

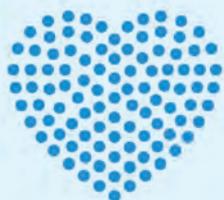
LÓGOS

Rivista di scienze etiche e sociali

n. 3
Luglio - Settembre
2022

In evidenza

- **Prendersi cura degli anziani: bisogno emergente del nostro tempo**
Padre Carmine Arice
- **Gli anziani nella Bibbia**
Cesare Nosiglia
- **Medicina di precisione nella nutrizione enterale nel paziente cronico. Forme e modi personalizzati**
Maria Elena Riccioni
- **L'anziano non autosufficiente e il bisogno di cura**
Amedeo Prevete
- **Cosa è la cronicità — trasformazioni di un approccio sanitario**
Gian Paolo Zanetta



Cottolengo

PICCOLA CASA DELLA DIVINA PROVVIDENZA


**Pacini
Giuridica**

Amministrazione:
Pacini Editore Srl, via Gherardesca 1, 56121 Pisa
Tel. 050 313011 • Fax 050 3130300
www.pacineditore.it • abbonamenti_giuridica@pacineditore.it

Redazione:
c/o Cottolengo, Piccola Casa della Divina Provvidenza
Via Cottolengo 14, 10152 Torino

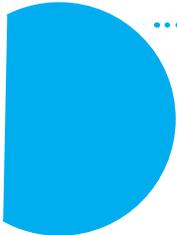
I contributi pubblicati su questa rivista potranno essere riprodotti dall'Editore su altre, proprie pubblicazioni, in qualunque forma.

Autorizzazione richiesta al Tribunale di Pisa
Direttore responsabile: Patrizia Alma Pacini

Stampata presso



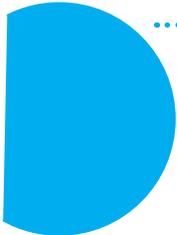
Industrie Grafiche Pacini
Via A. Gherardesca 1,
56121 Pisa



Indice

Editoriale	pag. 127
<i>Padre Carmine Arice</i>	
Prendersi cura degli anziani: bisogno emergente del nostro tempo	» 128
<i>Padre Carmine Arice</i>	
La cura degli anziani, un bisogno emergente	» 129
Un Magistero attento ai segni dei tempi	» 132
Considerazioni conclusive	» 134
Gli anziani nella Bibbia	» 136
<i>Cesare Nosiglia</i>	
Medicina di precisione nella nutrizione enterale nel paziente cronico.	
Forme e modi personalizzati	» 141
<i>Maria Elena Riccioni</i>	
1. Dispositivi	» 142
2. Storia	» 143
3. Tecnica	» 144
4. Conclusioni	» 144
5. Bibliografia	» 145
L'anziano non autosufficiente e il bisogno di cura	» 146
<i>Amedeo Prevete</i>	
Premessa	» 146
1. Il concetto di anziano e di vecchiaia nella storia.	» 147
2. L'anziano nella cultura contemporanea	» 148
3. L'anziano e la società moderna	» 149
4. La percezione soggettiva dell'anziano	» 150
5. L'anziano bisogno di cura nella cultura cottolenghina. Introduzione	» 151
6. La Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo" si prende cura.	
Inquadramento giuridico e storico	» 151
7. La Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo" perché oggi si prende cura dell'anziano non autosufficiente	» 154

8. La Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo" come oggi si prende cura dell'anziano non autosufficiente	» 156
8.1. La cura del religioso anziano non autosufficiente	» 157
9. Legge 23 marzo 2023, n. 33 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane". Tra dubbi e speranze	» 159
10. Riflessioni conclusive	» 161
 Cosa è la cronicità — trasformazioni di un approccio sanitario <i>Gian Paolo Zanetta</i>	 » 162



Editoriale

*Padre Carmine Arice**

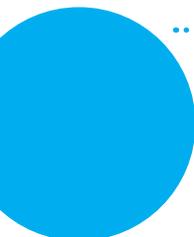
14 milioni! Ecco il numero che, in questi giorni di fermento legislativo in materia, ricorre sovente sui giornali per dire quanto è grande la popolazione anziana del nostro Paese. Per fortuna la maggior parte degli ultrasessantacinquenni che sono interessati a questa statistica, non sono pazienti cronici. La speranza di vita aumenta, la soglia degli ottanta anni è diventata una meta raggiungibile e per un discreto numero persino quella di 100. Tutto questo, però, non deve farci dimenticare che gli anziani affetti da patologie croniche sono tanti e i non autosufficienti, sovente con pluripatologie, sono circa quattro milioni.

Lo scenario che si apre davanti a noi, per i prossimi decenni, ci impone una riflessione seria e questo terzo numero di Logos vuole essere un modesto e spero anche autorevole contributo a prendere in considerazione il tema, con l'attenzione che merita. La Piccola Casa della Divina Provvidenza, fin dalla sua fondazione è stata sempre accompagnata da una domanda: chi sono gli scartati del nostro tempo? Chi sono coloro che fanno più fatica a trovare risposta alla loro domanda di salute? Chi sono coloro che hanno bisogno di sentire più da vicino la voce del buon Dio che gli dice, nella concretezza delle situazioni: "tu sei prezioso ai miei occhi e io avrò cura di te" e lo farò attraverso le mani e il cuore di persone che versano sulle tue ferite l'olio della consolazione e il vino della speranza.

Gli anziani non sono un problema ma lo possono diventare e qualche volta al punto da iniziare percorsi pericolosi che potrebbero portarci a soluzioni disumane. I diversi articoli che troverete in questo numero della rivista vogliono approfondire la questione da diversi punti di vista: antropologico, socio-assistenziale e sanitario, giuridico, etico e pastorale.

Sono convinto che la cura delle persone anziane non autosufficienti, con patologie croniche, sarà uno dei banchi di prova della nostra società e rivelazione della sua maturità, della capacità di presa in carico di ciascuna persona nella sua individualità e situazione specifica e della volontà di offrire loro risposte appropriate... oppure sarà l'occasione per rivelare tratti di crudele e disumano disinteresse magari celato da provvedimenti che mostrano apparente interesse ma che a ben vedere, sono fortemente inadeguati. A ciascuno la propria responsabilità!

* Padre Carmine Arice, Superiore Generale Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo".



Prendersi cura degli anziani: bisogno emergente del nostro tempo

*Padre Carmine Arice**

"Tutti muoiono troppo giovani": è questo il titolo dell'interessante saggio scritto dal sociologo e teologo Armando Matteo¹. Il sottotitolo recita: *"Come la longevità sta cambiando la nostra vita e la nostra fede"*. Nella premessa dell'agile volumetto, l'autore riporta un necrologio apparso sulle mura di una città del sud Italia nel quale era scritto: *"Con dolore e incredulità si annuncia che è venuta a mancare improvvisamente la nostra cara zia a soli 106 anni"*². All'iniziale sorriso che può suscitare questo originale manifesto funebre segue qualche perplessità che impone un'attenta riflessione la quale, se disertata, potrebbe avere conseguenze davvero pesanti sia sulla convivenza sociale che sul modo di considerare la fase conclusiva della vita delle persone, quella che una volta, con tanto rispetto e sincerità, veniva chiamata vecchiaia.

Alla vecchiaia si legano tutti i grandi temi dell'esistenza umana: il senso della vita, la dignità del vivere e del morire, il rapporto intergenerazionale, la dignità della persona, il valore del corpo, l'allocatione etica delle risorse, la qualità della cura e, in particolare, la considerazione della morte. Non è facile guardare il limite con simpa-

tia, tanto più se è quello umano! Ma è bene sapere che chi non accetta i propri limiti, il declino del proprio corpo, l'invecchiamento, la possibile realtà della malattia e anche la morte, poiché non si è né onnipotenti e nemmeno immortali, non può stare serenamente vicino ad una persona anziana, soprattutto in una relazione di cura: egli o l'aggrederà perché provocato dalla sua fragilità vulnerata, o la sfuggirà tecnicizzando la relazione e mettendo in atto meccanismi di difesa che possono diventare ulteriore sofferenza per gli stessi anziani. Osserva con grande realismo il grande filosofo Pascal: *"Gli uomini, non avendo potuto guarire la morte, la miseria, l'ignoranza, hanno creduto meglio, per essere felici, di non pensarci"*³.

Si legge ancora nel saggio di Armando Matteo: *Anche "la morte di persone anagraficamente giovani - sotto dunque la soglia dei 34 anni - assume un carattere così innaturale e inumano da farci dimenticare che dai tempi di Omero, uno dei primi e più efficaci sinonimi di essere umano è proprio quello di essere mortale". [Per cui] La morte di persone giovani appare quasi sempre una sorta di evento impossibile da decifrare, un fenomeno senza causa, un unicum inspiegabile e appunto "non umano"*⁴. Ma la con-

* Padre Carmine Arice, Superiore Generale Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo".

¹ A. Matteo, *Tutti muoiono troppo giovani*, Rubettino, 2016.

² A. Matteo, *op. cit.*, pag. 3.

³ B. Pascal, *Pensieri*, 168 B.

⁴ A. Matteo, *op. cit.*, pag. 15.

sequenza più grave è che la morte, non avendo più parola, azzittita e impedita di svolgere la sua funzione di appello e di risveglio per le coscienze, di indicazione di via per la vita, ha cessato di insegnare, cioè letteralmente di "fare segno!"⁵

Ho voluto iniziare a parlare della vecchiaia con queste considerazioni sulla morte perché danno la cifra del cambiamento culturale della società contemporanea che qualcuno ha ironicamente definito *post mortale*⁶. È un cambiamento epocale che stiamo subendo con un certo senso di impotenza e che, quando si parla di anziani, manifesta tutta la sua complessità per non dire drammaticità. L'aumento della longevità ci ha fatto dimenticare che siamo esseri limitati, finiti, destinati a non restare per sempre su questo pianeta e il pensiero della morte è stato spostato da *questione ultima ad un'ultima questione* che, prima o poi, grazie al progresso scientifico, sarà in qualche modo risolta. Così la medicalizzazione ha invaso, anche inopportuno, l'età vetusta facendola diventare una "generazione viagra" come ha scritto efficacemente Celine Lafontaine citando i sociologi Barbara Marshall e Stephan Katz. Scrive Lafontaine commentando l'alto, diffuso e crescente uso di viagra negli anziani dal 1998 in poi: "Iscrivendosi perfettamente nella logica del biodiritto ... i problemi di erezione connessi all'età diventano, nel corso degli anni novanta, un problema di sanità pubblica allo stesso modo dell'obesità e del diabete"⁷.

Ritengo, allora, che parlare di anziani nel nostro tempo, ci obblighi a un discorso più ampio e complesso che tocchi sia i cambiamenti bio-sociali e demografici, sia quelli culturali e filosofici. Non per niente è stato detto che, più che un'epoca di cambiamento, la nostra società sta vivendo un cambiamento d'epoca⁸.

La cura degli anziani, un bisogno emergente

La cura degli anziani è un bisogno emergente e questo è un dato innegabile del nostro tempo detto con chiarezza dalle statistiche e dalle proiezioni Istat che periodicamente arrivano sulle nostre scrivanie e che ci costringono ad aggiornare numeri crescenti e risposte disattese. L'impressione è che questo cambiamento sia poco, molto poco, all'attenzione concreta e operativa dei responsabili della cosa pubblica, presi soprattutto da questioni di bilancio e meno dalla risposta concreta alla domanda di salute e di cura degli anziani, soprattutto quando diventano infermi.

Purtroppo, nonostante i ripetuti appelli del Pontefice, si deve constatare anche una scarsa attenzione della comunità ecclesiale che, con una certa fatica, rimodula la sua azione pastorale legando i processi alle situazioni concrete nelle quali ci si viene a trovare. Almeno in Italia, gli anziani sono la popolazione più numerosa che frequenta le assemblee liturgiche, ma quando hanno bisogno di vicinanza, di solidarietà e di consolazione, sono un problema per tutti e un impegno disatteso. Nel migliore dei casi l'attenzione agli anziani, soprattutto se non autosufficienti e che escono poco o mai di casa o che vivono in strutture assistenziali, è delegata quasi esclusivamente alla visita dei ministri straordinari della comunione — e meno male che almeno loro ci sono — i quali, però, raggiungono solo una minima parte di anziani presenti sul territorio. Chissà perché, visto il crescente numero di persone anziane, nelle diocesi come nelle parrocchie si stenta a vedere un servizio pastorale a loro dedicato simile a quello che opportunamente viene organizzato per la pastorale giovanile. Sarebbe davvero un segno di grande attenzione al rico-

⁵ Cfr. L. Manicardi, *Memoria del limite. La condizione umana nella società postmortale*, Vita e Pensiero, 2011.

⁶ *Idem*.

⁷ C. Lafontaine, *Il sogno dell'eternità*, Medusa, 2009, p. 88.

⁸ Francesco, *Discorso al Convegno Ecclesiale Nazionale di*

Firenze, 10 novembre 2015.

noscimento incondizionato della dignità di ogni stagione della vita, anche quando la persona risulta essere abbruttita dal tempo, incapace di relazioni che appagano la nostra sensibilità, causa di spesa e quindi disagio economico, inguaribile e magari anche noiosa. Qui si rende necessario un nuovo sguardo sulla vita e sulla persona umana, come ha ricordato il Pontefice nella sua visita al Cottolengo di Torino nel 2015⁹.

C'è da rallegrarsi per gli ultracentenari, triplicati in poco tempo, con un trend in aumento di anno in anno: si è passati dalle 5.650 persone che avevano raggiunto o superato i 100 anni nel 2002, a oltre 19.000 nel 2015¹⁰. Al 1° gennaio 2021¹¹ si contano 17.177 persone residenti di 100 anni e oltre. Nell'83% dei casi si tratta di donne. Sono 1.111 gli individui residenti che al 1° gennaio 2021 hanno raggiunto e superato i 105 anni di età, circa 9 su 10 sono donne. 17 donne al 1° gennaio 2021 hanno raggiunto e superato i 110 anni. Il numero degli ultra ottantenni superano il 6%¹². L'Italia è quinta al mondo per aspettativa di vita con una media di 84,01 anni, di cui 81,90 per gli uomini e 85,97 per le donne¹³.

La popolazione ultrasessantacinquenne nel decennio 2010-2019 è passata da 12.206.470 del 2010 (il 20,2% della popolazione totale) a 13.693.215 del 2019 (22,9%) con un incremento di 1.486.745 persone. Oltre 2,8 milioni degli anziani sono non autosufficienti, dato che rappresentano il 20,7% e l'81% del totale dei non autosufficienti in Italia. Il rischio della non autosufficienza cresce con l'età e supera il 40% oltre gli ottanta anni. Sono anziani spesso plurimorbidi e quindi complessi. Sappiamo che 1,2 mln di persone affette da patologie neurodegenerative,

nel giro di due decenni diventeranno 4 mln; ad oggi solo i pazienti con morbo di Alzheimer superano i 600 mila.

Nel nostro Paese i posti letto nelle strutture assistenziali per anziani, sono circa 400.000 (naturalmente con una concentrazione al nord Italia 3 volte superiore a quella del sud), il che vuol dire che la maggioranza dei nostri anziani non autosufficienti sono a casa, molti dei quali soli e/o, per chi può permetterselo, con badanti che affrontano questo mestiere senza un'adeguata preparazione.

Non entro nella discussione sul Ddl "Anziani" che sta correndo verso l'approvazione finale nei tempi previsti dal Pnrr. Il DLL 506 recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" da aprile 2023 vedrà la stesura dei decreti attuativi. A questo tema sarà opportuno dedicare un numero intero di Logos. Qui accenno solo a due preoccupazioni: il pericolo della ideologizzazione che vede come negativa ogni forma di risposta ai bisogni complessi degli anziani nelle strutture, non tenendo sufficientemente conto delle singole situazioni e quindi dell'appropriatezza degli interventi e il reperimento delle risorse necessarie per un'assistenza domiciliare adeguata e di qualità, senza che questa penalizzi l'equilibrio economico delle necessarie strutture di assistenza.

A rendere tutto più problematico vi è la crisi dell'istituto familiare che vede una città come Milano capitale dei single. Nel 2016, per questa città che non raggiunge il milione e mezzo di abitanti, il Comune ha censito nuclei monofamiliari più del doppio delle coppie: 379.035 contro 164.435¹⁴. Dall'incrocio dei dati di Istat e Censis emerge come, dal 2001 ad oggi, nelle città italiane i single siano raddoppiati. A Roma i single sono passati dal 28%, registrato nel 2001, al 47,5% del 2022, mentre a Milano la percentuale è addirittura al 52,8%.

⁹ Francesco, Discorso alla Piccola Casa della Divina Provvidenza, Torino, 21 giugno 2015.

¹⁰ Rapporto Osservasalute presentato all'Università Cattolica di Roma il 17 aprile 2015.

¹¹ Rapporto Istat sul 2021: cfr www.istat.it

¹² Dati OECD, *Health at a Glance*, 2015, p. 193.

¹³ Quotidiano santità del 23 dicembre 2022

¹⁴ Cfr. Dati comunedimilano.it, Censimento del 2016.

A Milano come a Roma e in altre città, non è così raro che si ritrovino vecchi morti diversi giorni dopo il loro decesso – se non settimane – anche se la cronaca non è così scandalizzata e indignata nel darne notizia. Altrettanto frequente è la presenza di anziani che non potendo provvedere a far la spesa da soli, a cucinare adeguatamente, a reperire le medicine necessarie, vedono peggiorare la loro salute, aggravando situazioni già molto precarie sia per loro che per la spesa sanitaria. Molto positive, invece, sono le esperienze di social housing o di condomini solidali nei quali si garantiscono in modo trasversale alcuni servizi di supporto.

Le statistiche riportate danno conto degli elevatissimi fabbisogni assistenziali che sono stati coperti in questi anni fondamentalmente dalle famiglie che garantiscono assistenza diretta, in particolare mogli e figlie in 7 casi su 10; per molte situazioni è necessario l'aiuto di circa 1 milione di badanti con una spesa annua per la retribuzione stimata in circa 9 miliardi di euro. Un'indagine del Censis dello scorso anno¹⁵, ricorda che circa 1 milione di anziani con gravi limitazioni funzionali non beneficia di assistenza sanitaria domiciliare, 382 mila non autosufficienti non hanno né assistenza sanitaria né aiuti di alcun genere, 1,6 milioni di longevi con limitazioni funzionali lievi e gravi hanno solo aiuti non sanitari. Oltre 2,7 milioni di anziani vivono in abitazioni non adeguate alla condizione di ridotta mobilità e che avrebbero bisogno di lavori infrastrutturali per adeguarli, 1,2 milioni quelli che vivono in abitazioni inadeguate e non adeguabili. Sono aspetti troppo spesso sottovalutati che peggiorano la qualità della vita per una persona a ridotta autonomia e complica la già difficile convivenza quotidiana. In tale quadro il Servizio sanitario e il welfare in generale, non sono né pronti né adatti a coprire i fabbisogni assistenziali

complessi dei non autosufficienti.

Umanamente parlando, il quadro è davvero drammatico e all'orizzonte si fatica a vedere movimenti in controtendenza che facciano presagire un cambiamento. In particolare, ritengo che la ferita più importante l'abbia ricevuta, e continua a riceverla proprio la famiglia, istituto cardine di ogni vera e sana comunità umana. È la famiglia, oggi, la grande maltrattata sia da un punto di vista economico che da un punto di vista etico: la denatalità non è che un'amara conseguenza. Inizio di ogni rimedio non può che essere un ripensamento delle politiche familiari, in campo civile, se non si vuole un autoannientamento, e di una vera pastorale familiare in campo ecclesiale, attenta e premurosa, capace di discernere e accompagnare ogni situazione nella sua singolarità, ma sempre ferma nell'annunciare il vangelo della famiglia e della vita.

