

L'inchiesta

Longevità sana grazie agli esami di prevenzione

Roberto Bernabei*

Ho scritto più volte sulla tripartizione dei 15 milioni di ultrasessantacinquenni che abitano il Paese.

A pag. 14



Peso: 1-3%, 14-62%

Longevità

grazie a una sana

prevenzione

Contrastare
le fragilità
prodotte
dall'età
significa
conoscere
i test giusti
e le strutture
territoriali
di supporto

Roberto Bernabei*

Ho scritto più volte sulla tripartizione dei 15 milioni di ultrasessantacinquenni che abitano il Paese. Arrotondando molto, ma utile per la fotografia dell'Italia, ce ne sono 5 sani e vispi, 5 così così e 5 scassati e bisognosi di "long-term care". La parola non esiste in italiano (non a caso!) ed è traducibile come cure a lungo termine. Insomma, quelli che necessitano di assistenza continuativa. Bene, partiamo da questi che sono nella sostanza non autosufficienti. Hanno cioè bisogno di un qualche aiuto per gestire la propria vita perché insufficienti in una o più delle attività del vivere quotidiano: vestirsi, lavarsi, andare al bagno, alimentarsi, trasferirsi da un posto ad un altro, esser continenti nelle vie urinarie o fecali. Oppure avere difficoltà ad usa-

re il telefono, fare acquisti, preparare i pasti, gestire la casa, gestire i farmaci, lavare gli indumenti, gestire le finanze. Il tutto perché c'è stata una o, più frequentemente, ci sono state molte malattie che hanno precipitato una condizione di difficoltà. A questo ovviamente si deve aggiungere la condizione socio economica: più sei solo e povero più la non autosufficienza incide.

LA LEZIONE DEL COVID

E che si fa? Vi convinco facilmente che non è l'ospedale il punto di riferimento di una persona, certamente malata, ma che ha una serie di problemi come quelli che vi ho elencato nelle attività del vivere quotidiano. È la fragilità a 360 gradi di questa persona che deve essere presa in carico e qui entra in scena l'ormai celebre assistenza nel territorio che

il Covid ha disvelato.

Il Covid ha, nel bene e nel male, sdoganato tre parole che tutti oggi conosciamo: fragilità, RSA e territorio. Perché il Covid ci ha detto che se intercettiamo la malattia che colpisce i più fragili nel territorio (ho messo in fila le tre parole), li curiamo prima e meglio ed evitiamo una congestione diventata impossibile nel Pronto Soccorso/Ospedale. E sicco-



Peso: 1-3%, 14-62%

me sono fragili i miei 5 milioni di non autosufficienti, sviluppiamo questa assistenza nel territorio. Tra l'altro, è argomento caldo perché ministro della Salute e medici di medicina generale (conosciuti anche come medici di famiglia) stanno cercando di trovare una quadra ad

un'assistenza, che è normata in quanto a strutture da sviluppare, ma non nell'organizzazione delle stesse. Vi descrivo allora un percorso ottimale per un nuovo non autosufficiente, come se le strutture previste da apposito decreto (la norma, il DM 77) fossero tutte disponibili e con le professionalità giuste al loro interno.

In qualche ASL questo succede! E diventa obbligatorio che questa macchia di leopardo tipica del Paese e di un'assistenza demandata a ciascuna Regione, diventi uniforme per evitare l'affannosa ricerca di aiuto quando accade la non autosufficienza in una famiglia.

Ecco, capita a nonna che spiccava le faccende, faceva la spesa, andava in banca (anche perché non sapeva fare l'home banking... meditate banchieri meditate), viveva da sola e non voleva nessuno in casa che l'aiutasse... di aver avuto una "toccatina", come gentilmente si dice di chi ha avuto un ictus. È chiaro che è iniziata, in questo caso acutamente ma in tanti ci si scivola quasi senza accorgersene, la non autosufficienza.

LA CASA DI COMUNITÀ

Nella ASL citata dove funziona l'assistenza territoriale la nonna è valutata a casa o in una "casa di comunità" dal punto unico di accesso (PUA), cioè lo sportello che accoglie la richiesta di assistenza. Mica solo sportello, lo chiamo sportello per far capire che se mi rompo una gamba so che in analogia lo "sportello" è il Pronto Soccorso, perché il PUA è lo sportello di entrata ma dotato di professionalità soprattutto infermieristiche e sociali in grado di valutare la nonna. E, per la prima volta, si sa dove andare, c'è un telefono che risponde, un qualcuno che si fa carico della nonna. Il PUA valuta l'entità del problema: gli ictus lasciano deficit minimi o massimi rispetto ai quali si capirà di cosa ha necessità la nonna. Magari solo un ciclo riabilitativo da fare in casa di comunità o un'assi-

stenza domiciliare massiva con il fisioterapista a casa, controlli frequenti dei valori del sangue (nonna diabetica...) e pasti forniti a casa perché, come abbiamo detto, nonna è sola.

