

Oltre 300 scienziati e medici specialisti a convegno per dare una risposta ai tanti interrogativi sulla vita degli anziani

Da Milano una sfida alla vecchiaia

Al centro dei lavori le novità nella ricerca e nella pratica clinica per prevenire e curare le malattie che accelerano i processi di invecchiamento e le nuove tendenze della medicina per migliorare la qualità della vita degli anziani

È in corso di svolgimento a Milano il meeting internazionale che ha per tema: «Sfida alla vecchiaia, invecchiare non è una malattia» promosso dall'Università degli studi e dalla Fiera in collaborazione con il «Corriere medico». Il convegno, cui partecipano oltre 300 scienziati e medici specialisti italiani e stranieri, cercherà di dare una risposta ai tanti interrogativi sull'invecchiamento. Mentre nel corso della settimana saranno affrontate problematiche mediche (metabolismo, nutrizione, pneumologia, cardiologia, nefrologia, urologia, oncologia, endocrinologia, reumatologia) l'ultima giornata sarà dedicata a temi di carattere socio-economico e questioni collegate all'organizzazione sanitaria ed assistenziale. Tra i relatori di questa ultima giornata sarà anche il dottor Argiuna Mazzotti specialista in gerontologia, nostro apprezzato collaboratore per l'informazione sui problemi della salute dell'anziano, che parlerà su «L'organizzazione dell'assistenza all'anziano ammalato».

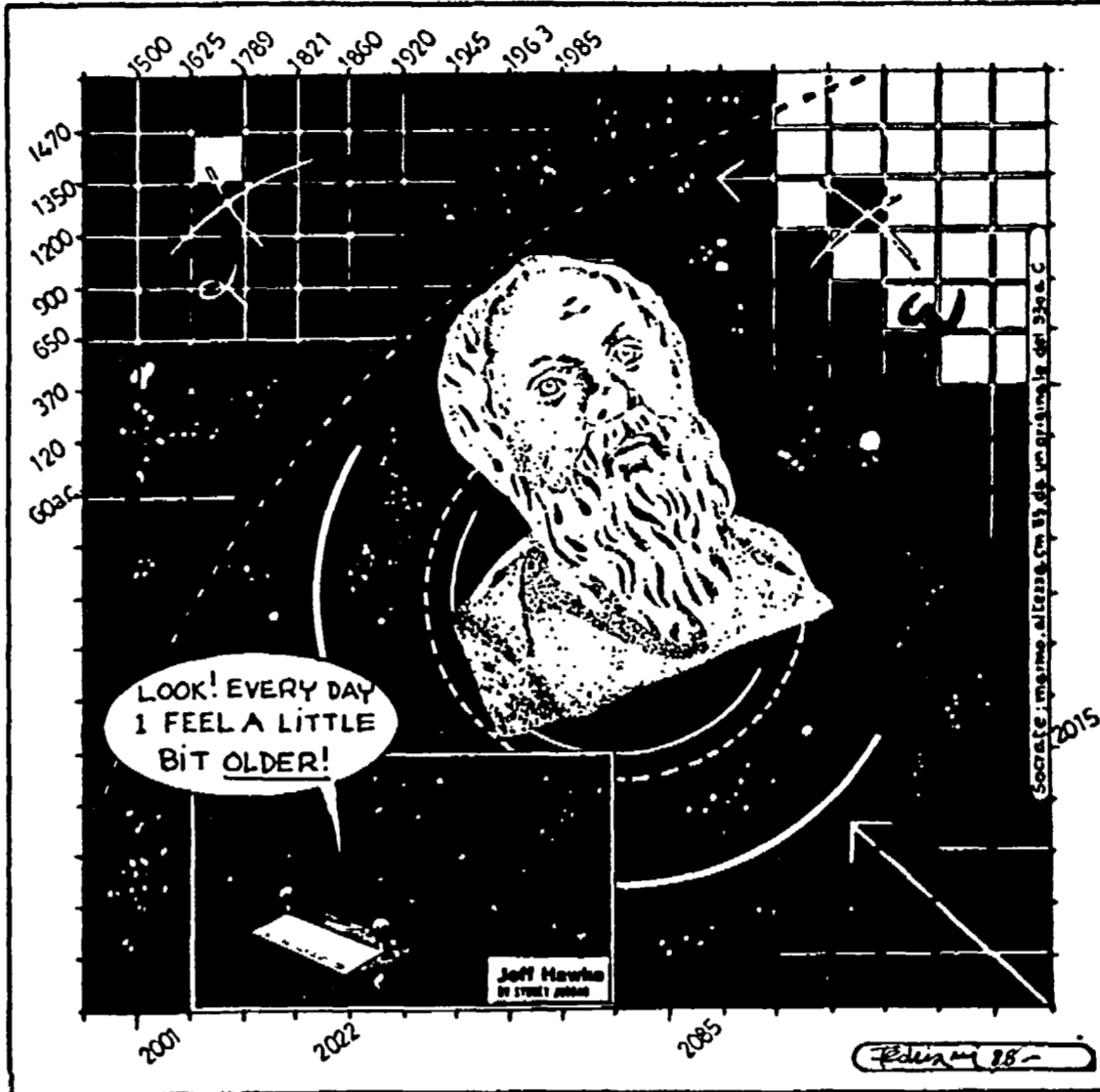
Per gentile concessione del «Corriere medico» pubblichiamo questo articolo di Dino Messina che anticipa alcuni temi dello scenario scientifico, sociale ed esistenziale della vita dell'anziano che saranno al centro della giornata conclusiva del convegno.