Considerare la cura degli anziani nel nostro tempo, significa non dimenticare il pericolo che corrono "i vecchi" di essere tra le vittime più illustri della cultura dello scarto, tante volte denunciata da papa Francesco. Nei primi giorni del suo pontificato, la parola del Papa fu chiara: *"La cultura dello scarto tende a diventare una mentalità comune, che contagia tutti. La vita umana, la persona, non sono più sentite come valore primario da rispettare e tutelare, specie se è povera o disabile, se non serve ancora — come il nascituro —, o non serve più — come l'anziano»*¹⁶. È il 5 giugno del 2013 a soli 3 mesi dalla sua elezione. Lo stesso ammonimento lo abbiamo sentito il 10 febbraio 2017, all'udienza concessa in occasione dei 25 anni della Giornata Mondiale del Malato e i 20 anni dell'Ufficio Nazionale CEI per la pastorale della salute: *"Se c'è un settore in cui la cultura dello scarto fa vedere con evidenza le sue dolorose conseguenze è proprio quello sanitario. Quando la persona malata non viene messa al centro e considerata nella sua dignità, si ingenerano atteggiamenti*

¹⁵ <https://www.censis.it/welfare-e-salute/la-silver-economy-e-le-sue-conseguenze/la-non-autosufficienza-tra-badantato-e-nuove>.

¹⁶ Francesco, *Udienza Generale* del 5 giugno 2013.

che possono portare addirittura a speculare sulle disgrazie altrui. E questo è molto grave! Occorre essere vigilanti, soprattutto quando i pazienti sono anziani con una salute fortemente compromessa, se sono affetti da patologie gravi e onerose per la loro cura o sono particolarmente difficili, come i malati psichiatrici”¹⁷.

Un Magistero attento ai segni dei tempi

È innegabile che fino agli anni 60 la presenza degli anziani nel contesto socio-culturale aveva connotati diversi: erano meno come numero, inseriti in famiglie molto più numerose, la loro stessa disabilità era più tollerata e il rapporto intergenerazionale aveva parametri più positivi. La considerazione degli anziani, anche grazie alla tradizione cristiana e ai suoi insegnamenti, era certamente più favorevole. Dagli anni settanta le cose cominciano a cambiare decisamente sia come contesto socio-culturale, sia religioso, sia nei bisogni assistenziali. Alle diverse crisi economiche e alla crescente denatalità va aggiunta una crisi antropologica causata da una visione funzionalista dell'esistenza per la quale si esalta un essere umano senza limiti, padrone assoluto della vita che vuole il suo corpo come una macchina dai pezzi sostituibili e valido solo se efficiente: da qui un antiumanesimo altamente prescrittivo orientato a un modello unico di efficienza e performatività.

Da uno studio attento della questione, possiamo notare un crescendo di attenzione del Magistero Pontificio per la discriminante attenzione del contesto sociale degli ultimi quarant'anni nei confronti della *“questione anziani fragili”*. Se inizialmente la denuncia dei papi riguardava soprattutto il carattere sociale, e quindi l'iscrizione

di questa categoria di persone tra le fasce degli indigenti, con il passare degli anni la questione è diventata più grave perché alla difficoltà di cura e di assistenza si è aggiunta una visione antropologica di matrice funzionalista, che arriva persino a negare il carattere di persona a coloro che sono affette da patologie neurodegenerative¹⁸.

Nella *Octogesima Adveniens*, Lettera Apostolica scritta da san Paolo VI nel 1971 per celebrare gli 80 anni della *Rerum Novarum*, si afferma la dignità delle persone indigenti e il dovere di prendersi cura di loro; tra i *nuovi poveri* elencati, per la prima volta vi sono *“i vecchi”*: *“Nei mutamenti industriali, che reclamano un adattamento rapido e costante, coloro che vengono a trovarsi colpiti saranno più numerosi e meno in grado di fare intendere le proprie voci... Verso questi nuovi «poveri» – minorati e disadattati, vecchi, emarginati di origine diversa – si dirige l'attenzione della chiesa, per riconoscerli, aiutarli, difendere il loro posto e la loro dignità in una società indurita dalle competizioni e dall'attrattiva del successo”*.

Durante il Pontificato di *san Giovanni Paolo II*, papa particolarmente attento ai temi della cura, della salute, della malattia, l'attenzione al tema degli anziani e della vecchiaia ha un grande sviluppo. Certamente il testo più eloquente lo troviamo nell'*Evangelium vitae* (1995), Lettera Enciclica sul valore e la dignità della vita umana, un vero e proprio grido per risvegliare l'umanità di fronte al *“moltiplicarsi e l'acutizzarsi delle minacce alla vita delle persone e dei popoli, soprattutto quando essa è debole e indifesa. Con le nuove prospettive aperte dal progresso scientifico e tecnologico nascono nuove forme di attentati alla dignità dell'essere umano”* (n. 3). Degli anzia-

¹⁷ Francesco, *Udienza in occasione della XXV Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano, 10 febbraio 2017.

¹⁸ “Non tutti gli esseri umani sono persone. Non tutti gli esseri umani sono uguali. Non tutti gli esseri umani sono autocoscienti, razionali e capaci di concepire la possibilità di biasimare e lodare. I feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranza costituiscono esempi di non-persone umane”. (Engelhardt jr. *The foundation of bioethics*, p.107).

ni si parla nel IV capitolo che significativamente titola: "L'avete fatto a me. Per una nuova cultura della vita umana". Al n. 94 si legge: "Un posto particolare va riconosciuto agli anziani. Mentre in alcune culture la persona più avanzata in età rimane inserita nella famiglia con un ruolo attivo importante, in altre culture invece chi è vecchio è sentito come un peso inutile e viene abbandonato a se stesso: in simile contesto può sorgere più facilmente la tentazione di ricorrere all'eutanasia. L'emarginazione o addirittura il rifiuto degli anziani sono intollerabili".

Quindi un forte richiamo alla famiglia: "La loro presenza in famiglia, o almeno la vicinanza ad essi della famiglia quando per la ristrettezza degli spazi abitativi o per altri motivi tale presenza non fosse possibile, sono di fondamentale importanza nel creare un clima di reciproco scambio e di arricchente comunicazione fra le varie età della vita. È importante, perciò, che si conservi, o si ristabilisca dove è andato smarrito, una sorta di «patto» tra le generazioni, così che i genitori anziani, giunti al termine del loro cammino, possano trovare nei figli l'accoglienza e la solidarietà che essi hanno avuto nei loro confronti quando s'affacciavano alla vita: lo esige l'obbedienza al comando divino di onorare il padre e la madre (cf. Es 20, 12; Lv 19, 3).

Quattro anni dopo scriverà la *Lettera agli anziani* (1999), una consolante riflessione sul senso e il valore della vecchiaia nella prospettiva biblio-cristiana considerata non come il venir meno della vita, ma il compimento sensato di un'esistenza umana. L'età anziana, secondo il papa santo, porta con sé la sintesi di ciò che si è appreso e vissuto, la sintesi di quanto si è sofferto, gioito, sopportato per cui essa è "come il finale di una grande sinfonia, nella quale ritornano i temi dominanti della vita per una potente sintesi sonora". La vita raggiunge il suo compimento una volta che approda alla vecchiaia dopo essere passata per tutte le stagioni dell'esistenza. Anche la vecchiaia ha i suoi frutti e riserva delle scoperte, ricorda il Papa polacco, se non altro fa

capire le cose in maniera nuova.

Infine un invito a considerare l'anziano un tesoro prezioso per l'evangelizzazione: "L'anziano non è da considerarsi solo oggetto di attenzione, vicinanza e servizio. Anch'egli ha un prezioso contributo da portare al Vangelo della vita. Grazie al ricco patrimonio di esperienza acquisito lungo gli anni, può e deve essere dispensatore di sapienza, testimone di speranza e di carità".

Ritengo, comunque, che il più alto Magistero sul valore incondizionato della vita e la sua dignità anche quando si diventa anziani fragili e malati, il papa polacco lo abbia dato con la sua testimonianza personale quando non ha temuto di porre sotto gli occhi di tutto il mondo i limiti e la fragilità che derivano dagli anni e non ha avuto paura di guardarli in faccia nella loro realtà. Il Papa ci ha resi partecipi della sua vita di uomo vecchio poiché convinto che la vecchiaia, anche quando è compromessa in salute è "una sfida e un compito, un periodo da utilizzare in modo creativo".

Nel 1995 il tema delle patologie neurodegenerative non era ancora così evidente. Ma quando Benedetto XVI, nel 2005 sale al soglio pontificio sono passati solo 10 anni ma il contesto è fortemente mutato. Al ripetuto richiamo di considerare l'età anziana una stagione dove "scoprire la presenza e la benedizione del Signore e le ricchezze che essa contiene", la denuncia dell'emarginazione sociale dei vecchi si fa più forte: "Spesso la società, dominata dalla logica dell'efficienza e del profitto, non lo accoglie come tale; anzi, spesso lo respinge, considerando gli anziani come non produttivi, inutili. Tante volte si sente la sofferenza di chi è emarginato, vive lontano dalla propria casa o è nella solitudine. Penso che si dovrebbe operare con maggiore impegno, iniziando dalle famiglie e dalle istituzioni pubbliche, per fare in modo che gli anziani possano rimanere nelle proprie case"¹⁹. In un incontro, quasi alla

¹⁹ Benedetto XVI, Discorso in occasione della visita alla Casa per anziani "Viva gli anziani" in Roma della Comunità di Sant'Egidio.

vigilia delle sue dimissioni da Sommo Pontefice della Chiesa Cattolica, visitando una casa per anziani, il papa tedesco così si esprime così: *“La qualità di una società, vorrei dire di una civiltà, si giudica anche da come gli anziani sono trattati e dal posto loro riservato nel vivere comune. Chi fa spazio agli anziani fa spazio alla vita! Chi accoglie gli anziani accoglie la vita!”*²⁰.

Infine papa Francesco. Sovente il papa argentino raccomanda di tenere in considerazione gli anziani perché “memoria e dono” per tutti, in particolare per le nuove generazioni, ma sottolinea anche con parole forti e senza mezzi termini, che gli anziani sono tra le vittime più colpite dalla crisi antropologica e dalla cultura dello scarto. Tra tutti i suoi interventi, per il suo carattere sintetico, cito il discorso rivolto alla Piccola Casa della Divina Provvidenza di Torino il 21 giugno 2015: *“Tra le vittime di questa cultura dello scarto vorrei qui ricordare in particolare gli anziani, che sono accolti numerosi in questa casa; gli anziani che sono la memoria e la saggezza dei popoli. La loro longevità non sempre viene vista come un dono di Dio, ma a volte come un peso difficile da sostenere, soprattutto quando la salute è fortemente compromessa. Questa mentalità non fa bene alla società, ed è nostro compito sviluppare degli “anticorpi” contro questo modo di considerare gli anziani, o le persone con disabilità, quasi fossero vite non più degne di essere vissute”*²¹.

Mi pare interessante anche un'osservazione che Papa Francesco fece in una delle sue catechesi del mercoledì circa la sorpresa e l'impreparazione ad affrontare anche pastoralmente una situazione inattesa. Dice il papa: *“La spiritualità cristiana è stata colta un po' di sorpresa, e si tratta di delineare una spiritualità delle persone anziane... Abbiamo bisogno di anziani che preghino perché la vecchiaia ci è data proprio per*

*questo. È una cosa bella la preghiera degli anziani”*²². Un'indicazione pastorale precisa che ha ancora bisogno di essere raccolta e sviluppata. Con gli stessi anziani, poi, il papa non è meno esigente: *“Com'è brutto il cinismo di un anziano che ha perso il senso della sua testimonianza, disprezza i giovani e non comunica una sapienza di vita!”*²³.

Considerazioni conclusive

Da quanto detto finora vorrei trarre alcune considerazioni conclusive, accogliendo l'invito del papa a sviluppare *anticorpi* contro la cultura dello scarto.

1. L'anziano non è un problema da risolvere, anche se non autosufficiente, ma una persona da custodire, di cui prendersi cura e dal quale accogliere la domanda di senso che egli rimanda alla nostra persona. Questo fa una società civile se non vuole essere crudele e disumana.
2. Se l'attenzione al dolore ci fa considerazione il corpo dell'anziano, l'attenzione alla sua sofferenza ci fa pensare al dolore dell'anima e dello spirito, al patire del non-senso e quello originato da relazioni ferite. Con forti analogie, anche per l'anziano, specie se malato, dobbiamo considerare quello che Cicely Sanders ha chiamato, riferendosi alle persone morenti in cura palliativa, *total pain*, dolore totale, fisico, psicologico, sociale e spirituale! Sofrire appartiene essenzialmente all'uomo²⁴ e quindi non è una malattia dalla quale liberarsi ma è un'esperienza da liberare proprio con il possibile senso che la persona umana le può dare. Ricorda Papa Giovanni

12 novembre 2012.

²⁰ *Idem*.

²¹ Francesco, *Discorso alla Piccola Casa della Divina Provvidenza*, Torino, 21 giugno 2015.

²² Francesco, *Catechesi all'Udienza Generale*, 4 marzo 2015.

²³ *Idem*.

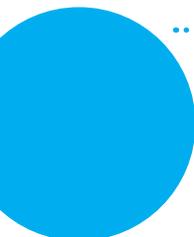
²⁴ Giovanni Paolo II, *Lettera Apostolica Salvifici doloris*, Città del Vaticano, 1984, n. 3.

Paolo II nella Lettera *Salvifici doloris*: "la vastità e la multiformità della sofferenza morale non sono certamente minori di quella fisica; al tempo stesso, però, essa sembra quasi meno identificata e meno raggiungibile dalla terapia"²⁵. Non si può negare che "le sofferenze morali hanno anche una loro componente fisica o somatica e, che spesso si riflettano sullo stato dell'intero organismo"²⁶.

3. Un progetto che voglia considerare seriamente "la questione anziani" non può che avere almeno una *quadruplica attenzione*: *giuridico-politico* con le politiche sugli anziani e per la famiglia; *culturale* riflettendo seriamente sulla questione antropologica, sulla dignità della persona umana e la qualità di vita; *pastorale* ponendo la dovuta attenzione alla dimensione spirituale e agli orizzonti di senso necessari per vivere; *operativo*, cominciando ad agire concretamente nelle situazioni di crisi, ciascuno secondo le proprie responsabilità.
4. Infine, un obiettivo arduo ed essenziale al quale dobbiamo guardare seriamente, se non vogliamo creare moderni rupi tarpee dalle quali l'anziano stesso, prima ancora che la società, vista la difficoltà delle cure, potrebbe chiedere di essere gettato: accompagnare la solitudine e l'esistenza di ciascuno di loro perché possa percepire che la sua esistenza è "molto buona" e non soltanto un problema o un peso difficile da risolvere e oneroso da sopportare! Prima ancora di pensare a leggi che garantiscano l'autodeterminazione e l'interruzione della vita, dovremmo adoperarci in un accompagnamento serio perché nessuno si trovi in una radicale solitudine, così pesante, da dover chiedere la morte anzitempo.

²⁵ *Salvifici doloris*, n. 5.

²⁶ *Salvifici doloris*, n. 6.



Gli anziani nella Bibbia

*Cesare Nosiglia**

Sono lieto di affrontare un tema bello e molto importante che propone, alla nostra riflessione e considerazione, il tempo della anzianità come la considerano e vivono i personaggi anziani nella Bibbia, che rivestono un posto molto importante nei libri sacri. Gli anziani sono considerati anzitutto custodi della fede e della tradizione, docenti ai giovani di insegnamenti di vita e di rapporto con Dio e gli altri, rispettati e ritenuti saggi e portatori di verità e di speranza.

Richiamo due esempi: uno del Nuovo Testamento e l'altro dell'Antico.

Dal Vangelo di Luca 2,22-40: il vecchio Simeone e la profetessa Anna.

Due anziani che vivono casa e chiesa, diremmo noi oggi. Essi hanno perseverato giorno dopo giorno nella preghiera, finché non è giunto tra le loro braccia Gesù il Messia e figlio di Dio.

I genitori Maria e Giuseppe portarono il bambino Gesù al Tempio per adempiere alla legge di Mosè ed essi lo riconobbero e lodarono Dio per aver avuto questo grande dono.

Vediamo dunque alcuni aspetti della figura di questi due anziani.

Anzitutto la preghiera perseverante e carica di fede e di speranza.

Simeone afferma che lo Spirito Santo gli aveva promesso che non sarebbe morto prima di aver visto il Messia del Signore. Per questo egli veniva sempre al Tempio a pregare e non si stancava mai della lunga attesa. I nostri anziani pregano tanto e per tutti i loro cari, i loro morti e tante altre intenzioni. Nel tempo della pandemia molti adulti e giovani non andavano più a messa,

ma gli anziani invece hanno dato esempio di coraggio e fiducia in Dio.

Lo stesso vale per la profetessa Anna che, rimasta vedova, si reca ogni giorno al tempio per pregare e viene premiata dal Signore perché lo vede e riconosce come Messia nelle braccia di sua madre. Allora diventa testimone di questo evento e lo annuncia a tutti parlando del bambino che ha visto e riconosciuto come figlio di Dio e Salvatore.

Gli anziani nella Bibbia sono dunque i custodi della tradizione e nutrono la loro fede nella preghiera. È una caratteristica propria degli anziani quella di mantenere la tradizione dei loro padri e nonni. Questo potrebbe apparire un fatto scontato e che non aiuta a rinnovare la Chiesa. Ma non è vero se pensiamo, ad esempio, a papa Giovanni XXIII che, già molto anziano, decide di indire un Concilio Vaticano, superando tutte le diatribe e perplessità, per non dire avversità, dei vari funzionari cardinali e vescovi stessi della Curia Romana.

Gli anziani nella Bibbia sono inoltre i profeti del domani che verrà.

Si dice che gli anziani abbiano sempre lo sguardo rivolto al passato. Il Vecchio Simeone sorprende la famiglia di Nazaret perché annuncia quello che sarà nel futuro del bambino Gesù e profetizza a Maria che una spada le trafiggerà l'anima. Egli dunque annuncia il futuro e prospetta quello che accadrà tanti anni dopo. Questo ci insegna che l'anziano ha il dono di aiutare la Chiesa e noi tutti a guardare in avanti con fiducia e speranza. Così è stato amato da tutti i giovani del mondo in una maniera incredibile e costante Papa Giovanni Paolo II, che stabiliva con loro una relazione potente e duratura

* Mons. Cesare Nosiglia, Arcivescovo Emerito di Torino.

fino alla fine della sua vita, pure travagliata dalla malattia del Parkinson. Ma oggi anche papa Francesco, che ha già la sua età, rappresenta per tutto il mondo un punto di riferimento fondamentale e riconosciuto da tutti anche da fedeli di altre religioni e fedi.

Infine la gioia del vecchio Simeone e della profetessa Anna hanno una forte connotazione missionaria. Essi infatti non gioiscono solo perché hanno riconosciuto in quel bambino il Messia e Salvatore, ma ne parlano a tutti e lo annunciano, perché tutti possano partecipare a questa gioia che ha riempito il loro cuore. Essere missionari del Vangelo non significa preoccuparci di trasmettere una moltitudine di dottrine, sia teologiche che morali ma mettere al centro del nostro annuncio Gesù Cristo, cuore fondamentale e fontale della nostra fede. Ci ricorda Agostino: *"quello che conta nella missione non è tanto ciò che si deve dire o come lo si deve dire, ma che lo si dica con gioia, mostrando a tutti che l'incontro con il Signore ha portato nel nostro cuore una gioia che non possiamo tacere, e che investe tutta la nostra vita"*.

Un altro esempio del valore che hanno gli anziani nella Bibbia dell'Antico Testamento è quello del vecchio Eleazaro, che possiamo trovare nel libro biblico dei Maccabei 2,19-32.

È La vicenda di 7 ragazzi maccabei e della loro madre. Un fatto tragico e molto doloroso. Il re Antioco aveva occupato Gerusalemme e spadroneggiava nel territorio di Israele obbligando tutti a riconoscerlo e onorarlo come Dio. Inoltre costringeva tutti i giudei a trasgredire la legge e la tradizione dei padri obbligandoli a mangiare cibo proibito. Tutti e 7 i figli e la madre morirono nei più dolorosi tormenti, ma non trasgredirono la legge dei padri.

Insieme a loro c'era anche un anziano di nome Eleazaro, stimato e riconosciuto per la saggezza che aveva e per la fedeltà assoluta alla tradizione di Israele. Anche lui venne costretto a ingoiare la carne suina proibita. Ma lui, preferendo una morte gloriosa a una vita ignominiosa, si

incamminò liberamente al supplizio sputando il boccone e comportandosi così con grande determinazione ed esemplarità.