La regia è della Centrale Operativa Territoriale (COT) nella casa di comunità. Questa è la "casa madre" di tutte le assistenze, il luogo fisico centrale dove tutti, i fragili, semi fragili o integri che vogliono arrivare o mantenersi longevi, si appoggiano per trovare risposte.

Rivoluzione. È chiaro che è un'evoluzione rispetto all'ambulatorio del medico di medicina generale (famiglia) ed è centrale che ci sia una presenza del medico di medicina generale (famiglia) dentro queste case. Che sono aperte anche 24 ore al giorno permettendo ai Pronto Soccorsi di rifugiarsi. Non è finita: la nonna è talmente non autosufficiente che altro che fisioterapia nella casa di comunità o assistenza domiciliare estensiva.

RSA E COT

La nonna infatti può essere non solo non autosufficiente ma, ci se ne è accorti nella valutazione, ha un principio di demenza. RSA allora, non ci sono alternative anche perché la nonna è sola. Si apre il problema delle liste di attesa e dell'augurarsi che nonna vada in quella RSA di cui ci parlano tanto bene (esistono, esistono) ma il cerchio si chiude. Punto unico di accesso, casa di comunità e COT (cominciamo a familiarizzare con i nuovi acronimi, questo è Centarle Operativa territoriale come scritto sopra), assistenza domiciliare integrata (se il fisioterapista di nonna è "sanitario", i pasti sono "sociale" a definire l'integrazione) ed infine RSA per le non autosufficienze più importanti. Passiamo ai 5 milioni così così: sono quelli che hanno una o più malattie croniche ma che, grazie alla medicina moderna, continuano a vivere normalmente o semi-normalmente. Esempio tipico l'iperteso con tumore della prostata e magari con screzio glicemico. Qui serve la regia del medico di medicina generale che lo ha in carico e che lo invia, quando serve, dall'oncologo per la terapia per la prostata. In più mi serve che il medico di medicina generale abbia, per lui ed i suoi assistiti sopra i 65 anni, un profilo annuale del livello di fragilità degli iscritti al suo studio. Ci sono degli algorit-

mi (se preferite semplici test) che misurano attraverso indicatori validati (la velocità del cammino, il colesterolo, pressione, forza muscolare etc) come sta messo il singolo ultrasessantacinquenne rispetto alla fragilità. E così si può intervenire prima che la fragilità esploda valutando le aree deboli del soggetto e lavorandoci sopra. Sennò la longevità te la scordi, visto che già parti in salita perché sei nei 5 milioni così così. Le case di comunità debbono aiutare con i servizi per mantenere la traiettoria della longevità, dai check del sangue agli esami strumentali semplici (ecografia).

Per tutti poi il medico di medicina generale programma gli esami riconosciuti obbligatori (tipico esame mammella e pap test nelle donne) per una sana prevenzione, parola che sostituirei con longevità. Sana longevità. Lo spazio mi sa che è finito ma rimangono i 5 milioni sani e vispi. Ovvio che i controlli di cui ho appena detto li debbono a maggior ragione fare per conservarsi sani e vispi.

Per il resto che dirvi? Io 75enne sano e vispo vi scrivo queste righe dal Cammino di Santiago, quest'anno sto completando il Cammino del Norte mentre lo scorso anno ho fatto il Cammino francese. 25 chilometri al giorno per un totale di 320, l'anno scorso 400... ma ho un anno in più. Sempre con un amico 77enne... Tra pochi giorni rientro e, come ho scritto su queste pagine varie volte, mi sento obbligato a contribuire al paese. Come? Io come tanti faccio parte dell'inedito invecchiamento/longevità di massa esplosivo nel mondo occidentale, ed allora mi sento obbligato a produrre un po' di prodotto interno lordo, Pil. E sollecito i miei compagni ultrasessantacinquenni pensionati sani e vispi (ma anche i così così) a fare lo stesso, produrre Pil oltre a godersi (se si può...) il pensionamento. Se poi la politica ci aiuta indicando strade di finanziamento di idee progettuali valide o di defiscalizzazione di imprese sempre di pensionati sani e vispi o così così... meglio.