La mappa degli anziani

Percentuale degli ultrasessantenni sulla popolazione totale al 1981, 1991, 2001

	1981	1991	2001
PIEMONTE	23,4	26,5	29,4
VALLE D'AOSTA	21,4	24,8	27,7
LOMBARDIA	20,1	23,4	26,6
TRENTINO	18,0	21,8	23,3
VENETO	19,9	22,7	24,8
FRIULI	26,2	26,9	28,3
LIGURIA	27,6	31,7	34,1
EMILIA	24,9	29,1	31,6
TOSCANA	25,5	29,0	31,0
UMBRIA	24,5	28,1	29,8
MARCHE	23,6	26,8	28,3
LAZIO	18,9	23,0	25,7
ABRUZZO	22,3	24,6	25,0
MOLISE	22,8	24,6	24,1
CAMPANIA	15,9	18,0	18,6
PUGLIA	16,8	18,6	19,6
BASILICATA	19,0	21,9	22,7
CALABRIA	18,2	20,0	20,3
SICILIA	19,0	21,0	21,5
SARDEGNA	17,2	18,9	20,3
ITALIA	20,6	23,3	25,0

La stretta relazione tra il livello delle nascite ed il fenomeno dell'invecchiamento demografico si riflette con estrema evidenza nei dati regionali. Le regioni più «vecchie» sono proprio quelle del centro-nord che per prime, e con intensità più marcata, hanno sperimentato il calo della fecondità. Nelle aree del Mezzogiorno, il flusso delle nascite — meno consistente che in passato — ha portato e porterà anche in futuro a una popolazione relativamente giovane.



Tra i relatori il nostro collaboratore Argiuna Mazzotti Saranno affrontati anche i temi dell'organizzazione sanitaria e le problematiche esistenziali che scaturiscono dai mutamenti sociali, economici, politici e culturali della società