Questo anziano, di cui la Bibbia ci parla, ci offre un ulteriore importante insegnamento che esalta la vecchiaia, facendola apparire in tutto il suo valore di esempio ai più giovani. Racconta la Bibbia che i suoi amici gli consigliavano di far finta di mangiare il boccone di carne e così salvarsi la vita, ma lui fece questo ragionamento proprio di tanti anziani. Facendo un nobile ragionamento degno della sua età e del prestigio della sua vecchiaia, a cui si aggiungeva la veneranda canizie e la condotta irreprensibile tenuta fin da fanciullo, obbedendo alla legge di Dio come sempre aveva fatto, e andò alla morte dicendo: *"non è affatto degno della nostra età e del prestigio della vecchiaia fingere di trasgredire la legge di Dio, dando così un pessimo esempio ai giovani che avrebbero pensato: Eleazaro a 90 anni ha preferito vivere più che morire per una giusta causa e sarebbero stati così invogliati anche loro a comportarsi così, trasgredendo le sante leggi della propria religione. Non voglio, ha detto Eleazaro, che i giovani si perdano per la mia paura e decidano di imitarmi nel male invece che imitarmi nel bene, come è proprio di un anziano."*

Un episodio molto significativo che ci fa comprendere un altro tratto caratteristico dell'anziano secondo la Bibbia: quello di dare la sua testimonianza alle nuove generazioni di come sia bello osservare la legge di Dio, e di farlo non con le parole di esortazione ma con i fatti, tra cui eccelle la propria condotta. Questo episodio ci fa comprendere quanto sia importante l'esempio dell'anziano in una famiglia, anche se oggi sembra che la sua parola e la sua testimonianza sia vanificata, e non accolta dalle nuove generazioni.

La vecchiaia dunque secondo la Bibbia è un tempo favorevole per il compimento della vita di ogni persona e rientra nel disegno divino, perché essa possa scoprire sempre meglio quale è il senso della vita e raggiungere la sapienza del cuore.

La vera longevità, afferma la Bibbia, non è quella della vita ma una vita, ma una vita senza macchia, modello per le nuove generazioni da seguire e imitare, pure nelle diverse modalità di linguaggio e valori da accogliere e vivere ogni giorno.

Ovviamente i personaggi anziani della Bibbia sono molti e molti di più di questi due, e tutti hanno una importanza a volte fondamentale nella storia della salvezza. Basta ricordare Abramo, Mosè, il sacerdote Eli e Samuele Zaccaria, ed Elisabetta Nicodemo.

Abramo che, alla sua veneranda età, per grazia di Dio ha un figlio da Sara, anche lei molto anziana, che diventerà il capostipite del popolo di Israele. Di Abramo la Bibbia celebra la longevità come segno della benevolenza di Dio, che diventa una promessa che riguarda tutti i popoli della terra .. "farò di te un grande popolo, ti benedirò e renderò grande il tuo nome e diventerai una "benedizione" (Genesi 12,2-3). Mosè che era anziano proprio quando Dio gli affida la missione di far uscire il popolo eletto dalla schiavitù di Egitto (Esodo 3,1-11) Samuele che, istruito dal sacerdote Eli, impara ad ascoltare la parola di Dio che lo chiama ad essere uno dei più grandi profeti del popolo di Israele (primo libro di Samuele 2,29).

E nel Nuovo Testamento gli anziani Elisabetta e Zaccaria, cugini di Maria Santissima, che santifica con la sua presenza Giovanni Battista, il precursore di Gesù (Luca 1,36). E il vecchio Nicodemo, che si reca di notte da Gesù accoglie poi la sua sepoltura dopo la passione e morte del Signore (Gv 3,1.21).

Il salmo 92 sintetizza molto bene la testimonianza degli anziani che troviamo nella Bibbia: *"il giusto fiorirà come palma e crescerà come cedro del Libano... nella vecchiaia daranno ancora frutti, saranno vegeti e rigogliosi per annunciare quanto è retto il Signore"*.

Il testo di Giovanni Paolo Secondo rivolto proprio agli anziani termina così: *"Fa che accogliamo con amore la tua volontà ponendoci ogni giorno nelle tue mani misericordiose. E quando*

verrà il momento del definitivo passaggio concedi di affrontarlo con animo sereno senza nulla di rimpiangere di ciò che lasceremo. Incontrando te dopo averti a lungo cercato ritroveremo infatti ogni valore autentico sperimentato qui sulla terra insieme con quanti ci hanno preceduto nel segno della fede e della speranza averti a lungo cercato, ritroveremo infatti ogni valore autentico sperimentato qui sulla terra, insieme con quanti ci hanno preceduto nel segno della fede e della speranza. E tu Maria, madre della umanità pellegrina, prega per noi adesso e nell'ora della nostra morte. Tienici sempre stretti a Gesù figlio tuo diletto e nostro fratello, Signore della vita e della gloria. Amen"

Aggiungo una mia considerazione che, partendo dalla ricchezza dei testi biblici, riflette sulla attuale condizione e valorizzazione degli anziani nella nostra società.

L'età anziana sta diventando ormai una frontiera sempre più ampia nella nostra società, e ci si rende conto di quanto possa essere non tanto un problema, ma una risorsa decisiva per il suo presente e il suo futuro. È importante, infatti, che il patrimonio di cultura, di tradizione cristiana e civile e di testimonianza sui principali valori che hanno segnato la nostra storia, si mantenga vivo e sia sempre rinnovato e qualificato attraverso l'apporto di coloro che di tutto questo sono stati e restano protagonisti.

I giovani ed i ragazzi debbono poter contare sugli anziani, che diventano punto di riferimento stabile e sicuro anche per la loro crescita, e dai quali ricevono il testimone su cui impostare il futuro della loro vita e della società.

Occorre pertanto che si promuova nelle nostre comunità un discernimento culturale e pastorale sulla situazione degli anziani, che investa i pastori e le famiglie e possa contare su apposite nuove realtà permanenti, anche molto semplici e di immediata realizzazione, come sono le comunità interfamiliari, le associazioni familiari, i gruppi ecclesiali dove gli anziani vivono la loro esperienza di fede e di comunione e di fraternità.

Ecco perché più volte ho scritto e detto che, prima di decidere di portare un anziano in una casa di riposo o di accoglienza, anche indispensabile per una assistenza continua sul piano sanitario, è necessario che i figli e nipoti, ma anche la società, attivino il massimo impegno, anche finanziario, per mantenere l'anziano nel suo ambiente familiare, nella sua casa.

La famiglia monoparentale di oggi stenta a considerare tale scelta come giusta e doverosa, e ricorre appunto a realtà che in grande numero stanno sempre più caratterizzando la nostra società. Nello stesso tempo l'assistenza domiciliare di cui tanto si parla non decolla e resta un miraggio mai realizzato, non solo per questioni economiche, ma culturali sociali...

La ricerca assoluta della soddisfazione individuale e di un benessere chiuso dentro il proprio io, o al più nella ristretta cerchia di riferimento, di una famiglia mononucleare come si usa dire, dove conta solo chi produce e poco le persone che stanno ai margini del sistema, come sono i bambini e gli anziani, sta erodendo il valore più grande delle nostre famiglie e della nostra cultura e società: quello della solidarietà e del rapporto intenso tra generazioni, che ha assicurato il progresso anche economico, oltre che umano e spirituale delle nostre popolazioni. La solitudine diventa perciò la condizione di vita sia di tanti anziani, ma anche di tanti minori. Le nostre comunità che seguono gli anziani nella proprie case, anche attraverso i ministri ausiliari della comunione, dovrebbero non limitarsi a questo pure importante servizio, ma allargarlo ad altri volontari che visitino e accompagnino tanti anziani soli, privi di quelle amicizie disinteressate che arricchiscono la giornata spesso lunga e priva di incontri significativi.

Nessuno può negare infatti che anche lo stesso boom economico è nato e cresciuto grazie alle famiglie di stampo patriarcale dove anziani, adulti e giovani hanno lavorato insieme nell'impresa appunto familiare, che si è poi allargata, ma che ha trovato nel tessuto vitale della famiglia in-

tera, con tutti i suoi membri, il soggetto portante del suo cammino.

Oggi dove ci sono i giovani non ci sono gli anziani e dove ci sono gli adulti non ci sono i giovani. Molti anziani vivono nelle strutture "dorate" di accoglienza, gli adulti sono sempre più spesso fuori casa per lavoro, i minori sono lasciati a se stessi. Si sfilaccia quel tessuto di relazioni e di incontro e dialogo, di memoria e di speranza che ha alimentato la crescita armonica e vitale di tante persone e famiglie. Occorre ricostituire un ambiente familiare dove le generazioni vengono valorizzate per quello che sono e non solo per quello di producono o consumano.

È certamente una iniziativa ottima e che va incoraggiata e sostenuta. Si tratta di promuovere una rete di assistenza domiciliare e di aiuto, valorizzando l'apporto degli anziani sia nei confronti della propria famiglia e dei minori in particolare, sia verso altri anziani, magari soli o non autosufficienti che necessitano, oltre alla cure, compagnia e amicizia. Se due parrocchie vicine si uniscono per ottimizzare le risorse, il personale è un esempio virtuoso da incoraggiare nelle diverse unità pastorali. Gli anziani posseggono una esperienza grande perché la vita li ha resi saggi e ricchi di quella sapienza che non si impara a scuola, ma dal vissuto quotidiano, e che resta un patrimonio di memoria e di forza da investire anche oggi nella nostra esistenza, oltre che di esempio di costanza e di coerenza e fedeltà ai valori che hanno rappresentato per loro e tutt'ora rappresentano per tutti un punto di riferimento fondamentale, quali sono la fede e l'amore a Dio e alla famiglia. Essi sono i custodi della tradizione e della storia della loro famiglia, gli "angeli" della loro casa, come li chiama Papa Francesco, e come tali vengono onorati e ricordati il 2 ottobre festa dei Santi Angeli. È il grande compito educativo che non cessa mai con l'età, ma resta imperituro e fecondo anche quando sembra che la malattia impedisca agli anziani di svolgere quel compito di guida che avevano. La presenza in una casa di un anziano è portatrice di speranza

e di tanto amore. È indispensabile però che le politiche familiari delle istituzioni e del terzo settore, del volontariato cristiano e laico, del lavoro e della cultura, siano disponibili a considerare la famiglia ricca di tutti i suoi membri, una risorsa su cui investire il meglio delle energie professionali, umane, economiche e sociali.

È questa una delle sfide oggi più urgenti per la Chiesa e per il nostro Paese.

Medicina di precisione nella nutrizione enterale nel paziente cronico. Forme e modi personalizzati

*Maria Elena Riccioni**

Sommario: 1. Dispositivi. — 2. Storia. — 3. Tecnica. — 4. Conclusioni. — 5. Bibliografia.

Negli ultimi decenni, con l'aumento dell'età della popolazione abbiamo assistito ad una richiesta crescente di ricoveri presso strutture per lungodegenza di pazienti anziani e bisognosi di assistenza e cure.

In molti casi la stessa assistenza e cure vengono richieste per pazienti più giovani, oppure addirittura pediatrici, ma affetti da disabilità fisiche o intellettive, che non possono essere accuditi a domicilio.

Uno dei bisogni primari da soddisfare sia a domicilio che negli istituti di ricovero è fornire una alimentazione quantitativamente e qualitativamente adeguata.

Il paziente che non riesce ad alimentarsi sufficientemente (malnutrito) è di fatto svantaggiato rispetto ad un paziente normonutrito, in quanto maggiormente esposto ad un rischio di complicanze ed infezioni che ne peggiorano la prognosi (1-3).

Gli interventi nutrizionali sono ancor più necessari nel paziente pediatrico, più suscettibile rispetto all'adulto di sviluppare un quadro di malnutrizione e complicanze, viste le minori riserve energetiche e il proporzionalmente maggiore fabbisogno nutrizionale

Spesso ci troviamo a confrontarci con pazienti che hanno disordini che colpiscono centri nervosi specifici per cui il paziente perde la capacità di coordinare l'azione della deglutizione e si creano disturbi che possono far entrare il cibo nelle vie aeree dove insorgono delle "polmoniti ab ingestis", situazione clinica grave e talvolta mortale.

D'altra parte, i vantaggi della nutrizione enterale (cioè utilizzando sempre l'apparato digerente) rispetto alla parenterale (cioè utilizzando il sistema venoso centrale) sono indubbi:

la nutrizione enterale è più semplice, più sicura e ha minor costo, richiede minor cura infermieristica e dal punto di vista fisiopatologico ha il vantaggio di stimolare lo svuotamento della colecisti e quindi di evitare la formazione di sabbia biliare e calcoli, evita la steatosi epatica incre-

* Dott.ssa Maria Elena Riccioni, ricercatore universitario Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma — UOS endoscopia d'urgenza e pediatrica.

mentando il rilascio dell'enteroglucagone nella circolazione portale, mantiene il tessuto linfoide associato alla mucosa e sopprime la risposta delle citochine.

L'unica controindicazione assoluta alla nutrizione enterale è costituita dall'ostruzione intestinale di tipo meccanico. Controindicazioni relative sono costituite da traumi multipli, anomalie gastrointestinali congenite, malassorbimento, sindrome dell'intestino corto, sepsi sistemiche, ascite, presenza di shunt ventricolo peritoneali.

Le vie di accesso per fornire una nutrizione enterale adeguata sono molteplici.

La scelta dell'uno o dell'altro tipo dipende dalla durata stimata, dalla compliance del paziente, dalla competenza specifica del personale medico o infermieristico curante e dal quadro clinico del paziente.

1. Dispositivi

I principali dispositivi sono:

- sondini naso-gastrici o naso-enterici
- tubi gastrostomici o digiunostomici posizionati mediante procedure percutaneo-endoscopiche, radiologiche o chirurgiche.

I principali vantaggi dell'utilizzo della gastrostomia endoscopica rispetto al sondino naso gastrico sono:

- minor rischio di spositonamento del tubo,
- meno rischio di aspirazione, è più sicura e più maneggevole come accesso enterale
- fornisce una migliore qualità di vita e meno interferenze con le attività quotidiane, è una soluzione cost-effective anche a lungo termine.

La durata prevista della nutrizione enterale, la scelta del sito anatomico in cui posizionarne la via d'accesso sono le prime due considerazioni da fare per ciascuna determinata situazione clinica e per ciascun paziente.

La maggioranza dei pazienti tollera bene

la nutrizione somministrata per via intragastrica, tuttavia è necessario che siano presenti fattori che la rendano possibile. In primis, deve essere presumibile che lo stomaco sia in grado di svolgere le proprie funzioni di immagazzinamento ed iniziale digestione degli alimenti e di far progredire il bolo mediante una adeguata azione propulsiva. Teoricamente, lo sfintere esofageo inferiore dovrebbe avere un adeguato tono ed essere in grado di prevenire significativi reflussi del materiale intragastrico. La motilità gastrica dovrebbe essere intatta, con una contrazione coordinata, una normale progressione antro-duodenale ed un adeguato svuotamento gastrico dai liquidi. Dal momento, tuttavia, che tutte queste informazioni sono difficilmente obiettivabili al momento di iniziare la nutrizione enterale, di solito la decisione viene presa sulla storia clinica e sulla valutazione medica del paziente.

Se invece, come spesso accade nei pazienti con disabilità grave e cronicità della malattia, si sommano anche problematiche di dismotilità gastrica, a volte dovute a danno neurogeno vero e proprio, altre volte peggiorate dall'immobilità forzata e prolungata, si possono verificare episodi di inalazione del contenuto gastrico, rigurgito con relative polmoniti "ab ingestis" anche nei pazienti con la gastrostomia.

In questi casi bisogna modificare la modalità di somministrazione dei nutrienti provvedendo a posizionare una cosiddetta PEG-J cioè un sondino gastrostomico con un prolungamento che superi il piloro e raggiunga il duodeno distale o il digiuno prossimale per evitare i fenomeni di rigurgito.

La stabilità clinica del paziente, poi, consente di progredire, una volta stabilita la modalità di somministrazione, verso modalità di infusione più veloci, mentre nel caso dei pazienti critici magari degenti in terapia intensiva o rianimazione, è opportuno procedere alla somministrazione dell'alimentazione in modalità lenta e continua.

Bisogna inoltre controllare, mediante mo-

nitoraggio costante, la tolleranza del paziente alla nutrizione enterale. I dati salienti da verificare sono la frequenza delle evacuazioni, la presenza di diarrea o di distensione addominale, la diuresi ed il vomito. La diarrea in particolare è frequentemente descritta come complicanza di qualsiasi via o tipo di nutrizione enterale.

La nutrizione intragastrica è molto fisiologica, conveniente (ci sono ampie possibilità di formule e regimi dietetici a disposizione) ma se si verifica una difficoltà di svuotamento è necessario intraprendere un trattamento a orario con procinetici (ad esempio metoclopramide, domperidone o eritromicina) o adottare norme comportamentali e precauzionali come sollevare la testata del letto di 30°, ridurre la frazione ed il volume di nutrimento oppure modificarne la composizione utilizzando una formulazione più idrolizzata con minore osmolarità.

Per quanto riguarda le indicazioni alla nutrizione enterale le linee guida Europee pubblicate su Endoscopy 2021 (4) raccomandano una durata della nutrizione enterale non inferiore alle 4 settimane e quindi una prognosi quoad vitam non inferiore alle 4 settimane.

Le gastrostomie e le digiunostomie possono essere posizionate per via percutaneo-endoscopica, per via radiologica o per via chirurgica.

Per quanto riguarda le gastrostomie, la scelta della procedura chirurgica è ormai pressochè limitata a particolari situazioni come:

- a) paz da sottoporre ad intervento chirurgico per altre ragioni
- b) in presenza di circostanze anatomiche che potrebbero inficiarne il posizionamento per via endoscopica o radiologica (resezioni gastriche, anse intestinali interposte per pregresso intervento chirurgico)

Anche la scelta della procedura per via radiologica è limitata a casi in cui non sia possibile il posizionamento di una PEG o per mancanza di endoscopisti adeguatamente formati.

Quando la nutrizione debba essere effettuata oltre il piloro oppure sia necessario sommi-

nistrare farmaci con rapido assorbimento duodeno-digiunale (tipo duodopa nei pazienti parkinsoniani), alla PEG si può aggiungere una estensione (il cosiddetto tubo J) che viene posizionato endoscopicamente e/o radiologicamente nella prima ansa digiunale.

Tale assemblaggio viene solitamente chiamato gastrodigiunostomia percutaneo-endoscopica (PEG-J) e presenta una conformazione di rubinetti ad Y: con un rubinetto per la somministrazione intragastrica ed uno per quella digiunale.

Esiste un dispositivo che viene messo direttamente per via endoscopica ed arriva in digiuno (si può posizionare endoscopicamente sia con che senza controllo radiologico) e si chiama digiunostomia percutaneo-endoscopica (PEJ): le digiunostomie possono essere talvolta impiantate direttamente per via chirurgica.

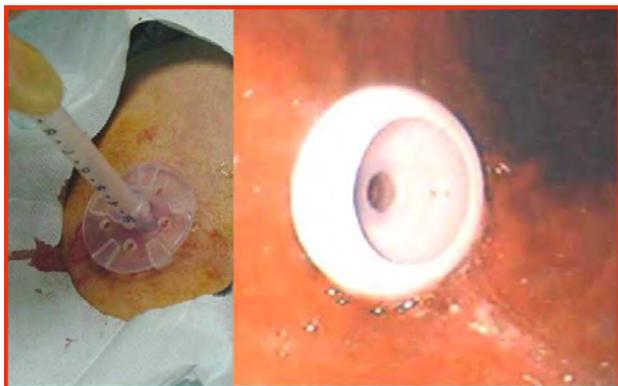
2. Storia

Questa tecnica ha una storia relativamente recente.

I chirurghi già nell'Ottocento utilizzarono diverse tecniche per posizionare gastrostomie in pazienti che non riuscivano ad alimentarsi (nel 1837 Egeberg ipotizzò la tecnica, nel 1839 Sedillot la confezionò in un cane e nel 1846 su 3 pazienti, nel 1876 Verneuil eseguì con successo la prima gastrostomia nell'uomo).