**Presidente di Italia Longeva (Agenzia del Ministero della Salute), già direttore del dipartimento di Scienze*



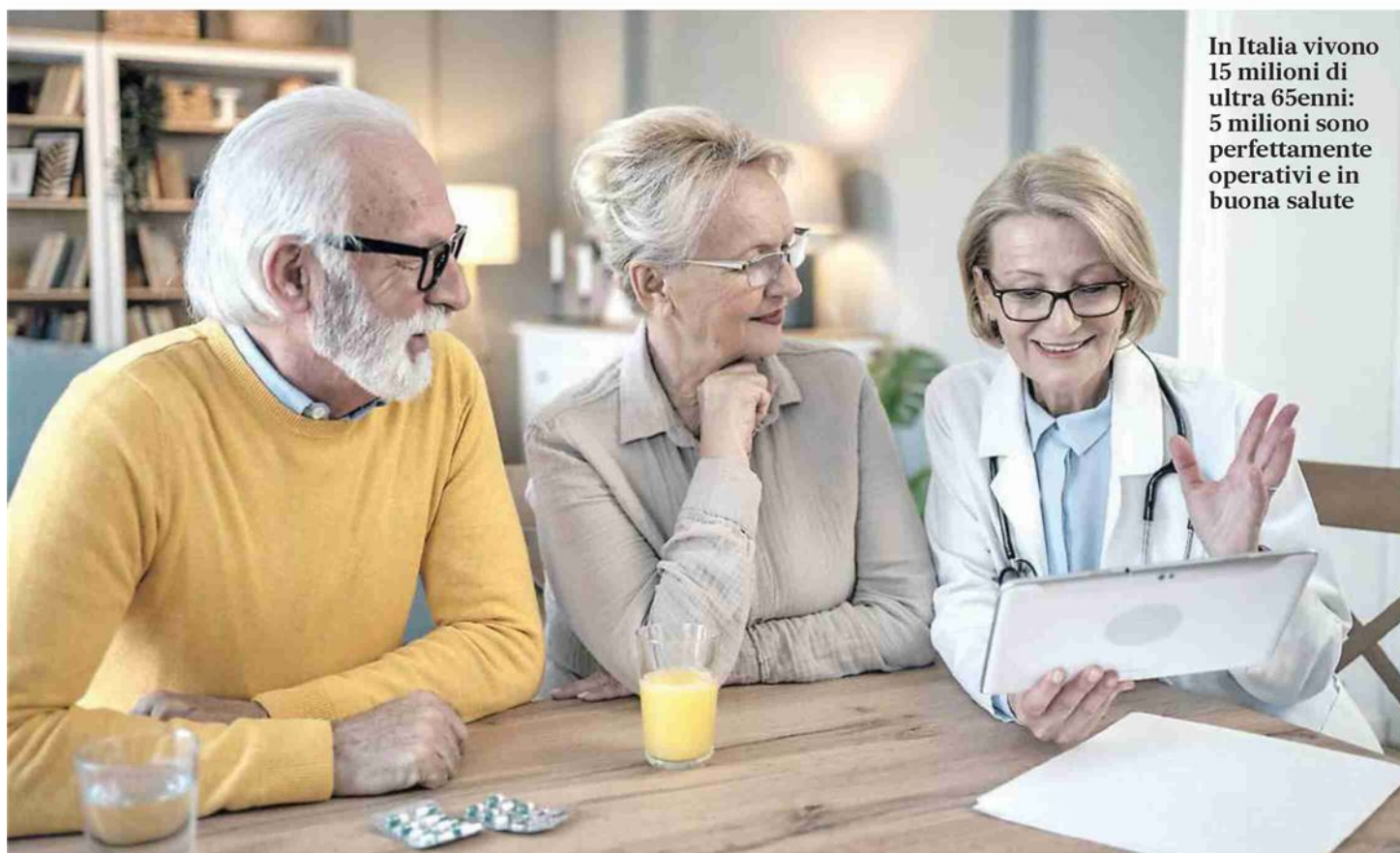
Peso: 1-3%, 14-62%

dell'Invecchiamento, neurologiche, ortopediche e della testa collo del Policlinico Gemelli e membro del CdA della Cattolica, è uno dei massimi promotori della geriatria in Europa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RESTA FONDAMENTALE LA REGIA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE CHE DEVE VALUTARE I LIVELLI DI VULNERABILITÀ DEI PROPRI ASSISTITI

PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI È SEMPRE PIÙ DECISIVO IL CORRETTO RICORSO AI SERVIZI LOCALI DI ASSISTENZA



In Italia vivono 15 milioni di ultra 65enni: 5 milioni sono perfettamente operativi e in buona salute



Peso:1-3%,14-62%