«Guarda! Ogni giorno mi sento un po' più vecchio!» esclama l'astronauta Jeff Hawke mentre viaggia a bordo della sua nave spaziale. Jeff Hawke, personaggio del fumetto americano creato da Sydney Jordan, è stato scelto dal disegnatore Fedriani per sintetizzare, con quella battuta ironica, l'eterno problema della vecchiaia, che è poi il problema della vita e della morte, rappresentati simbolicamente in alto con il segno di Alfa (la vita) e Omega (la morte). Il busto di Socrate (da un originale del 330 avanti Cristo) che sovrasta l'astronauta simboleggia la continuità tra passato, presente e futuro, ma vuole anche indicare le dimensioni nuove del problema per i riflessi che su di esso producono i mutamenti sociali, economici, culturali, scientifici. Un dato significativo: in Italia la durata della vita ha già guadagnato 30 anni, con un incremento del 2,06%. Nel 1900 infatti l'età media degli uomini era di poco superiore ai 42 anni, quella delle donne toccava quota 43. Cinquant'anni dopo gli uomini in media raggiungevano i 63 anni, le donne i 67. Nell'80 si è toccato il traguardo del 70 anni per gli uomini e 77 per le donne.

Il grigio e il bianco saranno i colori dominanti all'inizio del prossimo secolo: nel Duemila avremo in Italia 131 anziani per ogni cento bambini. Nel 1901 la proporzione era drasticamente invertita: ventotto a cento. Non è un caso, quindi, che la gerontologia sia non soltanto una delle discipline mediche emergenti, ma anche una specializzazione che non riesce a essere tale fino in fondo. I gerontologi sono costretti, di volta in volta, a improvvisarsi filosofi, storici, sociologi, psicologi. Non perché manchino precisi obiettivi di studio, ma per questo semplice motivo: i medici che hanno deciso di dedicare la loro vita allo studio e alla risoluzione dei problemi posti dalla vecchiaia sono i primi a registrare cambiamenti sociali, economici, di mentalità, che si ripercuotono inesorabilmente sulla psiche e sul soma delle persone anziane.

La giornata conclusiva di Milanomedicina, che si svolgerà sabato 30 novembre alla Fiera di Milano, sarà il culmine di una settimana di studi e contemporaneamente lo specchio della sfida alla complessità cui è chiamata oggi la gerontologia. «Invecchiare non è una malattia» è il titolo della tavola rotonda, condotta dal professor Marcello Cesa Bianchi, che si svolgerà al mattino. «Le risposte ai bisogni dell'anziano» il dibattito, guidato dal professor Giampaolo Vecchi, che si terrà al pomeriggio.

La discussione sarà avviata da un grande clinico, il professor Francesco Maria Antonini, che però in questa sede, per illustrare i risultati dei suoi studi, si presenterà nella veste di epistemologo, di una persona cioè abituata non solo a praticare la medicina, ma a riflettere sulla scienza.

La distinzione tra norma e normalità è

uno dei punti chiave attorno al quale ruota la riflessione di Antonini, la prima una funzione statistica di determinati livelli funzionali per una data classe di età, la seconda una funzione dell'età biologica. Qual è il confine tra norma e normalità e tra normale e patologico nell'anziano? Normale, ma non nella norma, è un individuo di ottant'anni che non presenta nessuno dei mali da cui sono solitamente affette le persone appartenenti alla sua stessa classe di età. Queste persone eccezionali, secondo le più moderne tendenze della gerontologia, non devono essere considerate casi irripetibili, ma costituire l'esempio da imitare per quelli che verranno dopo.

Quella che può sembrare una retorica dichiarazione di ottimismo è, invece, un'acquisizione dell'analisi storica. Norma, normalità, patologia non sono, infat-

ti, concetti statici e validi per tutte le epoche. Certi parametri che solo cinquant'anni fa consideravamo normali, oggi sono diventati patologia. Così come i vecchi alle soglie del Duemila hanno perso certe capacità funzionali che avevano le persone anziane in epoca preindustriale.