Alla fine dell'800 vari altri chirurghi misero a punto diverse varianti per confezionare la gastrostomia nell'uomo. Nel 1891 Witzel ideò un tunnel serosale, nel 1894 Stamm una borsa di tabacco attorno alla PEG, nel 1913 Janeway perfezionò la tecnica.

Finalmente nel 1981 Gauderer e Ponsky misero a punto la tecnica "pull" da eseguire in endoscopia che è quella che utilizziamo ancora oggi e che attualmente ha raggiunto una vastissima diffusione.



3. Tecnica

Esistono diverse tecniche per il posizionamento endoscopico delle PEG (tecnica push, tecnica pull, tecnica T fasteners), quella più utilizzata è la tecnica pull.

La tecnica pull prevede, con paziente supino, in sedazione profonda, l'esecuzione, come primo step, di una esofagogastroduodenoscopia diagnostica. Constatata l'assenza di controindicazioni endoscopiche, si cerca sulla parete addominale anteriore, in corrispondenza del corpo gastrico, un punto di transilluminazione.

Individuato il punto, si punge con tecnica "safe track" la parete gastrica direttamente dall'esterno, iniettando in retrazione anestetico locale. Si sostituisce la siringa con trocar da 14 fr. Al suo interno viene fatto scorrere un filo guida metallico che viene recuperato dall'interno dello stomaco con ansa da polipectomia. Dopo aver fatto

fuoriuscire il filo guida dal cavo orale, si inserisce al contrario la sonda gastrostomica che inizia con un cuneo e finisce con un bumper. Il cuneo viene fatto fuoriuscire dalla parete addominale, dopo aver opportunamente ampliato il foro cutaneo. La gastrostomia viene assicurata alla parete addominale anteriore tramite il bumper.

A questo punto la PEG viene fissata alla parete addominale anteriore e posta a caduta per 24 ore. Dopo 24 ore viene infusa soluzione glucosata per testarne la tenuta e nelle successive 24 ore si può iniziare la nutrizione enterale vera e propria.

4. Conclusioni

La nutrizione enterale è un importante ausilio terapeutico per il paziente con disabilità e malattie croniche invalidanti che compromettono la capacità di alimentarsi adeguatamente e quindi combattono la malnutrizione.

I sondini naso gastrici e naso digiunali sono di pronto impiego ed utilizzabili fino a 4-5 settimane. Di contro, spesso il paziente è poco compliant nel portarli e si spossano facilmente. Gastrostomie e digiunostomie chirurgiche, radiologiche o percutaneo-endoscopiche permettono un accesso permanente per la nutrizione enterale. Data la sua crescente disponibilità, relativa economicità e diffusione, la PEG si sta sempre più imponendo come valido accesso per la nutrizione enterale.

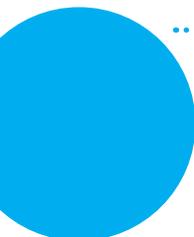
Possibili complicanze, anche gravi e potenzialmente fatali, sono comuni a tutte le vie di accesso per la nutrizione enterale, per cui è importante prestare attenzione sia nella fase del loro posizionamento sia nella loro successiva gestione e manutenzione.

Come ogni tecnica, se utilizzata come fine a sé stessa, è uno strumento disabilitante l'umanizzazione della cura, se invece inserita in un percorso dove il gesto terapeutico non è un puro tecnicismo ma volontà di prendersi cura della

fragilità umana, può costituire un valido ausilio al miglioramento dello status dei pazienti cronici fragili e disabili.

5. Bibliografia

- 1) Naber Th — Schermer T — Nusteling K — Eggink L — Kruijmel JW — Bakkeren J — Katan MB . Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr* 1997; 66:1232-1239
- 2) Martyn CN — Winter PD — Coles SJ — Edington J. Effect of nutritional status on use of health care resources by patients with chronic diseases living in the community *Clin Nutr* 1998;17: 119-123
- 3) Chima CS — Barco K — Dewitt ML — Maeda M — Teran JC — Mullen KD. Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs, and discharge status of patients hospitalized in the medicine service. *J Am Diet Assoc* 1997; 97. 975-978
- 4) Arvanitakis M — Gkolfakis P — Despott EJ — Ballarin A — Beyna T — Boeykens K — Elbe P — Gisbertz I — Hoyois A — Mosteanu O — Danders DS — Schmidt PT — Schneider SM — van Hooft JE : Endoscopic management of enteral tubes in adult patients- Part 1: definitions and indications. *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline . Endoscopy* 2021; 53



L'anziano non autosufficiente e il bisogno di cura

*Amedeo Prevete**

Sommario: Premessa. — 1. Il concetto di anziano e di vecchiaia nella storia. — 2. L'anziano nella cultura contemporanea. — 3. L'anziano e la società moderna. — 4. La percezione soggettiva dell'anziano. — 5. L'anziano bisogno di cura nella la cultura cottolenghina. Introduzione. — 6. La Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo" si prende cura. Inquadramento giuridico e storico. — 7. La Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo" perché oggi si prende cura dell'anziano non autosufficiente. — 8. La Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo" come oggi si prende cura dell'anziano non autosufficiente. — 8.1. La cura del religioso anziano non autosufficiente. — 9. Legge 23 marzo 2023, n. 33 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane". Tra dubbi e speranze. — 10. Riflessioni conclusive.

Premessa

Questo elaborato si pone l'obiettivo di proporre un percorso di analisi sul tema della cura dell'anziano con patologie croniche. È intenzione sviluppare gli approfondimenti su due filoni: il primo con carattere antropologico attraverso un filtro prima universale e poi strettamente cattolico, mentre il secondo approccio sarà di matrice tecnica, giuridica e gestionale.

Le analisi e le considerazioni in questo lavoro, sono il frutto *in primis* di circa tre lustri di attività professionale, che ho avuto ed ho l'onore di svolgere presso la Piccola Casa della Divina

Provvidenza "Cottolengo", ma anche da sollecitazioni ottenute da altre esperienze professionali sia nel settore socio sanitario in generale¹ che dalla lettura di lavori sul tema.

Su questo ultimo elemento, tengo a precisare che al fine di poter rendere più stratificata l'analisi e le conseguenti riflessioni ho anche utilizzato testi ed autori che non sempre mi vedono concorde nella loro impostazione teorica e non sempre condivido le loro riflessioni finali. Con questo approccio, il mio intento è di rendere il più possibile o per quanto possibile oggettivo il mio lavoro.

^{*} Dott. Amedeo Prevete, Direttore Area Assistenza Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo".

¹ Attività svolta in UNEBA che è un'organizzazione di categoria del settore sociosanitario, assistenziale ed educativo con oltre 1000 enti associati in tutta Italia dal 1950.

1. Il concetto di anziano e di vecchiaia nella storia

Ai fini dello studio non è necessario sondare ogni singola epoca², in ordine cronologico, ma evidenziare esclusivamente alcuni passaggi e alcuni contesti socio economici.

Nel 44 a.C. Cicerone³ nel *Cato maior de senectute* affronta in forma dialogica⁴ il tema della vecchiaia cercando di superare il lato greve dell'età che avanza dando ampio spazio alla conquista del tempo attraverso il ricordo dell'agire passato che viene cristallizzato nelle buone azioni. In particolare: « *Le armi in assoluto più idonee alla vecchiaia, cari Scipione e Lelio, sono la conoscenza e la pratica delle virtù che, coltivate in ogni età, dopo una vita lunga e intensa, producono frutti meravigliosi non solo perché non vengono mai meno, neppure al limite estremo della vita – cosa di per sé importantissima –, ma anche perché la coscienza di una vita spesa bene e il ricordo di molte buone azioni sono una grandissima soddisfazione.*»⁵. Emerge con forza una visione della vecchiaia che può raggiungere il rispetto solo dalle azioni degne messe in atto in giovane età, pertanto la vecchiaia, assume rispetto in funzione della qualità di una fase antecedente della vita. In altri termini, il rispetto della vecchiaia non trova fondamento nell'uomo in quanto tale, ma in quello che l'uomo ha materialmente fatto nel passato. Inoltre, la vecchiaia, tenendo sempre sullo sfondo l'epoca in esame, è

concepita come fase della vita in cui non si è più in grado di poter sostenere il ritmo dei più giovani, quindi i pochissimi vecchi portavano un maggior "peso" e sopportavano le *molestiae*⁶ dell'età ma non erano bisognosi della cura, intesa in senso moderno, di un altro soggetto.

Facendo un balzo in avanti di diversi secoli, nel 1366, Francesco Petrarca⁷ nell'*Elogio della vecchiaia*, riprende l'opera Ciceroniana, la implementa con elementi senechiani e la innesta su una dimensione cristiana. La vecchiaia viene disegnata come il ponte, per coloro i quali hanno condotto in modo degno la propria esistenza, tra il travaglio della vita terrena e la vera vita.

Ancora un salto di cinque secoli e arriviamo al 800, periodo a mio avviso interessante, in quanto il primo che vede aumentare il numero assoluto di anziani negli indici demografici della popolazione. Tale sensibile variazione statistica è dovuta principalmente alle modifiche maturate, in occidente, negli ambiti sociali e culturali. Infatti iniziano a concretizzarsi i primi principi di igiene pubblica sia in senso strettamente medico che in senso di "consuetudini" di vita che concorrono ad un generale miglioramento delle condizioni di salute e soprattutto ad un aumento dell'età media della popolazione. In altri termini, ai tempi di Cicerone prima e Petrarca poi, l'anziano era sostanzialmente un'eccezione che fondamentalmente godeva di discreta salute⁸, mentre nel XXVIII secolo l'anziano con problemi di salute cominciava ad essere statisticamente più impattante e con possibili percorsi di non autosufficienza più estesi nel tempo.

Nell'Ottocento, considerati i cenni sul contesto sociale di cui sopra, sorgono le prime forme organizzate di risposta ai bisogni emergenti del-

² Un'approfondita analisi è stata elaborata dalla sociologa C. Costanzi *Storia della vecchiaia nella cultura occidentale – Dalla venerazione all'ageism*, MAGGIOLI, Santarcangelo di Romagna, 2022. In questo lavoro molto approfondito si utilizzano fonti letterarie, normative e artistiche. A mio parere, forse per mia *forma mentis*, in alcuni passaggi il lettore rischia di dare valutazioni a fatti o opere decontestualizzando dall'epoca su cui insistono.

³ Cicerone, *Cato maior de senectute*, Garzanti, Milano, 1990.

⁴ Benché il testo nella sua organicità assuma anche la forma del trattato.

⁵ Cicerone, *Cato maior de senectute*, Garzanti, Milano, pag.9.

⁶ Fastidi.

⁷ F. Petrarca, *L'elogio della vecchiaia*, La vita felice, Milano, 2009.

⁸ Gli anziani dell'antichità godevano di buona salute e la malattia che colpiva l'anziano segnava sostanzialmente un rapidissimo declino verso la morte.

la società. Spesso questi luoghi, come vedremo più avanti, aggregavano diverse forme di bisogno (povertà economica, povertà di salute, anziani non più autosufficienti...) senza però attivare uno specifico percorso di cura. Forse l'obiettivo era dare un luogo al bisogno piuttosto che una risposta allo stesso. Erano luoghi molto tristi e rappresentati come tali anche da alcuni pittori tra cui ricordiamo Angelo Morbelli⁹ che dedicò parte della sua carriera al ritrarre la vecchiaia collegandola ad un forte sentimento di solitudine e abbandono.



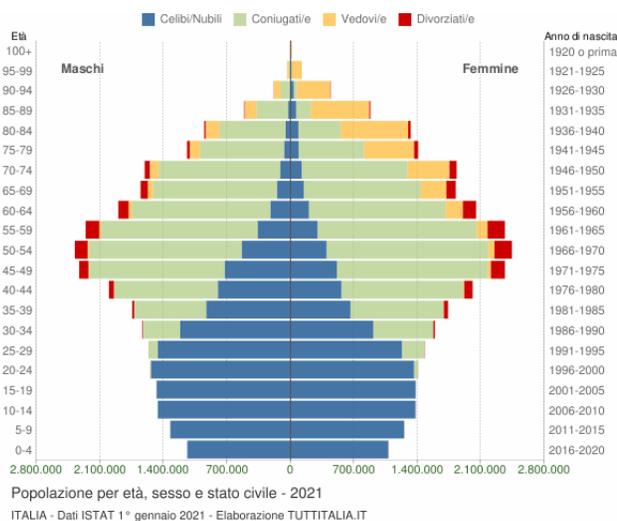
Nell'opera *Giorno di festa al Pio Albergo Trivulzio*¹⁰ emerge fortissimo un senso di angoscia umana all'interno di un contesto fortemente

⁹ Nato ad Alessandria, il 18 luglio 1853, figlio di Giovanni, funzionario statale, originario di Casale Monferrato e di Giovannina Ferraris, cominciò l'attività artistica in campo musicale, ma dovette presto abbandonare, in quanto affetto da una sordità progressiva. Si dedicò allora alla pittura. A partire dal 1883 i temi pittorici di Morbelli si orientano verso l'interpretazione della realtà. In particolare cominciò a rappresentare gli anziani ricoverati nel Pio Albergo Trivulzio, tema che gli fu sempre particolarmente caro. Proprio in quell'anno vinse il premio Fumagalli con l'opera *Giorni... ultimi* - www.wikipedia.it

¹⁰ Lo Stato francese acquistò *Giorno di festa al Pio Albergo Trivulzio* di Angelo Morbelli in occasione dell'Esposizione Universale del 1900. Morbelli, inoltre, venne premiato con la medaglia d'oro in occasione della mostra. Dal 1900 al 1922 il dipinto fu, così, presente nella collezione del musée du Luxembourg. In seguito, fu esposto presso la galerie du Jeu de Paume, sempre a Parigi, fino al 1946. Quindi, il musée national d'Art moderne della città espose l'opera presso le sue sale fino al 1977. Infine, *Giorno di festa al Pio Albergo Trivulzio* fu destinata al musée d'Orsay. <https://www.analisedellopera.it/>

ordinato e pulito. Tale sensazione trova pertanto una netta contrapposizione con il titolo dell'opera proprio, a mio parere, per sottolineare la marcata distonia nell'approccio alla vecchiaia non autosufficiente.

2. L'anziano nella cultura contemporanea



Gli impatti della vecchiaia sulla demografia del paese, evidenziati per la prima volta nell'ottocento, vedono ai giorni nostri punte di rialzo sempre più accentuate ed inoltre le previsioni demografiche definiscono il picco entro 20-25 anni ovvero intorno al 2045-2050, anni in cui nella fascia di età anziana arriveranno i nati tra il 1960 e il 1970 definibili anche se in termini impropri *baby boomer*¹¹.

Considerata la composizione della società italiana e il continuo miglioramento delle condizioni di vita (quantomeno fino alla pandemia COVID¹²) la percentuale di anziani con patolo-

¹¹ In realtà la definizione di baby boomer comprende i nati tra il 1946 ed il 1964.

¹² Nel nostro Paese se nel 2020 rispetto al 2019 l'aspettativa di vita media (uomini e donne) era calata da 83,6 anni a 82,3 anni, nel 2021 i dati provvisori indicano una ripresa con una aspettativa di vita che risale a 82,9 anni. Al contrario

gie croniche e pertanto non autosufficienti sta raggiungendo soglie che benché decisamente prevedibili non sono state oggetto di opportuna programmazione con specifiche politiche socio sanitarie da parte dello Stato. Quanto sopra sarebbe stato tanto importante quanto necessario, in quanto oltre al marcato spostamento demografico anche il modello di famiglia è profondamente e rapidamente cambiato da famiglie molto "ampie e coese" a famiglie altamente parcellizzate, da famiglie in cui alcuni dei componenti prestavano la loro attività all'interno della stessa a famiglie in cui per poter sostenersi economicamente tutti devono lavorare al di fuori del contesto familiare.

3. L'anziano e la società moderna

Cambiando il filtro di analisi, da quantitativo a qualitativo, ritengo che attualmente sia diffusa una sensibilità molto spiccata verso l'anziano ma con un'importante specificità, ovvero, il "mio anziano" è importante non è importante l'anziano. L'anziano con cui ho una relazione di parentela o amicizia assume un'importanza che non ha l'anziano comune. Infatti, senza l'intenzione di generalizzare, l'anziano comune è collocato in una macro-categoria sociale improduttiva economicamente (anzi spesso si sente dire che le pensioni degli anziani sono pagate con i contributi¹³ dei giovani che lavorano), che

drena risorse (in particolare è il maggior utilizzatore di spesa sanitaria e previdenziale) ed infine l'anziano costituisce un "tappo" rispetto alla dinamicità dei giovani nella gestione della *res publica*. Delle tre considerazioni sopra espresse la prima è concettualmente errata in quanto *in primis* parziale in quanto focalizzata su un dato meramente economico ed inoltre non sempre dato corretto in quanto, in generale, l'anziano ha prodotto e contribuito¹⁴ per anni prima di giungere alla sua nuova condizione sociale. Mentre sul fatto che l'anziano drena risorse è da evidenziare che, benché numericamente vero, tale affermazione ha una scarsa coerenza con la realtà per le stesse motivazioni¹⁵ di cui al precedente periodo. Infine per quanto riguarda la terza è possibile affermare che non è rappresentativa della realtà in generale, in quanto sono presenti modelli sociali in cui questo elemento può esistere ed essere anche strutturale ma ne esistono anche altri che bilanciano coerentemente gli interessi complessivi.

Quanto sopra, con specifico riferimento alla improduttività economica e alla capacità di drenare risorse, assume picchi altissimi se la condizione di anziano viene combinata con quella di essere anche bisognoso di cura e quindi non autosufficiente ovvero in una condizione sociale opposta alla visione efficientista dell'agire umano¹⁶. È pacifico anche in questo caso che se la non autosufficienza colpisce il "mio anziano" ci si scandalizzerà della scarsità di risposte ai bisogni

le diminuzioni maggiori sono state stimate in Slovacchia e Bulgaria (-2,2 anni rispetto al 2020), seguono Lettonia (-2,1) ed Estonia (-2,0). Rispetto all'anno pre-pandemia del 2019, comunque, l'effetto complessivo è ancora negativo in tutti gli Stati membri ad eccezione di Lussemburgo, Malta e Svezia. www.quotidianosanità.it

¹³ È abbastanza ovvio, quantomeno ai giorni nostri, che le politiche previdenziali successive al dopoguerra durate e modificate sino agli anni 90 o si sono basate su elementi predittivi sbagliati oppure su scelte politiche che erano nelle fondamenta non corrette. Infatti è evidente che quanto previsto in tema pensionistico oggi soffre delle politiche passate. Risulta altrettanto ovvio che tali scelte non sono direttamente

addebitabili all'anziano di oggi ma al legislatore di allora che era inquadrabile nella categoria del giovane adulto.

¹⁴ Ovviamente nel rispetto delle leggi vigenti che, in diversi casi a posteriori hanno manifestato alcuni limiti. Sul tema si pensi ai cd. *baby pensionati*.

¹⁵ L'anziano ha contribuito economicamente nel corso della sua vita per ricevere prestazioni nel futuro qualora si creassero le condizioni di necessità oltre che una contribuzione collegata ad un contesto sociale solidaristico.

¹⁶ C. Arice (a cura di), *Come il Samaritano*, CEI, Edizioni San Paolo, Milano, p. 37. Anche l'OMS nel 1948 nel definire lo stato di salute ha utilizzato la seguente locuzione «<stato di completo benessere, fisico, psichico e sociale>>».

e se invece colpisce l'anziano sconosciuto si palesano dubbi sulle quantità eccessive di risorse¹⁷ che vengono destinate ai bisogni di soggetti non produttivi.

