opera secondo parametri non solo biomedici ma anche psicosociali, ed inoltre è noto che la coesistenza di più patologie porta a conseguenze peggiorative sul piano delle autonomie. Si tratta di coinvolgere in questa verifica soprattutto gli Enti e gli operatori che possano segnalare questi casi con l'individuazione di eventi sentinella e metodi di autovalutazione.

Si ritiene che proprio questa fascia di anziani isolati socialmente e fragili fisicamente siano i più esposti al deterioramento fisico e psichico, innescando il meccanismo della istituzionalizzazione come unico sbocco. Incidere su questa quota di persone produrrà un indubbio incremento della qualità della vita e delle esigenze assistenziali correlate.

## **Fruizione dei servizi**

Questo tema è trasversale alla domiciliarità ed al mantenimento dell'anziano nel proprio contesto non solo casalingo ma anche urbano. Qui si tratta di ripensare non solo l'accesso ai servizi sanitari, ma più in generale tutto ciò che può essere agito dall'anziano in quanto cittadino e fruitore delle opportunità offerte dal tessuto urbano che deve essere reso disponibile anche a chi presenta qualche difficoltà. Questo trova punti di contatto con le azioni del gruppo PPS sulla sicurezza stradale relativamente ad una maggiore sicurezza dei percorsi pedonali e degli attraversamenti e, più in generale, alla concezione della città nel suo insieme (la possibilità di prendere i mezzi pubblici, fruire in sicurezza degli spazi verdi, fare la spesa, ...).

## **Collaborazione con altri gruppi di programma Piani per la Salute (cardiovascolare, tumori, incidenti stradali )**

In molti casi si dovranno attivare le sinergie con gli altri gruppi del Piano per la Salute ed in particolare con quello cardiovascolare, tumori e incidenti stradali. In particolare, per il progetto alimentazione ed attività motoria si potrà utilizzare l'azione trasversale che prevede un disegno unitario da articolare per i singoli segmenti di attività.