Accanto alla dimensione storica, o longitudinale, come si usa dire oggi in linguaggio statistico, i gerontologi non possono trascurare i contributi della psicologia e della psicoanalisi. «La condizione della perdita propria di tutta la vita umana», ha detto lo psichiatra e psicoanalista genovese Romolo Rossi, «dal tempo dell'espulsione dall'utero fino alla morte, è nell'anziano particolarmente accentuata. La fine prossima, che non permette prospettive, accentua le angosce che caratterizzano l'intera esistenza. È in questa condizione di stretta finale che l'anziano deve trovare il suo equilibrio. La normalità nel-

l'anziano è secondo me costituita dal buon utilizzo di alcuni meccanismi di difesa, per esempio la negazione. La norma dell'anziano potrebbe essere, quindi, vista come micromanialità. Il piccolo mania-co è la persona normale che nega certe angosce, alcune impossibili, nega in altre parole la morte e così riesce a condurre una vita più accettabile».

La dimensione psicosomatica è dunque uno degli aspetti fondamentali da considerare. E il gerontologo deve occuparsi dei vecchi ammalati, e nello stesso tempo considerare anche le problematiche degli anziani sani, che spesso affollano gli ambulatori per trovare soluzioni a domande che la sola medicina non è in grado di rispondere. Le risposte devono essere prima di tutto sociali. In questa direzione si sono mossi gli amministratori locali negli ultimi anni, lanciando encomiabili programmi socioassistenziali che richiedono però

una sostanziale messa a punto. Se sono ben considerate da tutti le azioni che hanno favorito un aumento dell'assistenza domiciliare e una riduzione del ricovero negli istituti per anziani, non sempre gli psicologi e i gerontologi più avvertiti vedono positivamente certe iniziative che sono soltanto inutili palliativi. Un esempio per tutti è costituito dall'utilizzazione dei vecchi al posto dei figli davanti alle scuole: interventi di questo tipo tendono a costruire una situazione artificiosa che rischia di aumentare il vissuto emarginativo dell'anziano.

Le risposte sanitarie ai bisogni dell'anziano devono tener conto anche di queste considerazioni, se si vuole che il grigio predominante nel Duemila sia soltanto una nota di colore esteriore e non una dimensione dell'anima.

Dino Messina

Una poesia da Foggia

Per Teresina 91 anni sfrattata emozione e solidarietà



La vicenda di Teresina Piazza, sfrattata a 91 anni dalla «sua» casa di Rancio, vecchio rione di Lecco (di cui abbiamo riferito nella nostra pagina di martedì 12 novembre scorso), ha suscitato commozione e proteste. A testimonianza dei sentimenti di solidarietà umana che il suo caso ha suscitato, pubblichiamo la poesia che il lettore Domenico Dell'Accio (Foggia, via Montegrappa, 28) ha indirizzato a Teresina Piazza.

Il tuo viso mi è noto non ti conosco, occhi dolcemente giovani, di bontà è il sorriso che accenni. Le rughe non solcano il volto, lo adornano lo fanno più bello, mille volte ho guardato il tuo ritratto, ho sentito pulsare il mio cuore col tuo cuore.

Donna dalla possente tempra hai dato tanto senza nulla chiedere, vita passata nella lotta, con i lavoratori, contro il nazifascismo, combattente per la libertà, la democrazia. Quanti ricordi in quella casa di Rancio, è racchiusa la

tua giovinezza, l'intonaco è tuo fratello, l'uscio il tuo sole, nessuno potrà mai sfrattarti, mandarti via. Chi ti caccerà dall'amato Rancio potrebbe ucciderti.

Un complesso e delicato equilibrio alla base di un normale funzionamento della nostra vista

Quando il glaucoma insidia il globo oculare

Se non avete sottomano il disegno schematico dell'occhio che abbiamo fatto martedì scorso sarà difficile capire cos'è il glaucoma. Facciamo conto che l'avete. Dunque abbiamo visto che il globo oculare è tenuto nella dovuta tensione dall'umore acqueo che si forma nella camera posteriore, passa davanti al cristallino e attraverso il foro pupillare si versa nella camera anteriore e infine si scarica nell'angolo circolare che limita la periferia della camera anteriore.