4. La percezione soggettiva dell'anziano

Già dall'antichità, come visto nella prima parte, l'anziano valutava la propria condizione relazionandola a quella dei tempi passati. Ancora oggi ciò avviene, o meglio, l'anziano o si sente di non essere più importante per quello che fa o ancor peggio, soprattutto se non autosufficiente, si sente un peso per le persone a lui vicine. Anzi è possibile affermare che il mondo contemporaneo è denso di situazioni¹⁸ che possono portare a questo tipo di sentimento che oserei definire di angoscia. Al fine di approfondire lo stato d'animo dell'anziano contemporaneo mi soffermerei su *Ogni uomo è una storia sacra*¹⁹ di Jean Vanier. La matrice antropologica del libro si sviluppa conducendo il lettore dentro la storia di ogni uomo, mostrando come le età della vita, le ferite dell'infanzia, le paure che rimangono in ciascuno, le barriere che ci separano dagli altri, la forza dell'amore, le vie della guarigione, possano diventare una storia sacra. Ai fini del presente lavoro mi

sono soffermato in particolare sul paragrafo intitolato: *"La vecchiaia e l'agonia"*²⁰.

È utile leggere alcune righe dell'autore: *«Qualunque sia il percorso di una vita, la vecchiaia rimane un'età di sofferenza. C'è indubbiamente un'evoluzione verso una vita di dolcezza e di bontà, c'è il ritorno alla comunione e ai valori umani: i nonni circondati dai figli e dai nipotini. Ma nella situazione attuale in cui le famiglie sono disperse, è forse più frequente il caso dei nonni (o di quello dei due che è ancora vivo) che non possono più abitare presso uno dei figli, e si sentono soli e abbandonati. Ai nostri giorni, molti anziani si trovano in una condizione di tristezza, di vuoto interiore e di isolamento. Molti sono vedovi e vivono dolorosamente il lutto del compagno o della compagna della loro vita. Molti passano ore e ore davanti alla televisione perché è il modo più facile per ammazzare il tempo, oppure si chiudono su qualcuno, diventando possessivi e rifiutando la libertà. Vivono nella noia o nella paura. [...] Si sentono inutili, non voluti, sentono di essere un peso per i propri figli. Mancano loro le forze, l'energia, e l'interesse per la lettura. Aspettano che gli altri facciano le cose al loro posto. La maggiore difficoltà, per ciascuno di loro, sembra essere rappresentata dal vuoto interiore, dall'inquietudine, dall'angoscia. Basta un nulla a gettarli nel panico».*

Questa rappresentazione dello stato d'animo è utile, a mio avviso, per distinguere almeno due livelli di cura: il primo relativo ad una cura delle relazioni e dello spirito dell'anziano ed un secondo, che comprende anche il primo, in cui si deve aggiungere la cura del "corpo" dell'anziano non autosufficiente mai prescindendo o superando per importanza le altre due declinazioni di cura.

¹⁷ Sulla questione ricordo come l'informazione mediatica, ovviamente non sufficientemente informata, rappresenti in termini critici i volumi di spesa sulla residenzialità per gli anziani non autosufficienti e li rapporti ai volumi della spesa per la cura domiciliare. Tale raffronto oltre che tecnicamente sbagliato e anche socialmente pericoloso in quanto il problema non è il rapporto tra le due spese ma il fatto che la spesa per la domiciliarità è pressoché inesistente e quella per la residenzialità, benché più grande della prima, ancora non sufficiente. Più avanti in questo lavoro approfondirò questo tema.

¹⁸ Si immagini la velocità del progresso tecnologico che in alcune situazioni allontana profondamente i giovani dai vecchi; al contrario è pur vero che molte volte la tecnologia, se ben utilizzata, è di sostegno all'età avanzata.

¹⁹ J. Vanier, *Ogni uomo è una storia sacra*, EDB, Parigi, 2010.

²⁰ J. Vanier, *Ogni uomo è una storia sacra*, EDB, Parigi, 2010, p. 98.

5. L'anziano bisogno di cura nella cultura cottolenghina. Introduzione

Dopo questa prima parte del lavoro in cui, sinteticamente, si sono tracciati alcuni percorsi di approfondimento sul tema dell'anziano in genere, iniziamo ad approcciare il tema centrale di questo lavoro ovvero la cura dell'anziano bisognoso. Tenendo sullo sfondo le "aspre" considerazioni contemporanee degli ultimi capoversi del paragrafo *"L'anziano e la società moderna"* riporto un pensiero di San Giuseppe Benedetto Cottolengo: *«Gli infermi più ributtanti hanno da essere le vostre perle; e le attenzioni che loro usate sono molto più meritorie, sono le rose più belle che potete presentare al Signore²¹»*. Tale "detto" del Santo Cottolengo ci è giunto dal racconto di Suor Ferdinanda Cagliaris²² che disse: *«Parlando dei ricoverati, sia infermi che sani, i quali abbisognavano di maggior cura per la loro qualità di malattia, o perché erano schifosi e ributtanti, soleva dire a noi suore, che questi erano le perle della Piccola Casa, e che le nostre cure per loro erano molto più meritorie, e le rose più belle, come egli diceva, che si potranno presentare al Signore»*.

Sempre nell'intento di ricostruire la spina dorsale su cui si innesta il concetto di cura cottolenghina è necessario soffermarsi sul punto due della Mission della Piccola Casa della Divina Provvidenza²³: *«La Piccola Casa si prende cura della persona povera, malata, abbandonata, particolarmente bisognosa, senza distinzione alcuna, perché in essa riconosce il volto di Cristo»*. Per un commento analitico a questa frase, tanto breve quanto importante, rimando al testo com-

mentato della Mission; ritengo però necessario evidenziare come il Cottolengo si prenda cura del singolo non solo come singolo ma riconoscendo nel suo essere umano qualcosa che trascende il mondo terreno. In altri termini mi prendo cura dell'anziano bisognoso sia nel suo essere persona sia, e sotto certi aspetti soprattutto, in quanto figlio di Dio; posso essere stato la migliore o la peggiore persona nel mio cammino terreno ma la Piccola Casa si prenderà cura di me quando avrò bisogno perché povero, malato, abbandonato o bisognoso in generale senza distinzione alcuna.

Quindi la Piccola casa si prende cura dell'anziano, in particolare non autosufficiente, in quanto persona in cui riconosce il volto di Cristo, cercando di fermare l'avanzata dei modelli in cui è evidente una carenza di prospettiva antropologica²⁴ che getta le fondamenta per la cosiddetta cultura dello scarto che vuole mettere in crisi il concetto stesso di persona²⁵.

6. La Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo" si prende cura. Inquadramento giuridico e storico

Innanzitutto, occorre affermare, che l'opera Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo" nasce prima del welfare state²⁶, inteso nel

²¹ Lino Piano (a cura di), *Detti e pensieri*, Edilibri, Milano, 2005, p. 38.

²² Suor Ferdinanda Cagliaris, PO, sess.238:ASV, FR, vol. 3910, f. 1277.

²³ www.cottolengo.org

²⁴ Arice-Cantelmi-D'Urbano, *Nascere vivere e morire oggi*, Paoline, Milano, p. 105.

²⁵ Il bioeticista Hugo Tristram Engelhardt sostiene che « Non tutti gli esseri umani sono persone. Non tutti gli esseri umani sono uguali. Non tutti gli esseri umani sono autocoscienti, razionali e capaci di concepire la possibilità di biasimare e lodare. I feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranza costituiscono esempi di non-persone umane».

²⁶ La Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo" muove i primi passi nel 1827 che si concretizzano nel 1833. Durante il Basso Medioevo in Italia incominciarono ad assumere importanza le prime Opere Pie per l'assistenza di coloro i quali versassero nella condizione di bisogno. Una condizione

senso attuale, proprio per sopperire alla cronica mancanza di risposte a tutta una serie di bisogni sociali ovvero, in altri termini, per prendersi cura di coloro che erano lasciati in balia del loro bisogno. Quanto affermato trova conferma nel fatto che le prime espressioni, con una certa organicità normativa, di welfare state si possono individuare solo verso la fine dell'ottocento (con la legge Crispi²⁷) ovvero circa settant'anni dopo l'istituzione ufficiale della Piccola Casa (1833).

Per sintetizzare, il percorso normativo dell'evoluzione della socio-sanità italiana è declinabile in quattro macro tappe²⁸:

- a. dal 1890 al 2000
- b. la legge 328/2000 e la riforma costituzionale del 2001
- c. la regolamentazione socio sanitaria da parte dei singoli legislatori regionale
- d. il DDL 506 Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Tengo a precisare che tra la riforma costituzionale del 2001 e l'ultimo disegno di legge del 2023 certamente sono state emanate alcuni provvedimenti normativi di matrice nazionale che però, a mio avviso, non hanno apportato

di bisogno che in quegli anni cambia forma, nel senso che è una povertà che nuoce e non che giova come era nel pensiero dell'epoca in quanto prima si dava al povero una connotazione religiosa in stretta correlazione alla povertà di Lazzaro o dello stesso Gesù. Oltre alle Opere Pie religiose anche le prime forme di municipalità cominciarono ad avvertire il problema della povertà ma con un'ottica rovesciata, ovvero eliminare dalla vista delle persone c.d. normali i problemi che affliggono certa parte della società.

Però solo nell'Ottocento si intravedono le prime Istituzioni di Assistenza con forma giuridica propria. In Piemonte nel 1827 la Piccola Casa della Divina Provvidenza incominciava a muovere i primi passi per consacrarsi normativamente nel 1833 con Regio Brevetto di Carlo Alberto [27/8/1833].

²⁷ Per quanto concerne invece, la nascita del cosiddetto Welfare sociale, è possibile affermare che un primo abbozzo della struttura economica e sociale come oggi la conosciamo è da far risalire alla legge Crispi che ha iniziato a dare una veste giuridica alle Istituzioni che operavano nel settore sociale. Nello specifico la legge Crispi (1890) crea le Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza, imponendo uno speciale tipo di personalità giuridica di diritto pubblico ad ogni tipo di iniziativa assistenziale, senza peraltro far venire meno la necessaria corrispondenza con Patto di volontà in base al quale è sorta l'iniziativa. L'assunzione della personalità giuridica di queste organizzazioni è finalizzata allo scopo di assicurare che esse non siano solo organizzazioni di beneficenza, ma che contribuiscano alla soddisfazione di un interesse pubblico/sociale in armonia con le esigenze generali della beneficenza.

²⁸ Di seguito propongo uno schematico elenco delle principali norme nazionali e regionali in materia welfare state con particolare riferimento agli anziani non autosufficienti:
Legge 12 luglio 1890 n° 6972 "Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza" — detta legge CRISPI
Legge 23 dicembre 1978 n° 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"
Legge regionale del 1982 n° 20 "Istituzione delle Unità Socio Sanitarie Locali"

Decreto Presidente Consiglio Ministri 8 agosto 1985 "Atto d'indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio — assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833" detto decreto CRAXI

Legge 11 marzo 1988 n. 20 — FINANZIARIA — Con la quale si programmano la costruzione di 140.000 posti RSA con finanziamenti pubblici

D.P.C. 22 dicembre 1989 — Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n° 502 "Riordino disciplina in materia sanitaria" — detto decreto BINDI

Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n° 229 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale"

Legge 8 novembre 2000 n° 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" La professionalità del sociale

Decreto Ministeriale 21 maggio 2001 n. 308 "Regolamento Concernente requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 L.328/2000"

Accordo Stato — Regioni 8 agosto 2001 "Il governo si impegna a disciplinare i Livelli Essenziali di Assistenza anche in riferimento all'area di integrazione sociosanitaria; le regioni concordano che tali livelli siano definiti in modo da essere compatibili con le risorse assegnate nell'ambito dell'accordo stesso"

Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione"

Decreto Presidente Consiglio Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie" — decreto VERONESI

Decreto Presidente Consiglio Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" — decreto SIRCHIA

sostanziali modifiche al contesto socio sanitario e assistenziale rivolto agli anziani non autosufficienti bisognosi di cura per patologie croniche e non acute.

Infine, a mio avviso, può essere utile ed interessante inquadrare storicamente l'avvio della realtà del Cottolengo che si prende cura e del perché si prende cura e del come si prende cura leggendo la relazione²⁹ del Prof. Traniello Fran-

cesco negli Atti del Convegno "Spinti dalla carità di Cristo sulle orme di San Giuseppe Benedetto Cottolengo a 150 anni dalla morte" che si svolse a Torino tra il 13 e 15 novembre del 1992. Nel periodo della fondazione chi erano i poveri? Il Prof. Traniello afferma che la povertà del tempo era costituita anche dagli indigenti, dagli assistiti da istituti di beneficenza e dagli accolti negli ospedali dei poveri e negli ospizi. È facilmente intuibile come la povertà al tempo della fondazione ha linee di contatto molto nette con la povertà contemporanea ovvero la cura dell'anziano in cui la non autosufficienza diventa povertà cui il Cottolengo si fa carico per missione.

²⁹ Considerata la difficoltà di accedere agli atti del convegno che non sono stati pubblicati, ma sono custoditi solo nelle biblioteche interne al Cottolengo mi pare opportuno riportare in nota alcuni passaggi che ritengo maggiormente significativi: «[...]Torino era una città che aveva mutato volto nel periodo della dominazione napoleonica e francese e negli anni immediatamente successivi anche dal punto di vista urbanistico: proprio in quegli anni, si stava trasformando da città chiusa, rinserrata all'interno dei bastioni, in città aperta. I bastioni si stavano trasformando in grandi viali, la città si apriva sul territorio. [...]. Cambiò rapidamente anche dal punto di vista demografico, se si pensa che, dalla fase di relativo declino che aveva caratterizzato la Vita cittadina negli ultimi anni di Napoleone soprattutto dal 1812-1814 e che l'aveva portata ad abbracciare, a contenere circa 70.000 abitanti (il riferimento che troviamo per il 1815) raggiunte nel '48, quindi in circa trent'anni, i 137-140.000 abitanti. Di fatto, quindi, nel giro di trent'anni raddoppiò la propria popolazione. [...] Non è un caso che alcuni dei protagonisti, anche dei santi torinesi di quell'epoca, fossero in un certo modo, anzi direi in un modo preciso, degli immigrati, persone non nate a Torino. [...] A ciò si può aggiungere il fatto che durante l'età napoleonica una certa quantità di beni ecclesiastici di proprietà della Chiesa, soprattutto dei conventi, erano stati espropriati e questo aveva anche indirettamente provocato la sottrazione di possibili risorse, fonti di risorse, sia pure non perfettamente utilizzate (anzi spesso male utilizzate), che tuttavia facevano fronte ad alcuni bisogni elementari delle popolazioni agricole. [...] Torino si trovasse in una situazione di squilibrio tra popolazione e risorse: la popolazione cresceva, soprattutto per l'immigrazione, più rapidamente delle risorse. Torino dipendeva quasi integralmente dalla campagna, che produceva una quantità di ricchezza nettamente inferiore ai bisogni. In questo quadro si capisce facilmente come la povertà si diffondesse e comunque quanto fosse un fenomeno diffuso». LA POVERTÀ E GLI INDICATORI DI POVERTÀ: «Chiediamoci anzitutto quanti erano i poveri a Torino. La domanda è apparentemente ovvia, ma per risponderci occorre considerare alcuni elementi di difficoltà non secondaria: il primo è che la stessa idea di povertà, particolarmente in quest'epoca — ma direi anche nella nostra — è un concetto fluido, relativamente variabile. Certo la povertà è data dalla presenza diffusissima, nella Torino di questi anni, per esempio, di mendicanti e di

vagabondi con un carattere che definirei pendolare, perché tendono a gravitare sulla città a seconda della situazione delle campagne, in relazione alle stagioni. Vi sono flussi che arrivano in città in particolari circostanze e se ne ritirano in altre. Ma povertà sono anche gli indigenti, per esempio, gli assistiti da istituti di beneficenza e gli accolti negli ospedali dei poveri, negli ospizi e così via. Ma poveri o comunque sul confine della povertà sono anche strati molto numerosi di lavoratori, di operai di varie specializzazioni e di varie attività che, come dirò subito, si trovano al minimo delle necessità vitali, i cui salari o i cui introiti sono minimi, vicinissimi alla pura soddisfazione delle necessità vitali [...]». LE STRUTTURE DI ACCOGLIENZA DI RICOVERO E DI CURA «[...]Possiamo subito notare che nella Torino di allora — non solo in Torino naturalmente ma in quasi tutte le città dell'epoca — esiste una forte contraddizione: prevale un modo di guardare alla povertà visibile (cioè agli aspetti più appariscenti della povertà) nella direzione del suo occultamento, della sua segregazione: l'opinione corrente, che si riflette poi nei comportamenti pratici, nelle scelte, nelle opzioni di natura amministrativa e politica, è quella di chiudere, di rinchiudere, di occultare la povertà. Nel frattempo c'è però assoluta inadeguatezza delle strutture, dei finanziamenti e impossibilità, quindi, di operare in questo senso».

«[...]Si può aggiungere il carattere repressivo di queste istituzioni (San Giovanni — Ospedale di carità — Palazzo degli Stemmi): un ospedale che prevalentemente accoglie i poveri, funziona in un certo senso come un carcere o un luogo di lavoro coatto: dentro l'ospedale molti degli ospiti che sono in grado di lavorare sono costretti a farlo con paghe ridottissime, il loro tempo è rigorosamente organizzato ed esiste addirittura una prigione all'interno della struttura, o alme-no ad essa è concessa come risulta da un documento dell'epoca di Carlo Alberto la facoltà di tenere prigionieri: «Eziandio con ceppi e manette per valersene contro i poveri disobbedienti, malcostumati e discoli».

7. La Piccola Casa della Divina Provvidenza “Cottolengo” perché oggi si prende cura dell’anziano non autosufficiente

Il primo fondamento sta nell'intento del Fondatore, nel Carisma cottolenghino che è la linfa che nutre quotidianamente l'opera del Cottolengo che si innerva nella dichiarazione della propria Missione. Ma perché l'anziano non autosufficiente?

Nel *Come il Samaritano*³⁰ leggiamo «*Diamo un rapido sguardo al contesto nel quale siamo chiamati a lasciarci provocare e coinvolgere come ministri di consolazione e di misericordia. L'Italia è considerata tra i Paesi più avanzati nell'offerta di salute e di cura. Ciò nonostante, non si può ignorare l'accrescersi della solitudine di uomini e donne fragili che faticano a vivere il quotidiano con speranza. Tra le persone più in difficoltà spiccano gli anziani non autosufficienti (3.500.000 dei quali 1.200.000 affetti da malattie neurodegenerative). La maggior parte di loro vive in casa con famiglie già in crisi, che non sono in grado di assisterli e che denunciano l'insufficiente interesse della politica nei loro confronti*».

Nella presentazione al libro *Nella vecchiaia daranno ancora i frutti*³¹ di Marco Mani il Cardinal Gualtiero Bassetti afferma che «*Noi come Chiesa dovremmo iniziare a considerare maggiormente gli anziani, valorizzando la loro esperienza, le loro specializzazioni e la loro saggezza. Essi sono le nostre “radici” come ci ricorda ancora il Santo Padre e senza radici la pianta non può crescere. La comunità cristiana deve camminare insieme a*

loro e andare oltre la cultura dominante che tende a metterli da parte. Per fare ciò è necessario un supplemento di umanità che non sempre noi cristiani abbiamo. La fede degli anziani è molto forte e viva e noi tutti abbiamo molto da imparare da loro. Ricordiamolo sempre!». In questo lavoro l'autore fa emergere l'importanza biblica della vecchiaia attraverso il racconto delle persone anziane presenti sia nel vecchio che nel nuovo Testamento.

Avviandoci alla chiusura di questo paragrafo sul perché, condivido alcune magistrali riflessioni, aggiungo, a mio avviso centrali, di Papa Francesco. Al fine di meglio comprendere quanto per il Papa questo tema sia fondamentale si ricordi che Papa Francesco ha animato, dal febbraio 2022, diciotto eventi di catechesi, con uno specifico focus sulla vecchiaia, durante le udienze generali. Ciascuna delle tappe prende le mosse da una lettura biblica per delineare, uno dopo l'altro, i diversi connotati umani e sociali dell'età matura. I testi conservano l'eco dell'immediatezza con cui sono stati pronunciati e, spesso, arricchiti sul momento. Sono rivolti a tutti, ma a due categorie in particolare: gli anziani, considerati non come meri oggetti di descrizione, ma soggetti attivi di protagonismo sociale, e in quanto tali non soltanto depositari della memoria, ma latori di «sogni». E i giovani, che grazie alla saggia esperienza dei vecchi sapranno concepire «visioni» costruttive e positive del futuro³².