Se detto che la pressione che questo liquido esercita sul globo oculare è fondamentale per la funzione visiva, la quale in sostanza dipende anche dall'equilibrio tra produzione di umore acqueo e suo relativo scarico. Qualsiasi ostacolo che si frapponga al normale deflusso dell'umore acqueo provoca infatti un aumento della pressione all'interno dell'occhio che si chiama glaucoma. Questa ipertensione danneggia la papilla ottica che è lo sfocamento del nervo ottico con inevitabili conseguenze sulla vista. Esiste dunque una pressione oculare normale che dopo i 40-50 anni dovrebbe essere controllata periodicamente perché il glaucoma semplice dovuto ad un difetto dello scarico dell'umore acqueo si sviluppa insidiosamente e lentamente e può colpire entrambi gli occhi fino agli stadi più avanzati senza che uno se ne accorga.

Anche se il rilievo della pressione oculare è semplice è bene che si affidi all'oculista, su richiesta del medico di base oviamente. La pressione oculare subisce qualche variazione nella giornata (ritmo nicotemiale) con un massimo alle ore 24 e un minimo alle ore 16, con una oscillazione fisiologica pari a 3-4 mmHg (che vuol dire millimetri della colonna di mercurio di un capillare in cui si è praticato il vuoto collegato

col tonometro). La pressione normale varia fra gli individui, mediamente è di 15 mmHg, ma può essere 10 o 20 e può esservi una differenza di 3-5 fra un occhio e l'altro. Valori costantemente superiori ai 24 mmHg sono sicuramente patologici mentre valori fra 21 e 23 vanno tenuti sotto controllo.

Non tutti i glaucomi sono la stessa cosa. Il più comune, quello ad angolo aperto, insorge dopo i 40 anni su base genetica e con una frequenza dell'11-2% per aumentare con l'avanzare dell'età. Come s'è detto può passare inavvertito e manifestarsi ad un certo punto con annebbiamenti transitori della vista, aloni colorati attorno alle sorgenti luminose e disturbi dell'accomodazione nel senso che uno non vede lontano oppure vicino. Diverso è il glaucoma acuto ad angolo chiuso che magari ha dato segni prodromici sul tipo di quelli appena descritti che sono stati sottovalutati, che si manifesta con dolore violento attorno agli occhi con offuscamento della visione, nausea e vomito. Esistono forme ad angolo chiuso subacute caratterizzate da cefalee sovrorbitorie, annebbiamenti visivi, aloni colorati e forme croniche che dal punto di vista sintomatico assomigliano alla forma semplice ad angolo aperto. Ci sono poi i glaucomi secondari dovuti a malattie dell'uvea o del cristallino o dell'iride, oppure vascolari della sclera o della retina, oppure quelli traumatici o tumorali.

Ma ci sono anche glaucomi che possono essere provocati dai farmaci. Classico è il glaucoma che può insorgere dopo l'instillazione di un miotropico come l'atropina, che serve per far dilatare la pupilla per esaminare il fondo dell'occhio. Anche le gocce di cortisone o le pomate oftalmiche che lo contengono a lungo andare possono far insorgere il glaucoma. Gli antispastici, gli antiparkinsoniani, gli antistantici,

alcuni psicofarmaci in particolare i timoletici oppure i fenotiazinici e i tiotiazinici, gli ormoni come il testosterone, ma ancora più la foliclina, sono tutti potenzialmente in grado di far aumentare la pressione endoculare.

Il trattamento antiglaucomatoso può essere medico o chirurgico. Va da sé che il bisturi s'adopera quando non se ne può fare a meno, cioè quando la terapia medica si dimostra inefficace e quando si rende necessario rimuovere o prevenire alterazioni irreversibili dell'occhio. In questi casi il tipo d'intervento va valutato volta per volta. La terapia medica: nelle forme semplici ad angolo aperto si usano i miotropici per instillazione, come la pilocarpina e l'accedina, per provare il restringimento della pupilla e facilitare il deflusso dell'umore acqueo, spesso in associazione con l'epinefrina o il timolo- lo per frenare la secrezione del corpo ciliare.