Concludo riportando integralmente il messaggio che Papa Francesco ha donato alla Piccola Casa della Divina Provvidenza “Cottolengo” in occasione del suo viaggio a Torino il 21 giugno 2015. Il Santo Padre in occasione di quella visita alla città chiese espressamente di inserire nel suo programma un incontro a carattere strettamente privato con gli ammalati e i disabili del Cottolengo.

³⁰ C. Arice (a cura di), *Come il Samaritano*, CEI, Edizioni San Paolo, Milano, p. 36.

³¹ M. Mani, *Nella vecchiaia daranno ancora i frutti*, Marcianum Press, Venezia, 2020, p.12.

³² Papa Francesco, *La lunga Vita*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, p. 37.

Cari fratelli e sorelle,

non potevo venire a Torino senza fermarmi in questa casa: la Piccola Casa della Divina Provvidenza, fondata quasi due secoli fa da san Giuseppe Benedetto Cottolengo. Ispirato dall'amore misericordioso di Dio Padre e confidando totalmente nella sua Provvidenza, egli accolse persone povere, abbandonate e ammalate che non potevano essere accolte negli ospedali di quel tempo.

L'esclusione dei poveri e la difficoltà per gli indigenti a ricevere l'assistenza e le cure necessarie, è una situazione che purtroppo è presente ancora oggi. Sono stati fatti grandi progressi nella medicina e nell'assistenza sociale, ma si è diffusa anche una cultura dello scarto, come conseguenza di una crisi antropologica che non pone più l'uomo al centro, ma il consumo e gli interessi economici (cfr. Esort. ap. *Evangelii gaudium*, 52-53).

Tra le vittime di questa cultura dello scarto vorrei qui ricordare in particolare gli anziani, che sono accolti numerosi in questa casa; gli anziani che sono la memoria e la saggezza dei popoli. La loro longevità non sempre viene vista come un dono di Dio, ma a volte come un peso difficile da sostenere, soprattutto quando la salute è fortemente compromessa. Questa mentalità non fa bene alla società, ed è nostro compito sviluppare degli "anticorpi" contro questo modo di considerare gli anziani, o le persone con disabilità, quasi fossero vite non più degne di essere vissute. Questo è peccato, è un peccato sociale grave. Con che tenerezza invece il Cottolengo ha amato queste persone! Qui possiamo imparare un altro sguardo sulla vita e sulla persona umana!

Il Cottolengo ha meditato a lungo la pagina evangelica del giudizio finale di Gesù, al capitolo 25 di Matteo. E non è rimasto sordo all'appello di Gesù che chiede di essere sfamato, dissetato, vestito e visitato. Spinto dalla carità di Cristo ha dato inizio ad un'Opera di carità nella quale la Parola di Dio ha dimostrato tutta la sua fecondità (cfr. Esort. ap. *Evangelii gaudium*, 233). Da

lui possiamo imparare la concretezza dell'amore evangelico, perché molti poveri e malati possano trovare una "casa", vivere come in una famiglia, sentirsi appartenenti alla comunità e non esclusi e sopportati.

Cari fratelli ammalati, voi siete membra preziose della Chiesa, voi siete la carne di Cristo crocifisso che abbiamo l'onore di toccare e di servire con amore. Con la grazia di Gesù voi potete essere testimoni e apostoli della divina misericordia che salva il mondo. Guardando a Cristo crocifisso, pieno di amore per noi, e anche con l'aiuto di quanti si prendono cura di voi, trovate forza e consolazione per portare ogni giorno la vostra croce.

La ragion d'essere di questa Piccola Casa non è l'assistenzialismo, o la filantropia, ma il Vangelo: il Vangelo dell'amore di Cristo è la forza che l'ha fatta nascere e che la fa andare avanti: l'amore di predilezione di Gesù per i più fragili e i più deboli. Questo è al centro. E per questo un'opera come questa non va avanti senza la preghiera, che è il primo e più importante lavoro della Piccola Casa, come amava ripetere il vostro Fondatore (cfr. *Detti e pensieri*, n. 24), e come dimostrano i sei monasteri di Suore di vita contemplativa che sono legati alla stessa Opera.

Voglio ringraziare le Suore, i Fratelli consacrati e i Sacerdoti presenti qui a Torino e nelle vostre case sparse nel mondo. Insieme con i molti operatori laici, i volontari e gli "Amici del Cottolengo", siete chiamati a continuare, con fedeltà creativa, la missione di questo grande Santo della carità. Il suo carisma è fecondo, come dimostrano anche i beati don Francesco Paleari e fratel Luigi Bordino, come pure la serva di Dio suor Maria Carola Cecchin, missionaria.

Lo Spirito Santo vi doni sempre la forza e il coraggio di seguire il loro esempio e di testimoniare con gioia la carità di Cristo che spinge a servire i più deboli, contribuendo così alla crescita del Regno di Dio e di un mondo più accogliente e fraterno.

Vi benedico tutti. La Madonna vi protegga.

E, per favore, non dimenticatevi di pregare per me.

Vi saluto tutti, vi saluto di cuore! Vi ringrazio tanto, tanto (di) quello che fate per gli ammalati, per gli anziani e quello che fate con tenerezza, con tanto amore. Vi ringrazio tanto e vi chiedo di pregare per me, pregare per la Chiesa, pregare per i bambini che imparano il catechismo, pregare per i bambini che fanno la prima Comunione, pregare per i genitori, per le famiglie, ma da qui pregate per la Chiesa, pregate perché il Signore invii sacerdoti, invii suore, a fare questo lavoro, tanto lavoro! E adesso preghiamo insieme la Madonna e poi vi darò la benedizione. [Ave Maria]

Alle parole sopra riportate nulla si può aggiungere, a parte il fatto che le stesse generano una spinta motivazionale a prendersi cura, in particolare dell'anziano non autosufficiente, che va abbondantemente oltre un perché terreno.

8. La Piccola Casa della Divina Provvidenza “Cottolengo” come oggi si prende cura dell'anziano non autosufficiente

Iniziando con un approccio quantitativo, le attività residenziali del Cottolengo, appartenenti al settore opere socio sanitarie e assistenziali in Italia, sono rivolte in gran parte agli anziani non autosufficienti ma anche ai disabili e ad altre persone con fragilità gravi, sono complessivamente ventotto (comprese le realtà a favore dei religiosi non autosufficienti) in sette regioni italiane. Rilevante è il numero di persone bisognose che sono assistite (circa 1800) di cui una buona parte (circa 500) in condizioni economiche che non permetterebbero l'accesso a servizi di cura privati. In molte sedi succursali (ad esempio ricordiamo Pisa, Firenze, Biella, Pinasca, Ducenta) la Piccola Casa svolge, anche in sinergia con altri sogget-

ti, una importante ed intensa attività a favore di persone anziane, disabili, disagiate e indigenti che benché autosufficienti rispetto al tema salute sono comunque bisognose di cura intesa nel senso più ampio. In particolare a Torino, i servizi a favore di queste fragilità sono offerti dalla Piccola Casa principalmente attraverso attività strutturate: Centro di Ascolto, Casa Accoglienza e il Segretariato sociale, a cui si affiancano altre iniziative gestite in collaborazione con cooperative, associazioni e altri enti/istituzioni.

La relazione quantitativa e descrittiva del capoverso precedente non esaurisce ovviamente tutti i servizi alla persona svolti dal Cottolengo e dai suoi membri in quanto esistono moltissime altre declinazioni di cura, magari in modo non strutturate e scarsamente pubblicizzate, in cui si traduce la Missione spinta dal Carisma del Fondatore.

Arrivando ora ad un approccio qualitativo, è evidente che il Cottolengo ha maturato negli ultimi decenni una modalità di erogazione della cura in prevalenza residenziale rispetto ad altre risposte. L'orientamento sul servizio residenziale trova il suo fondamento nella tipologia di cura necessaria alle persone accolte in quanto essa è la risposta corretta al loro bisogno concreto. Questa scelta trova altra argomentazione anche nel fatto che, sino ad oggi, la risposta domiciliare ha sempre avuto sullo sfondo, a mio avviso, un intento nascosto del legislatore ovvero di risparmiare risorse economiche e non quello di dare la giusta risposta di cura ad un bisogno reale. Il Cottolengo ha sempre manifestato con chiarezza il proprio pensiero su questo tema, affermando con fermezza che la cura al bisogno dell'anziano non deve avere una risposta sostitutiva (o residenziale o domiciliare) ma una risposta alternativa in funzione del bisogno stesso (domiciliare e residenziale). È necessario che si rifugga da argomentazioni ideologiche che creano contrapposizione ma si definiscano tutti i modelli di cura possibili, coerenti con il bisogno, sostenibili economicamente e gestionalmente ma senza la de-

riva verso il taglio orizzontale di risorse economiche a parità di richiesta di cura. Infatti, come già evidenziato in precedenza, è un errore pensare che si possano spostare risorse dal residenziale al domiciliare in quanto il residenziale (attualmente già sotto finanziato) non reggerebbe ed il domiciliare non potrebbe farsi carico, con giusta e dignitosa cura, di coloro i quali non potranno accedere, privatamente, alla cura residenziale. Nel tentativo di dare maggior chiarezza a tale argomentazione riporto di seguito un'analisi che rappresenta i fruitori di servizi a carattere residenziale:

- Oltre il 90 % presenta almeno tre patologie croniche di entità da moderata a gravissima (con anche importanti conseguenze sulle capacità motorie) che necessitano un monitoraggio diretto (quindi non remoto) di carattere socio sanitario h24; di questi utenti almeno il 35 % evidenzia forti elementi di declino cognitivo da moderato a gravissimo.
- Circa l'8 % ha meno di tre patologie ma comunque almeno una di entità da moderata a gravissima e soprattutto evidenzia importanti deficit nella deambulazione e nella capacità di provvedere in proprio alla propria persona con conseguente impossibilità di vivere dignitosamente in un normale ambiente domestico senza un sostegno diretto h 24 professionalmente qualificato oltre ad un necessario allestimento domestico presso la propria abitazione.
- Meno dell'1% evidenzia un buono stato di salute, inteso in stretto senso medico, coerente ad un'età avanzata, ma manifesta l'impossibilità di rimanere al proprio domicilio per motivi sociali e relazionali ed in particolare:
 - Abitazione in ambienti rurali in fase di forte involuzione demografica con relativa assenza di servizi in loco o a breve distanza.
 - Assenza di rete familiare o amicale.

- Bisogno di sentirsi protetti all'interno di un contesto disponibile immediatamente h24.
- Bisogno di socializzare in contesti protetti ed omogenei per tipologia di necessità.

È evidente dalle percentuali sopra riportate che un eventuale spostamento di queste persone bisognose dalla cura residenziale a quella domiciliare avrebbe le seguenti conseguenze: a. per la maggioranza è tecnicamente impossibile per motivazioni strutturali b. nei casi dove teoricamente possibile, occorrerebbe implementare un modello organizzativo di servizio con molte più risorse umane coinvolte (laddove fossero disponibili in quanto è manifesta da oltre un decennio l'assoluta carenza nel panorama italiano e straniero di figure professionali qualificate) e conseguentemente maggiori risorse economiche senza ad oggi alcuna certezza di maggiore qualità di cura (a mio avviso la qualità di cura vedrebbe una diminuzione su una moltitudine di aspetti).

Negli ultimi tempi, sollecitato dalla importante dialettica sul tema e nella consapevolezza della notevole importanza sociale dello stesso, il Cottolengo sta studiando il tema della cura domiciliare raccordando l'esperienza bicentennale dell'Ente con il contesto attuale, il target corretto³³ delle persone bisognose di cure domiciliari, le giuste risposte e le risorse umane ed economiche necessarie.

8.1. La cura del religioso anziano non autosufficiente

Raccogliendo gli stimoli generati dalla let-

³³ Per target corretto si intende quella parte di popolazione bisognosa di cure diverse da quelle erogate in regime residenziali. Oggi queste persone non hanno servizi strutturati e pertanto o utilizzano forme di assistenza domiciliare attraverso le badanti o rimangono senza alcun tipo di risposta accelerando, in molti casi, il processo che porta alla necessità di ricovero presso un servizio residenziale.

tura de *Nella vecchiaia daranno ancora frutti* di Marco Mani, ed in particolare quando l'autore affronta il tema della donna anziana nella chiesa³⁴, in questo paragrafo ritengo opportuno focalizzare l'attenzione su una particolare categoria di anziani bisognosi di cura ovvero i religiosi anziani non autosufficienti. Al fine di cogliere importanti sfumature su questa particolare forma di cura, ho intervistato Suor Liviana Trambajoli³⁵, la quale dopo molti anni di esperienza nella direzione e organizzazione dei servizi per la cura all'anziano bisognoso, negli ultimi anni sta dedicando la propria professionalità proprio all'organizzazione della cura per le religiose anziane non autosufficienti.

I religiosi bisognosi di cura e il contesto attuale?

In Italia da alcuni decenni l'età adulta-anziana è un fenomeno che riguarda una considerevole percentuale della popolazione. La demografia ha creato uno squilibrio sociale che ha cambiato la proporzione: la longevità è diventata di massa e l'infanzia e di conseguenza la giovane età, è distribuita a piccole dosi. Questo capovolgimento demografico si riflette naturalmente anche all'interno degli istituti religiosi.

Il calo delle vocazioni, l'allungamento della vita media dei religiosi anziani hanno come conseguenza la necessità di affrontare la cura di sorelle/confratelli affetti da patologie croniche gravemente invalidanti. Cura che laddove non è possibile prestare in comunità necessita di rivolgersi a servizi organizzati al cui interno operi una équipe multidisciplinare professionale.

Come il Cottolengo ha approcciato que-

sto particolare bisogno di cura?

La Piccola Casa da sempre ha avuto a cuore l'organizzazione e gestione di servizi specifici per religiosi anziani e fragili non solo per sentimenti di riconoscenza, ma soprattutto perché ritiene che questi religiosi siano il cuore pulsante della famiglia cottolenghina e che la loro missione continui nell'oggi con l'offerta della sofferenza, la preghiera e la testimonianza di vita.

La volontà della Piccola Casa di rispondere alle esigenze di vita dei religiosi fragili non è riservata ai soli cottolenghini ma ha un'apertura e una visione di Chiesa ed è quindi rivolta ad accogliere la domanda di cura che perviene dagli altri ordini religiosi.

L'esperienza di questi anni ha dimostrato che molti istituti religiosi chiedono accoglienza alla Piccola Casa per i loro membri fragili. È infatti noto che vi sono ordini religiosi che da sempre vivono un mandato che riguarda la cura di persone malate o fragili e altri ordini che non hanno questa specificità. Inoltre alcuni ordini religiosi hanno al loro interno un numero limitato di appartenenti e non sono in grado di curare i loro membri più fragili.

L'accoglienza di religiose non cottolenghini ha nel tempo trovato ospitalità spontanee, oggi si sta cercando di offrire luoghi di accoglienza con servizi sempre più appropriati rispondenti alla normativa socio sanitaria.

Ed il prossimo futuro?

Questa realtà degli istituti religiosi, letta in riferimento ai numeri di oggi e di domani, porta sempre più alla necessità di strutturare luoghi di accoglienza specifici per i religiosi. Luoghi che possono essere parte di una struttura più grande (nuclei all'interno di RSA che accolgono anche persone anziane fragili laiche), o RSA abitate unicamente da religiosi.

Ci si può chiedere se sia necessario prevedere luoghi di cura specifici per religiosi e se questo non crei una "segregazione", un distan-

³⁴ M. Mani, *Nella vecchiaia daranno ancora i frutti*, Marcianum Press, Venezia, 2020, p.118.

³⁵ Suora cottolenghina è stata per oltre vent'anni Direttrice generale del settore socio sanitario ed assistenziale del Cottolengo; attualmente è Direttrice delle attività di cura rivolta alle religiose anziane al Cottolengo di Torino

ziamento dagli altri contesti di vita.

A questi interrogativi l'esperienza e la riflessione hanno risposto che effettivamente per i religiosi è auspicabile vi siano servizi di accoglienza che rispondano non solo alle cure, ma rendano anche possibile continuare a vivere la loro specifica forma di vita. Questo perché i religiosi sono donne e uomini che hanno dato la vita per gli altri nel nome di Gesù e la cui identità sino alla fine della vita stessa è l'essere propriamente religiosi con un vissuto che è altro da quello dei laici. Anche se i religiosi sono affetti dalle medesime problematiche di salute di tutte le persone anziane essi necessitano di contesti relazionali, tempi e luoghi che rispondano al loro essere persone consacrate.

La realizzazione di strutture e contesti di accoglienza specifici per religiosi fragili richiede di pensare soluzioni gestionali e organizzative praticabili e condivise. Soluzioni che devono avere come obiettivo l'integrazione e non il distanziamento dai contesti di vita congregazionali dai quali i religiosi provengono.

Perché ciò avvenga è indispensabile una sinergia che veda coinvolti i ruoli decisionali degli Istituti religiosi e quelli che fanno riferimento alla gestione della "Casa". Infatti perché i religiosi fragili accolti nei servizi residenziali possano vivere la continuità di appartenenza, oltre alla presenza di parenti prossimi, è determinante il coinvolgimento dei superiori e degli altri membri dell'istituto. Tutto questo nella chiarezza di ruoli precisi per ciascuno i quali permettono la complementarietà e non la contrapposizione.

Questa sinergia avrà poi una ricaduta nella gestione diretta del servizio. Servizio nel quale sarà possibile vivere la cultura dell'accoglienza reciproca e la conoscenza di "mondi" diversi ma complementari tra loro. Servizi che daranno risposte professionali ai bisogni delle persone in un contesto umano e relazionale. Servizi che realizzeranno lo specifico cottolenghino: vivere lo "Spirito di famiglia"

Insieme: superiori e membri degli istituti, direzioni generali e locali, equipe multidisciplinare e operatori tutti possono così realizzare non solo piani di assistenza, ma soprattutto progetti di esistenza vissuti in luoghi significativi per la vita dei religiosi anziani e fragili.

9. Legge 23 marzo 2023, n. 33 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane". Tra dubbi e speranze

Senza alcuna volontà di commentare analiticamente la Legge 23 marzo 2023, n. 33 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", ritengo però opportuno esaminare alcuni passaggi sia nella relazione tecnica che nell'articolato. Inoltre è utile descrivere anche l'iter che ha portato alla pubblicazione del documento in quanto attraversa almeno tre governi, di cui due politici ed uno tecnico.

I primi passi di questo percorso sono riconducibili a due commissioni ovvero quella Paglia nominata dall'allora ministro della Salute Roberto Speranza (settembre 2020 Governo Conte bis [PD con M5S]) e la commissione Turco nominata dal ministro del lavoro Orlando (maggio 2021 Governo Draghi [governo di unità nazionale senza Fratelli di Italia]).

Le due commissioni durante il loro mandato hanno prodotto alcune bozze di disegno di legge sulla materia degli anziani non autosufficienti con approcci metodologici, rispetto al tema cura, sostanzialmente diversi: il primo (commissione Paglia) con un intento riformativo molto ampio che orientasse la risposta ai bisogni degli anziani verso una modalità quasi esclusivamente domiciliare mentre il secondo (commissione Turco) sempre in un'ottica ampiamente riformistica ma senza una tendenza maggioritaria verso la risposta domiciliare ma riconoscendo la

validità di tutte le risposte di cure possibili. Tra le varie criticità presenti nelle bozze la più evidente era quella di grandi riforme ma isorisorse ovvero senza nuovi investimenti.

Verso la fine del Governo Draghi sono circolate notizie in merito alla possibilità di trovare un'armonizzazione tra i prodotti delle due commissioni ma senza risultati.

Arriviamo dunque alla fine di gennaio 2023 in un cui il neo ministro della Salute Orazio Schilacci del Governo Meloni [Fdi, Lega e Forza Italia] presenta il DDL oggetto di questo paragrafo.

È possibile affermare che, qualora si leggesse la legge delega senza alcuna conoscenza dei movimenti socio-politici sottostanti ai lavori delle due commissioni di cui sopra non si percepiscono grosse criticità nell'articolato ma buone speranze per una concreta e fattiva risposta rispetto al bisogno di cura dell'anziano non autosufficiente. Infatti, nella relazione tecnica al disegno di legge si afferma che « *il presente schema di disegno di legge delega in materia di politiche in favore della popolazione anziana è volto alla promozione della condizione di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, mediante interventi idonei a soddisfare i bisogni sociali, sanitari e socio sanitari, con particolare attenzione con quelli connessi alla non autosufficienza* » ed inoltre « *il disegno di legge e i successi decreti attuativi costituiscono, quindi la cornice necessaria a dare sistematicità ad una materia in cui insistono fonti normative diverse e distinti centri di azione amministrativa che operano con regole proprie e senza coordinamento* »

Diversamente, i dubbi permangono in quanto:

a. Tutto è stato fatto, come dichiarato nella relazione tecnica, in *primis* per non rischiare di perdere le risorse economiche previste dal PNRR. Non che questo sia sbagliato ma viene da pensare che se non ci fosse stata la motivazione economica il problema della cura dell'anziano non era sufficiente a far muovere il legislatore per riorganizzare il

modello di cura in generale.

- b. L'articolato presenta ancora, quanto meno a livello quantitativo, una maggiore attenzione alla risposta domiciliare. Anche questo tema non è del tutto sbagliato se l'intento del legislatore è potenziare la cura domiciliare che ad oggi non ha sufficienti strumenti economici e giuridici senza impattare negativamente sulla cura residenziale che comunque è in una situazione migliore benché ancora lontana dall'essere sufficientemente sistemica e finanziata.
- c. Le risorse da destinare al progetto di cura all'interno del PNRR sono a mio avviso ancora molto "grigie" sono spesso convogliabili esclusivamente verso il soggetto pubblico lasciando spesso fuori il mondo del Terzo Settore in generale. Inoltre, sempre con riferimento al PNRR notiamo come la progettazione del nuovo sistema della salute territoriale attraverso l'implementazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità genera molti punti interrogativi. Su queste due nuovi servizi di sanità territoriale permangono dei dubbi dovuti a: 1. Duplicazione della attività 2. Impossibilità a reperire il personale specializzato necessario 3. Sostenibilità economica nel medio termine 4. Rischio che tutto si riduca ad un'operazione "mattoni" per ristrutturare immobili pubblici perlopiù non utilizzati da decenni (ad esempio ospedali territoriali piccoli, chiusi in quanto inefficienti e non completamente sicuri) 4. Manca un progetto di insieme per la cura residenziale benché siano presenti dei cenni positivi³⁶ però piuttosto astratti 5. Molto dipenderà dai decreti attuativi e da quanto tempo occorrerà per la loro emanazione (è pur vero che il PNRR da tempi certi ovvero il 31 gennaio 2024 ma...)

³⁶ L. Degani, *Anziani tutta un'altra vita*, in <www.vita.it>

10. Riflessioni conclusive

Concludo questo lavoro con alcune riflessioni al fine di armonizzare le considerazioni riportate nei precedenti paragrafi. In particolare vorrei focalizzare l'attenzione sui concetti ricorrenti nel testo.

L'anziano, l'anziano non autosufficiente.

È un patrimonio valoriale, morale ed etico a disposizione dell'uomo (dell'umanità) per l'uomo (per l'umanità). In quanto tale, costituisce le fondamenta sui cui poggiare la società dell'oggi e del futuro, ed inoltre, ricchezza grazie alla quale la società può uscire dai momenti critici o meglio, potrebbe evitarli. Nel caso in cui questo patrimonio non venga curato, o ancor peggio sperperato, il futuro dell'umanità non potrà essere florido. È un patrimonio che dobbiamo accogliere, custodire e successivamente restituire alle generazioni future con degli apporti positivi. È un patrimonio immateriale che dà senso alla singola dimensione esistenziale.

La cura all'anziano non autosufficiente.

Prima della cura esiste la persona anziana che ha un bisogno. Il bisogno è composto dalla persona anziana e dalla sua condizione di salute e non solo da quest'ultima. Questo binomio deve orientare la cura. Curare esclusivamente il bene salute è un approccio fortemente parziale che tralascia aspetti fondamentali dell'essere umano dimenticando completamente l'obiettivo ovvero l'approccio olistico³⁷ alla persona bisognosa. La relazione di cura, a mio avviso, è bidirezionale negli effetti, infatti li genera sia in chi la presta che in chi la riceve.

Quali modelli socio sanitari?

Assunte pienamente le riflessioni precedenti, i modelli socio sanitari non dovranno essere alternativi ma dovranno tener conto delle

sfumature di bisogno a cui proporre una risposta di cura coerente. L'approccio ideologico che assolutizza la realtà dei bisogni definendo l'unico giusto percorso di cura è molto pericoloso. L'approccio economico che definisce migliori i modelli che costano meno, senza valutazione degli *outcomes*, è altrettanto pericoloso. L'approccio che prevede tutti i modelli coerenti con i bisogni di cura, in un contesto di sostenibilità economica³⁸, sarà quello che potrà creare le condizioni per definire civile uno Stato.

³⁷ C. Arice, *L'accompagnamento della persona morente: una questione di relazione*, in « Logos. Rivista di scienze etiche e sociali » - n. 1/2022, pag. 7

³⁸ Sulla sostenibilità economica dei modelli socio sanitari sarebbe opportuno dedicare uno studio *ad hoc*. Al fine del presente lavoro è possibile affermare che il finanziamento del settore socio sanitario, gestito dal Terzo settore no profit, genererà per circa l'80% reddito da lavoro dipendente (quindi occupazione) e per il restante 20% in servizi e beni che ritornano in termini economici sul territorio di riferimento.



Cosa è la cronicità – trasformazioni di un approccio sanitario

*Gian Paolo Zanetta**

Sommario: 1. Premessa: Costituzione e corte costituzionale. — 2. Normativa. — 3. Piano della cronicità. — 4. Europa e cronicità. — 5. Conclusioni.

Cronico non è parola presente nella Carta Costituzionale: per un'epoca, nella quale gli ultrasessantacinquenni rappresentavano l'8,1 % della popolazione residente e l'età media di morte era 46 anni, la tutela della salute prevista dall'articolo 32, rappresentava la risposta pronta, immediata a problemi endemici della nostra Repubblica, che doveva ancora affrontare un livello di mortalità infantile alto, superare un sistema sanitario non universalistico ed equo, risolvere bisogni sanitari prioritari per la sopravvivenza. L'assistenza, garantita dall'articolo 38, era l'espressione di un paese che doveva ancora combattere con diffusi infortuni sul lavoro, patologie invalidanti e malattie, mancanza di reddito nelle condizioni di vecchiaia ed assenza di lavoro, produttivo di reddito stabile e duraturo.

Tutto questo impone oggi una riflessione sul sistema sociale presente nel nostro paese e sull'evoluzione del quadro attuale.

Entrambi gli articoli della Costituzione sono ancor oggi i caposaldi di un concetto di solidarietà sociale, che anche la Corte Costituzionale ha più volte ribadito come centrale nella

nostra società, e richiamato come fondamento di vita di una comunità, finalizzata alla promozione del bene comune e della giustizia sociale. La persona, e questo è lo spirito della Costituzione, è l'origine e lo scopo essenziale della vita sociale. In questo sta ancora oggi l'attualità della Costituzione, nella parte riguardante i "Principi fondamentali": il mutare delle condizioni del paese, il cambiamento epidemiologico e demografico che sta trasformando il quadro dei bisogni di salute e di assistenza, trovano un sicuro riferimento, anche nel mutare dei tempi, a quegli articoli, a quelle tutele, a quei principi.

Che non si parli di cronicità, nulla significa: la tutela riguarda la salute e la persona, qualunque siano le emergenze e qualunque sia l'età.

1. La parola cronicità è diventata l'emblema, il paradigma di una radicale trasformazione del sistema sanitario, traguadato sia sul versante dei bisogni sia sul versante di una emergenza che rende indispensabile una riconversione del sistema stesso. Infatti, praticamente assente nella legislazione italiana in materia sanitaria, a partire dalla costituzione fino alla riforma Balduzzi, il malato cronico è oggi al centro dei più recenti provvedimenti governativi, ultimo tra tutti il Decreto Ministeriale 77 del 22 maggio 2022..

* Avv. Gian Paolo Zanetta. Direttore Comparto Opere Sanitarie Piccola Casa della Divina Provvidenza "Cottolengo".

Non solo, ma il termine, che nella più antica e storica accezione sottendeva essenzialmente la persona anziana, oggi si riferisce ad una più ampia categoria di popolazione, ricomprendendo non solo l'anziano non autosufficiente (non l'anziano attivo, altra nuova categoria), ma anche il malato cronico ed anche con plurimorbilità, e la persona fragile. Quindi il concetto di cronicità non può più essere racchiuso soltanto nel significato di persona anziana.

Ed ancora: la sintesi operata dal termine cronicità è attualmente il motore, si spera uno stimolo definitivo, per superare schematismi ormai obsoleti e suddivisioni che hanno rappresentato un ostacolo per lo sviluppo di un sistema di welfare che, nel nostro paese, ha comunque raggiunto livelli di eccellenza, seppur in costanza di una variegata diversità territoriale.

Parlo della dicotomia ospedale-territorio, parlo della frattura tra sanità ed assistenza, parlo della articolazione, mai tutelata in termini di corretta allocazione di risorse, tra prevenzione, cura, riabilitazione. Oggi si tratta di medicina personalizzata, di medicina di iniziativa, di progetto di salute, di piani assistenziali individuali: trasformazione lessicale dalla quale ci attendiamo una reale diversa modalità di presa in carico del cittadino. Credo che un quadro demografico profondamente modificato, l'aumento del disagio sociale, un bilancio statale drammatico per carenza di risorse, una soglia di tutela sanitaria ed assistenziale dalla quale è impossibile tornare indietro, pena la rivolta del sistema paese, impongano una radicale riconversione dell'intervento pubblico, eliminando quelle distorsioni e quelle deformazioni gestionali ed amministrative che non possiamo più permetterci. Si deve recuperare appropriatezza, efficacia, sicurezza delle cure, difendendo equità ed universalismo.

2. La svolta, che dagli anni 90 del secolo scorso, ha progressivamente modificato lo Stato sociale, sta ormai producendo i suoi effetti sul piano dell'erogazione delle prestazioni deter-

minando una discontinuità di rilievo storico, rispetto ai decenni successivi alla seconda guerra mondiale.

Condizioni economiche, mutati rapporti internazionali, prevalenza dei fattori finanziari sui fattori produttivi, evoluzione demografica, immigrazione hanno cambiato il sistema sociale occidentale ed avviato un inarrestabile riduzione del ruolo dello Stato, quale attore determinante nella evoluzione dei singoli paesi.

La cronicità, come elemento nuovo e centrale nella dinamica sanitaria ed assistenziale dei paesi moderni è entrata prepotentemente tra gli elementi che determinano i bisogni di salute e sta fortemente condizionando la tenuta delle istituzioni e delle organizzazioni deputate alla gestione della salute e del sociale. Ciò che si è osservato dai primi anni 90 in poi, è stata la transizione da malattie prevalentemente infettive, materno-neonatali e nutrizionali, a malattie croniche, dando vita a quel fenomeno definito transizione epidemiologica. Attualmente, tanto per fornire un dato, le malattie croniche sono responsabili di circa il 74% di tutte le morti a livello globale. Con previsione di aumento.

Abbiamo già detto che occorre intendersi sul termine cronicità: un tempo la parola veniva prevalentemente usata per inquadrare la popolazione anziana, oggi il riferimento è più ampio.

Se l'anziano, rappresenta, nelle società attuali, fasce di generazioni, seppur oltre una soglia di età, sempre più vaste e pari numericamente alla popolazione 0-14 anni, la cronicità riguarda anche popolazione attiva, in parte ancora produttiva, di certo in grado di essere, come reddito, abitazione, sussistenza, in tutto od in parte autonoma: esistono cittadini che, proprio per l'aumento della speranza di vita, sono portatori di pluripatologie croniche, spesso invalidanti, certamente onerose per il sistema pubblico.

È fondamentale che la società occidentale rifletta su cosa sta succedendo: il ripensamento dei modelli di riferimento di welfare è un dato di fatto, ineliminabile, sia per ragioni di sostenibilità

sia per ragioni demografiche, e la consapevolezza condivisa e diffusa di questo cambio epocale deve essere dovere civico. Oggi i sistemi sanitari sono ancora incentrati sul trattamento delle malattie acute, e quindi appaiono in difficoltà a trattare le cronicità. È di tutta evidenza che l'assistenza dell'acuzie si presenta, anche per aspetti psicologici, diversa da quella della cronicità e non è applicabile ai soggetti che presentano una condizione patologica cronica. Quest'ultima richiede un trattamento duraturo e continuativo, personalizzato, con un ruolo chiave della prevenzione e del controllo dei rischi. Ed occorre non dimenticare che sta apparendo, come ulteriore fenomeno, la multicronicità.

Nell'insieme giocano stili di vita, qualità dell'alimentazione, inquinamento atmosferico ed ambientale, cambiamenti climatici, aumentato stress psicologico, disagio sociale.

Cambia quindi il bisogno di salute e cambia conseguentemente il modello di sistema sanitario, che deve essere adeguato, ed è un processo complesso, al nuovo quadro: dopo tanti decenni cambia la società ed il contesto economico globale, il suo stato di salute, i punti di riferimento dello stato sociale. Dice il grande economista Alain Krueger " Le diseguaglianze di oggi sono tornate ai livelli degli anni 20, con gli stessi effetti disastrosi sulla mobilità sociale e sulla crescita. ... Nelle diseguaglianze estreme non c'è nulla di naturale ".

Deve cambiare quindi il sistema sanitario per diventare assolutamente sostenibile, integrato, multidimensionale e multidisciplinare.

Cambiamento: ma per andare da dove a dove? Per comprenderlo è necessario riandare al percorso originario del welfare state, alla sua nascita ed alle sue ragioni.

Fu la *Rerum Novarum* del 1891, enciclica di papa Leone XIII che per prima, in risposta alla ideologia marxista prese posizione in ordine alle questioni sociali del mondo industriale e della tutela dei ceti più deboli, ponendo le basi del-

la nuova dottrina sociale della Chiesa. La spinta fu tale che nel nostro paese si avviò, alla fine dell'800 una rilevante produzione normativa, che cambiò radicalmente il quadro legislativo in materia di tutela sociale. Mancano tuttavia, come dato comune di queste riforme da un lato l'evdenziamento del rapporto tra tassazione generale ed erogazione dei servizi e dall'altro il riequilibrio tra classi sociali quale finalità ultima perseguita dallo Stato. Le riforme a cavallo di secolo paiono piuttosto un' insieme di provvedimenti, seppur epocali, rese indispensabili da due principali fattori, la politicizzazione e sindacalizzazione delle classi operaie, non più contenibili nelle precedenti condizioni di disagio sociale, e la necessità di garantire un processo produttivo più tranquillo e senza contrasti. Ricerca quindi di tranquillità sociale da un lato e Stato come grande "leviatano" di origine hobbesiana dall'altro, non costruzione di un modello nuovo di società, che troverà, solo dopo la seconda guerra mondiale, il perno e l'elemento trainante in un nuovo ceto medio, produttivo e desideroso di rappresentanza politica.

Il welfare state nacque in Inghilterra. Il documento, elaborato da Lord Beveridge, sociologo ed economista, e presentato al Governo inglese nel 1942, quindi nel pieno della guerra mondiale, è divenuto lo strumento ed la "Bibbia", per la costruzione della nuova società occidentale, dopo gli anni del secondo conflitto mondiale. Dal "Rapporto Beveridge", che definì i concetti di sanità pubblica e pensione sociale per i cittadini, si posero le basi della moderna concezione della sicurezza sociale e si diede l'avvio al moderno Welfare State.

Merita sottolineare la capacità del Governo Inglese e nello specifico di Lord Beveridge di aver saputo prefigurare, in piena guerra mondiale ed in una fase, peraltro, in cui il pendolo della storia non aveva ancora scelto, con le sorti del conflitto mondiale, apparentemente, incerte, le prospettive di sviluppo di una società moderna, occidentale, democratica e partecipata, con la

capacità di guardare già oltre la conclusione del conflitto. Visione profetica e coraggiosa che ha cambiato le condizioni di vita di generazioni, ha definito il ruolo dello Stato moderno, ha costruito il ceto medio europeo, ha garantito pace e prosperità per decenni per il nostro continente.

Riassumendo in estrema sintesi le proposte operative del rapporto, che prende l'avvio dall'analisi dettagliata delle condizioni sociali e sanitarie della popolazione inglese nella prima metà del XX secolo, si possono individuare tre tipologie di intervento proposte nell'ottica di raggiungere l'obiettivo della "abolizione del bisogno".

1) Introduzione di un sistema previdenziale unificato ed obbligatorio per tutti i cittadini, capace di coprire i periodi di interruzione o perdita della capacità di guadagno. È la riforma in senso universalistico e progressivo non solo del sistema pensionistico, ma dell'intero sistema delle assicurazioni sociali: "è un piano il cui scopo abbraccia ogni categoria di persone e di bisogni e che viene classificato nella sua applicazione". Il tema della previdenza viene da Beveridge declinato non in termini di intervento sporadico, limitato a situazioni di emergenza, ma come pilastro del progresso sociale, capace di combattere la miseria e gli altri quattro giganti che, per l'autore, si frappongono al cammino verso il benessere: "Malattia, ignoranza, squallore, ozio". Il calcolo delle pensioni e quello delle quote di sussidio alla disoccupazione ed alla invalidità è rigorosamente pianificato nella relazione del 1942, in cui viene prevista la definizione dell'età pensionabile e la quantificazione della pensione minima. La previdenza viene svincolata dalla assistenza sociale ed infatti B. prevede che il suo piano possa riguardare la stragrande maggioranza dei cittadini e delle cittadine, sia in età lavorativa sia nei periodi precedenti e successivi l'età lavorativa, inclusi i minori e le donne che non lavorano. La relazione si sofferma anche su altre indennità quali quelle per la disoccupazione, per il tirocinio, per la nascita ed il sostentamento dei figli, la

vedovanza, la separazione, le spese funerarie, la gravidanza.

2) L'organizzazione di un sistema coerente ed articolato di servizi sanitari, gratuiti e disponibili per tutti, pensati anche in un'ottica di prevenzione delle malattie. Dalle urgenze, alla riabilitazione, il servizio sanitario nazionale è il secondo pilastro previsto da B., capace di sostenere e tutelare i cittadini non solo nel momento di difficoltà, ma anche nella loro quotidianità.

3) La realizzazione della piena occupazione, ritenuta il requisito indispensabile per poter mettere in atto e far camminare correttamente il Piano di protezione sociale previsto. Sono numerosissimi i riferimenti alla necessità di compensare la disoccupazione con una indennità, con un graduale accompagnamento verso la riqualificazione professionale, e di favorire l'avviamento al lavoro, attraverso un sistema complesso di iniziative pubbliche finalizzate alla massima occupazione ed alla sua tutela.

Se la caratteristica del Progetto B., è la dimensione unitaria (sia in senso amministrativo sia dal punto di vista dei destinatari) ed universalistica, esistono altre novità di rilievo, tali da cambiare il panorama allora esistente del rapporto Stato-cittadino.

In particolare gli ulteriori capisaldi sono:

- Il principio contributivo, che costituisce il finanziamento, a seconda delle possibilità di ognuno, del sistema di protezione sociale.
- la responsabilizzazione dei destinatari che, attraverso i giusti accorgimenti, non devono restare passivi percettori di prestazioni.
- la finalità della redistribuzione del reddito.