Per via generale al fine di ridurre la pressione endoculare si usano gli inibitori dell'androsi carbonica come l'acetazolamide e la diclorofenamide che, oltre ad una azione diuretica, inibiscono la produzione di umore acqueo. Questa terapia va comunque tenuta costantemente sotto controllo medico per via delle perdite di potassio urinario e del rischio di turbamento del ph ematico. Gli interventi nei casi di crisi acuta richiedono la somministrazione per flebo di mannitolo o di glicero- lo per bocca e comunque, appena possibile, il ricovero in reparto specializzato. Il drenaggio chirurgico è quanto mai delicato e va all'incisione dell'iride e della sclera all'apertura di un pezzetto di trabecolato o all'apertura del canale dell'angolo anteriore e degli strati sclerali sovrastanti. Tutte cose che vanno eseguite con grande perizia.

Argiuna Mazzotti

Prossimo l'incontro con il ministro per i Fondi speciali (compresi gli esattoriali)

Sono un pensionato esattoriale iscritto ai Fondi speciali di previdenza, categoria che, come altre dei Fondi speciali, è stata esclusa dai recenti aumenti di pensione.

Si disse allora che la nostra situazione sarebbe stata sistemata entro il giugno 1985 ma... siamo a ottobre e nessuno sa nulla, né se ne parla.

Posso sperare di leggere sull'Unità una risposta sulla nostra situazione, e cioè se anche per noi ci sarà qualcosa e quando?

FILIPPO SCETTINO Castellammare di Stabia (Napoli)

È vero che la rivalutazione delle pensioni gestite dai Fondi speciali non è avvenuta entro il 30 giugno 1985, come previsto dalla legge 140/83. Ci risulta che durante la trattativa sindacato-ministero del Lavoro sono sorte difficoltà nel reperire i finanziamenti necessari per fare fronte agli aumenti. Possiamo anticipare che nei prossimi giorni è convocato un incontro, nel corso del quale il ministro dovrebbe proporre al sindacato criteri e le cifre degli aumenti per ogni singolo fondo, compreso quello degli esattoriali.

Non siamo quindi in grado di esprimere dei giudizi sulla qualità delle proposte che farà il ministro, però la situazione non è ferma e abbiamo ragione di ritenere che si stia avviando alla conclusione. Per il riferimento fatto

al giornale «Il Pensionato» dello Spi-Cgil, dobbiamo dirti che nel n. 9, a pagina 12, nella rubrica «Da un mese all'altro» c'è un lungo articolo che fa il punto della vertenza.

Se il medico non ti trova a casa per la visita di controllo

Se un lavoratore è assente alla visita di controllo del medico a domicilio, perché è andato dal proprio medico in ambulatorio, è giustificata l'assenza per l'istituto nazionale della previdenza sociale? E se presenta il certificato in azienda con qualche giorno di ritardo a quali sanzioni va incontro?

UN GRUPPO DI LAVORATORI La Spezia

Se un lavoratore è assente alla visita di controllo del medico a domicilio, perché è andato dal proprio medico in ambulatorio, è giustificata l'assenza per l'istituto nazionale della previdenza sociale? E se presenta il certificato in azienda con qualche giorno di ritardo a quali sanzioni va incontro?

In caso di assenza domiciliare per una concomitante visita medico-generica presso l'ambulatorio del curante, l'Inps non applica alcuna sanzione. Il lavoratore ammalato è infatti giustificato. Per essere giustificato debbono però verificarsi alcune condizioni:

- l'accesso all'ambulatorio del medico personale va effettuato nelle fasce orarie di reperibilità (dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19 di ogni giorno, compresi la domenica e i giorni festivi);
- se l'orario di apertura dell'ambulatorio del medico curante non coincide completamente con le fasce di reperibilità, viene ugualmente giustificata l'assenza se è dimostrata l'urgenza della visita oppure se la visita si effettua solo su prenotazione e l'appuntamento è stato fissato dal medico durante le fasce di reperibilità;
- l'assenza è ugualmente giustificata se è dimostrata dall'interessato che, pur recatosi dal medico in ore diverse da quelle riservate

Domande e risposte

Questa rubrica è curata da:

Rino Bonazzi
Mario Nanni D'Orazio
Angelo Mazzieri
e Nicola Tisci

al controllo della Usl, non ha fatto in tempo ad essere visitato fuori delle fasce indicate;

d) condizione per giustificare l'assenza è che in ogni caso il lavoratore si presenti alla successiva visita di controllo presso l'ambulatorio della Usl, cui viene chiamato dal medico fiscale dato che non si è reso reperibile a domicilio.

Per quanto concerne invece il ritardo nell'invio della certificazione sia l'Inps sia la Corte di cassazione sostengono che non è possibile pagare l'indennità di malattia per i giorni di ritardo.

Il mancato pagamento del ritardo ovviamente si applica solo ai giorni di ritardo vero e proprio e non anche ai due giorni che il lavoratore ha a disposizione per inviare il certificato medico.

Ferrovieri e ministeriali questi gli aumenti

A quanto ammontano gli aumenti dal 1984 per un ferroviere andato in pensione nel maggio 1978 e per un dipendente del ministero dei Trasporti in pensione dal 1976? Tutti e due sono andati in pensione con il massimo della carriera.

NICOLA CONTINELLI GIOVANNI SARTINI Lecce

In primo luogo va considerato che gli aumenti si applicano sull'importo di pensione che si percepiva al 31 dicembre 1981, depurato di indennità integrativa speciale, aggiunta di famiglia e indennità accessorie. Ovvero: gli aumenti stabiliti dalla legge 141/85 vanno aggiunti alla pensione base, la cui cifra è la prima a essere indicata

sulla cedola del debito vitalizio dello Stato. Tenuto conto delle date di decorrenza iniziale delle pensioni da voi indicate precisiamo che tanto il ferroviere quanto il ministeriale, se hanno al 31-12-1981 pari importo di pensione base, dovranno ricevere, per l'anno 1984, una quota di aumento pari al 10% del primo milione e al 5% della ulteriore quota di pensione annua ricavata moltiplicando per 13 l'importo della pensione base in godimento al 31-12-1981.

Se, ad esempio, la pensione base del 31-12-1981 è di lire 393.000 mensili, l'importo su cui calcolare gli aumenti del 1984 sarà di lire 4.979.000 (393 per 13). La quota di aumento spettante per l'intero 1984 risulterà di lire 100.000 (10% del primo milione) più lire 198.950 (5% di lire 3.979.000), cioè lire 298.950 annue lorde.

Diversi invece gli aumenti assegnabili per i periodi successivi al 1984 in

quanto diversa è stata la dinamica contrattuale delle rispettive categorie. Le quote di aumento riferite al 1984 vengono poi di fatto annullate, cioè sostituite con gli aumenti, sempre calcolati sull'importo della pensione base del 31-12-1981, che di seguito indichiamo.

— Ministeriali: dal 1° gennaio 1985, 5,70% più la somma mensile di lire 16.100; dal luglio 1985, 6,84% più 19.320 lire; da gennaio 1986, 8,83% più 24.955 lire e da luglio 1987: 11,40% più 32.200 lire al mese.

Sugli aumenti si pagano poi l'Irpef per cui il netto è inferiore alle cifre indicate. — Ferrovieri: dal gennaio 1985 hanno diritto a un aumento percentuale del 7,80% più la somma mensile di lire 22.020; da luglio 1985, 9,36% più 26.430 lire; da gennaio 1986: 12,05% più 34.139 lire; da luglio 1987: 15,60% più 44.050 lire.