Sulla base di tale rivoluzionaria impostazione di tutela dei diritti dei cittadini, viene costruito il National health service che, partendo dal concetto che il recupero della salute è contemporaneamente un dovere dello Stato e dell'ammalato stesso, si fonda su tre principi:

- Universalità di accesso ai servizi sanitari
- Sistema di finanziamento basato sulla fi-

scalità generale

- Gratuità delle prestazioni nel punto di erogazione

Il modello B. supera i confini territoriali inglesi, tanto che nel 1948 nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, viene ripreso e confermato il concetto di universalità dell'intervento socio-sanitario e nei tre decenni successivi, nella fase di estensione "europea" del Welfare, assistiamo alla trasformazione del concetto di salute che, come diritto generale e fondamentale riconosciuto a tutti gli individui, assume le seguenti connotazioni:

- Responsabilità collettiva
- Finanziamento in proporzione al reddito
- Universalità nell'accesso
- Erogazione dell'assistenza in relazione al bisogno
- Gratuità delle cure al momento dell'erogazione

La progressiva diffusione di tale impianto a gran parte dei paesi europei rappresentò effettivamente la nascita del Welfare e la costruzione di un sistema sociale realmente democratico, partecipato ed uniforme. Pur con processi diversi e successivi, è quindi dopo la seconda guerra mondiale che progressivamente si consolida l'organizzazione di tutela sociale che ci ha accompagnato per decenni ed è in tale periodo che possiamo datare la reale nascita di un nuovo sistema di tutele sociali e di un nuovo pregnante ruolo dello Stato, in tutte le sue articolazioni, anche superando definitivamente quella funzione di supplenza che privati ed istituzioni religiose avevano svolto fino ad allora.

Anche in Italia, in pieno conflitto mondiale, un gruppo di studiosi, coordinati dall'allora Cardinal Montini, produsse un documento di grande visione e di fondamentale importanza, in quanto poi ispiratore dell'azione della parte cattolica e non solo nell'Assemblea Costituente, che disegnò le basi per un nuovo Stato, attento alla questione sociale e ed alla necessità di una istituzione statale capace di garantire i fonda-

mentali diritti dei cittadini e della comunità nel suo complesso. E questo il Codice di Camaldoli che, come esplicitato nelle sue premesse, voleva caratterizzare un'Italia che, dopo il conflitto mondiale e finita la dittatura fascista, fosse garante di sviluppo ed equità, democrazia e solidarietà.

In continuità con tale storica innovazione (welfare state) si pose la nostra Costituzione e progressivamente la trasformazione del ruolo dello stato: l'articolo 38 che più puntualmente riguarda l'ambito sociale, fa riferimento esplicito alla tutela della inabilità, ed al secondo comma ai lavoratori per i quali devono essere previsti mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia. Quindi la vecchiaia è considerata ragione di tutela del lavoratore, attraverso la garanzia dei mezzi adeguati per assicurare loro le esigenze di vita. A tali compiti provvedono organi ed istituti predisposti od integrati dallo Stato, sottolineando così il significato pubblico di una garanzia sociale.

L'evoluzione demografica ha sostanzialmente modificato i termini del problema.

Ed un elemento che sta determinando negli ultimi anni un forte cambiamento nelle politiche sanitarie è stato la progressiva consapevolezza che il miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche diventava l'elemento qualificante di una nuova sanità. In questo senso riteniamo che l'evoluzione del sistema oggi in atto, debba essere seguito con particolare attenzione, perché vengono modificati i termini del problema salute. La cronicità sta sopravanzando l'acuzie, peraltro a sua volta modificata dagli effetti di una evoluzione tecnologica, farmaceutica, informatica senza precedenti. La cronicità è diventato il bisogno emergente del nuovo secolo ed il principale fattore di assorbimento di risorse.

3. Occorre però fare chiarezza. Nel dibattito pubblico, troppo spesso termini quali anziani, cronici, fragili, non autosufficienti, usati come sinonimi, hanno generato come conseguenza

confusione ed incertezza nelle politiche sanitarie. Ognuna di queste condizioni ha una differente definizione non esattamente sovrapponibile, ed una differente risposta sanitaria.

Noi qui parliamo di cronicità e quindi ci riferiamo all'assistenza dedicata ai bisogni delle persone con malattie preesistenti o di lungo termine, evitando di qualificarla come sanitaria soltanto, in quanto, parlando di bisogni multidimensionali, è l'integrazione tra sanità, sociale ed assistenza che rappresenta la carta vincente.

Secondo il piano nazionale della cronicità del 2016, che nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività e promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio e centrato sulla persona, il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-famigliare, ambientale, accessibilità alle cure, ecc.).

Cosa rappresenta la malattia cronica secondo lo OMS? Con tale termine si fa riferimento a problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo che può variare da anni a decenni.

La quota di anziani sul totale della popolazione al 2014 era del 21,4%. Oggi le malattie cronico-degenerative pesano sulla quotidianità di 4 persone su 10, vuol dire 24 milioni di persone che nei prossimi dieci anni cresceranno ulteriormente e progressivamente.

Lo svolta reale, nel quadro generale di una sanità in trasformazione, è data dal nuovo recentissimo D.M. 77, che nelle sue dichiarazioni di principio, nelle sue proposizioni, nelle sue linee di sviluppo si presenta particolarmente innovativo.

4. In primo luogo, a mio parere, occorre superare la logica per cui il citato Dm 77 sia in continuità con il DM 70 e ne rappresenti il com-

pletamento, in quanto uno dedicato alla rete ospedaliera e l'altro alla rete territoriale. Siamo, con l'ultimo decreto, in realtà in presenza di un sostanziale cambio di prospettiva e di approccio al tema salute: non si prende atto della divisione del sistema sanitario in due settori autonomamente organizzati, territoriale ed ospedaliero, cercando con il provvedimento di definire i momenti di congiunzione ed integrazione, ma si riaffronta il problema salute con un metodo radicalmente nuovo ed unitario.

La chiave di volta è contenuta nell'allegato 1, nella parte riguardante la "stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione ed alla presa in carico". In particolare si dice: "per essere realmente efficaci, i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria". Perché una svolta? Perché vuol dire rendersi conto che il quadro sanitario del nostro paese è radicalmente mutato per ragioni demografiche, per l'invecchiamento della popolazione, per una diversa configurazione delle famiglie, per una diversa articolazione dei territori, per un progressivo ampliamento delle fasce di reddito vicine alle condizioni di pura sopravvivenza. Demografia e condizioni sociali mutate hanno determinato e sempre di più determineranno bisogni di salute, e soprattutto bisogni socio assistenziali che trasformano il profilo di salute della popolazione italiana e la modalità di risposta agli stessi. Questo fa sì che debbano cambiare anche approcci culturali ed operativi verso il sistema salute: il richiamo quasi nostalgico alla prima riforma sanitaria, e complessivamente all'epoca delle riforme, non può essere più il riferimento principe di un sistema che, se non cambia, non sopravvive. Invecchiamento e denatalità sono una miscela che non può più essere affrontata, fermandosi al rapporto ospedale-territorio, che, visto sotto quest'ottica, ormai si riduce probabilmente ad un dato amministra-

tivo, che nemmeno il PNRR può risolvere. Il dato è ormai politico: l'invecchiamento e l'aumento delle fasce di popolazione over 75 può essere un dato positivo se a queste persone doniamo anni in condizioni di buona salute, con un sistema in grado di garantire con equità prevenzione e cura. Altrimenti crescita della spesa, disagio sociale, liste d'attesa inchiederanno il servizio pubblico, che è fondamentale per tutelare tutti i cittadini, nessuno escluso. Il Prof. Faggiano, nel corso di una relazione tenuta al convegno "L'Età della Cronicità" (Torino 26 gennaio 2023), parla della necessità di riordino dell'assistenza territoriale come risposta alla "Tempesta perfetta" dell'invecchiamento della popolazione. Non solo, si pone la domanda su quali effetti comportano due elementi concomitanti, l'aumento dell'attesa di vita e la diminuzione della fecondità.

Qui entra prepotentemente, molto più che nel passato, il tema della cronicità, ed è per questo che, nello sviluppare il compito affidatoci, abbiamo voluto puntare l'analisi sulla norma più recente. Stratificazione della popolazione, analisi dei bisogni, presa in carico, in una logica che miri concretamente, non solo a parole, ad affrontare la difficilissima trasformazione sociale in atto.

Acquista così particolare valore la sottolineatura del DM 77 circa il fatto che particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, oggi sempre più diffuse in termini di incidenza e prevalenza e per le quali il Piano Nazionale della cronicità ha individuato le diverse fasi del percorso assistenziale. Le ultime statistiche dimostrano come una quota rilevante della popolazione italiana è costituita da persone, solitamente anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori sanitari, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare ed ambientale, nonché l'accessibilità alle cure. I dati del XVI rapporto Osservasalute dell'Università Cattolica di Roma evidenziano come, nonostante alla nascita si possa sperare di arrivare in media a 84,4 anni di età, non sempre

ciò avviene in buona salute. Quindi, l'aspettativa di vita è oggi un indicatore sufficiente per definire il grado di validità di un sistema sanitario?

Malattie cardiovascolari, diabete, osteoporosi, obesità, patologie depressive, gran parte causate da cattivi stili di vita, iniziati già in giovane età, queste sono le principali cause di condizioni di salute non positive in età anziana. Conseguentemente la cronicità determinerà, nei prossimi anni, una crescita della spesa sanitaria insostenibile se il sistema non porrà rimedio.

Il richiamo al Piano Nazionale è importante ed è, andando a ritroso, il secondo passaggio che richiamiamo come costruzione giuridica di un percorso che, volutamente, vogliamo ripercorrere dalla fase attuale alla storia.

Le fasi operative, individuate nel Piano e consolidate nel DM, riguardano:

- La valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento
- La valutazione delle priorità di intervento
- La definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socioassistenziali
- La promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce
- La presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura
- L'erogazione di interventi personalizzati
- La valutazione della qualità delle cure erogate

È un processo che va dalla stratificazione della popolazione, alla valutazione dei bisogni dell'individuo, alla misurazione di bisogni socio-assistenziali, infine al progetto di salute della persona. Stratificazione è un termine estrapolato dall'informatica, che in realtà significa un modello di individuazione di gruppi di popolazione con bisogni omogenei, assegnando loro un livello di intensità relativa rispetto ad altri e definendo il livello di risposte specifiche da assicurare ad ogni soggetto.

È questa la sanità di iniziativa, che, investendo sulla prevenzione e sulla promozione della salute, è a fianco del paziente, diagnostica

precocemente le patologie, monitora la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche. Quindi equità e centralità del paziente, ma anche riduzione degli interventi inappropriati e dei relativi costi.

Intervento innovativo, strategicamente diverso dal passato, che rappresenta la svolta di approccio del sistema verso il paziente: è il servizio che va verso il cittadino. Il DM77 viene a colmare il vuoto che si è creato negli anni successivi alla presentazione del piano delle cronicità, periodo nel quale sono mancati anche elementi di raccordo tra il piano stesso e altri processi presenti a livello nazionale, collegati al piano della non autosufficienza, del piano demenze, del piano nazionale esiti.

5. Come era nel passato?

Il lontano DLGS 109/1998 affrontò il tema delle prestazioni sociali agevolate (prestazioni o servizi sociali o assistenziali non destinati alla generalità dei soggetti o comunque collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche) definendo criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono tali prestazioni, destinate a rimuovere e a superare le situazioni di bisogno e difficoltà che la persona incontra nel corso della sua vita. Con decreto del ministero della sanità 28 maggio 1999 n.329, veniva approvato il regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche ed invalidanti, ai sensi del l'articolo 5 comma 1 lettera a) del dlgs 29 aprile 1999 n.124. Lo scopo del decreto era l'individuazione delle condizioni e delle malattie croniche invalidanti in grado di dare diritto alla esenzione dalla partecipazione al costo per le correlate prestazioni sanitarie.

La Legge 328/2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), fu una norma fortemente innovativa, lungamente attesa, di ampia visione programmatica ma certamente espressione di una realtà sociale, diversa dall'odierna, e dal punto di

vista organizzativo ancorata ad una divisione di competenze tra ambito sanitario ed ambito assistenziale. È significativo il contenuto del primo comma dell'articolo 1 (Principi generali e finalità): "La Repubblica assicura alle persone ed alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione". Appare evidente, da una prima lettura, la limitatezza, secondo l'ottica odierna, dell'ambito di applicazione del termine "integrato", qui inteso come integrazione di singoli interventi e non di ambiti operativi, (come poi confermato dall'articolo 3 successivo, che peraltro vagamente richiama la necessità di coordinamento ed integrazione tra i due ambiti) ed in secondo luogo dal rimando agli articoli della carta costituzionale, tra i quali non viene citato l'articolo 32, relativo alla tutela sanitaria. Evidente quindi la separatezza tra i due settori, sanità ed assistenza. Tutto il testo è incentrato sulla suddivisione di competenze tra Comuni, principali soggetti attuatori, Province Regione e Stato, in una logica di spartizione e separatezza.

Salvo limitate aree, indicate al capo III della legge, anche il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali e la conseguente pianificazione territoriale è espressione di un processo di stratificazione di competenze e di risorse.

Un passo in avanti lo fece il DPCM 29.11.2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), il quale nella classificazione dei livelli stessi, evidenziò un'area, qualificata come "Area ad integrazione socio-sanitaria", nella cui tabella riepilogativa, per le singole patologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria

e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si convenne una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al SSN. In particolare, per ciascun livello vengono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenze da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV. Non si parla di cronicità, non si parla di integrazione al di fuori del processo di definizione delle prestazioni e permane una chiave di separazione, operativa e settoriale, insita nella formulazione "non risultano operativamente distinguibili".

Nel testo del decreto legge 13 settembre 2012 n.158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012 n.n.189 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), l'articolo 5 prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con particolare riferimento alle persone affette da malattie croniche, da malattie rare nonché da ludopatia.

Nel 2016 viene presentato il Piano nazionale della Cronicità ed è la svolta e la definitiva presa di coscienza.

6. Anche l'Unione Europea opera per una risposta efficace ed efficiente alla prevenzione, cura e controllo delle malattie croniche, favorendo una maggior collaborazione tra i paesi membri, per condividere iniziative, esperienze e buone pratiche e migliorare nei singoli paesi l'approccio strategico. E ciò anche perché la regione europea dell'OMS presenta il più alto carico di patologie croniche non trasmissibili a livello mondiale. Quindi è un obiettivo prioritario.

Il programma Salute 2014_2020 ha cofinanziato iniziative volte a supportare paesi in un approccio globale alla promozione della salute ed al controllo delle malattie croniche.

Inoltre sono state promosse negli ultimi anni azioni comuni quale ad esempio JA-CHRODIS (azione comune per la lotta alle malattie cro-

niche e la promozione dell'invecchiamento sano per tutto il ciclo di vita), la più grande azione comune finanziata nell'ambito del programma salute pubblica dell'Unione europea fino ad oggi. Focus particolare su malattie cardiovascolari, ictus, diabete, multimorbidità. Malattie croniche non trasmissibili. I numeri che non vediamo La Regione europea dell'Oms prosegue il cammino verso gli obiettivi di sviluppo sostenibili fissati per il 2030, ma meno speditamente del previsto e soprattutto a diverse velocità. Questa la situazione messa a fuoco in occasione del meeting del 6 settembre scorso a Copenhagen, che ha posto le basi per il nuovo Piano di azione sulle malattie croniche non trasmissibili (Noncommunicable disease, Ncd). Il documento è in continuità con "l'Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020" e aggiorna gli obiettivi per la prossima decade. Occorre riconoscere che i progressi finora registrati con i Piani soprandicati sono insoddisfacenti perché, secondo le previsioni, le persone destinate a un decesso prematuro nel 2030 sono giovani adulti e dunque si stanno restringendo gli spazi di manovra per migliorare la loro aspettativa di vita. Il contrasto alla mortalità precoce è scandito da diversi passaggi: è stata fissata una riduzione dell'1,5% all'anno fino al 2020 nel rispetto degli obiettivi di Health 2020, del 25% complessivamente entro il 2025 come previsto dal "Global NCD monitoring framework" e di un terzo tra il 2010 e il 2030.

7. Prendendo ad esempio uno dei maggiori problemi aperti, la mortalità precoce per cause cardiovascolari, si intuisce l'entità dello sforzo necessario per contenerne i vari determinanti che, secondo i dati disponibili, resta al momento parziale e frammentario. Rimanendo in ambito cardiologico, solo la metà dei pazienti con una storia pregressa di infarto del miocardio fa un percorso adeguato di prevenzione secondaria e/o riabilitazione. Un altro dato rilevante riguarda

le diagnosi oncologiche, che nel 30-40% dei casi sono effettuate quando la malattia è già diffusa.

Ora l'obiettivo, contenuto nel Piano della cronicità, ma rafforzato dal DM 77 è quello di superare la frammentarietà, che caratterizza molti servizi e improntare l'assistenza territoriale a nuovi principi di tutela delle persone, quali "Chronic care model", presa in carico, garanzia della continuità dell'assistenza, utilizzo di equipe multidimensionali, con conseguente riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso e l'attuazione di una assistenza h24.

Le speranze, connesse alla completa attuazione del D.M. 77 sul fronte della cronicità, sono oggi quasi esclusivamente legate alla capacità di concretezza ed operatività che il nostro paese saprà dimostrare nella fase attuativa del PNRR, realizzando i progetti allo stesso connessi.

In realtà, a nostro parere non è così: investimenti europei e nuovo modello di presa in carico sono complementari ed inscindibili, pena la non trasformazione del sistema sanitario: quanto previsto dal decreto è fortemente innovativo, perché modifica l'approccio salute-paziente-strutture, ribaltando una filosofia ed una strategia globale, perché parla di politica sanitaria destinata anche a chi non chiede una prestazione.

la valutazione degli esiti deve considerare non solo i soli progressi clinici, ma deve validare la capacità di mantenimento dell'autonomia e la capacità di rallentare il decadimento cognitivo. Non solo, ma deve essere maggiormente accompagnate da un adeguato interesse per i bisogni sociali ed il livello di autonomia.

A quali conclusioni possiamo addivenire, riflettendo sul percorso che il nostro sistema sanitario ha sviluppato?

In quarant'anni, dalla data di entrata in vigore del servizio sanitario nazionale, il cittadino italiano si trova a convivere con un quadro epidemiologico che dimostra la buona condizione di salute del paese, un conquistato benessere, una qualità delle prestazioni sanitarie che, sep-

pur con diversità territoriali, sono di buon livello qualitativo, il tutto evidenziato da un accresciuto livello di vita media del cittadino. Di converso, quali sono gli aspetti negativi di uno scenario futuro? La precarietà data da un aumento di popolazione anziana, ma affetta da malattie croniche, un aumento del disagio sociale, un incremento delle fragilità e delle fasce deboli. E qui, la necessità di una revisione e modernizzazione del sistema, di qui la necessità di rivedere l'organizzazione complessiva e l'approccio ai bisogni sanitari.

La strada descritta del DM// è corretta, ma occorre consolidarla attraverso alcune azioni, quali:

- Centralità della tutela della salute nella definizione ed attuazione delle politiche dello Stato, caratterizzando ogni azione di contenuti sociali e culturali
- Agire sulla formazione, operando per formare ed inserire nei programmi sanitari nuovi professionisti nelle discipline più collegate alla cronicità, Primary care physicians, Generalisti, internisti e geriatri, superando la frammentazione all'approccio sanitario.
- Lavorare per un uso appropriato dei farmaci multipli in considerazione del fatto che l'uso di farmaci da parte della popolazione over 65 rappresenta il 70% del costo totale dei farmaci.
- Prestare particolare attenzione alla interazione tra farmaci potenzialmente inappropriati, evitando reazioni avverse e mancata "compliance" del paziente.
- Acquisire la consapevolezza che la valutazione degli esiti deve considerare non solo i progressi clinici, ma anche, dal punto di vista dell'individualità della persona, la capacità di mantenimento dell'autonomia e la capacità di rallentare il decadimento cognitivo.
- Valutare la necessità di coinvolgimento di figure professionali non eminentemente

cliniche, in considerazione di una accresciuta importanza degli elementi sociali, psicologici, comportamentali.

Quando, anni fa, si parlava di medicina personalizzata, si immaginavano scenari a lungo periodo, con un percorso di trasformazione graduale e progressivo.

L'evoluzione tecnologica ed ancor più l'emergenza pandemica hanno reso attuale una distopia immaginata: è ora il tempo di una sanità nuova che umanizzi la scienza e doni così una vita di qualità.