

Lidia Goldoni

L'eccesso di mortalità tra gli anziani non è dovuto alla maggiore longevità della popolazione. Ma alla pessima gestione dell'epidemia che ha abbandonato a se stesse le persone più fragili e vulnerabili.

C'è un convitato di pietra in tutte le informazioni sull'andamento dell'epidemia di Covid-19. È sempre presente, muto, silenzioso, senza identità. È il paziente vecchio, identificato dall'età (connotato burocratico anagrafico attribuito per convenzione, come dice Marc Augé) per fare una media statistica e dal numero delle sue patologie, per dare una parvenza scientifica.

C'è una cultura della discriminazione, che oggi chiamiamo "ageismo", che forse senza piena consapevolezza degli interessati, ha dominato tutta questa prima fase della lotta all'epidemia. **Nei primi giorni era una sorta di "messaggio rassicurante"** per chi vecchio non era, perché non si spaventasse per "qualcosa che era poco più di un'influenza". Chi vecchio non era poteva fare picnic, sciare, ammassarsi al supermercato, ritrovarsi nei luoghi della movida, perché il virus non l'avrebbe toccato.

Poi mentre l'epidemia si espandeva, le informazioni ufficiali assunsero la morte dei vecchi come altro **"dato positivo"**: l'Italia è uno dei paesi con la più alta speranza di vita, perché i vecchi sono curati bene, quindi è ovvio che ci siano più morti che altrove! Siccome il convitato di pietra non aveva voce, questo messaggio si è arricchito di altri corollari, che hanno rivelato un'idea cinica che già stava circolando: **il virus riduce gli anziani pensionati, un peso per l'economia nazionale.**

In questa atmosfera l'attenzione dei diversi soggetti pubblici in cui rientrano sia i governanti sia gli scienziati, forse sotto la pressione di un'epidemia che trovava impreparati e di cui non si prevedeva né l'estensione né la gravità, **si è concentrata sulla parte finale del fenomeno, l'assistenza ospedaliera,** senza considerare che senza assistenza territoriale e presidi intermedi sarebbe stato l'ospedale il primo a soccombere. **Si sono scordati di affrontare il problema alla radice,** cercando di adottare misure perché i vecchi non arrivassero in condizioni ormai drammatiche all'ospedale. **Sono stati malamente coinvolti i medici di famiglia,** sicuramente i maggiori conoscitori della popolazione del loro territorio, ma senza alcuna esperienza nel campo delle epidemie, senza mezzi di protezione individuale, senza alcuno strumento per monitorare le condizioni di salute dei loro pazienti.

L'epidemia sta, forse, raggiungendo il picco e ci si accorge che c'è una un'altra bomba che sta scoppiando. I contagi nei circoli anziani o alle feste (a Medicina come a Fondi) parlavano di anziani che si aggrappavano alle loro occasioni e ai loro spazi di socialità per affrontare con spavalderia il virus. Ora appaiono sempre più spesso allarmi per alte percentuali di anziani contagiati all'interno di strutture assistenziali residenziali, pubbliche e private, piccole e grandi, costruite e gestite a norma, ma anche spesso ignote ai servizi socio-assistenziali. **In una casa di riposo privata nel milanese ne sono deceduti 52 su 150. Ogni giorno appare un nuovo caso.** Tutto questo induce a pensare che tanti altri decessi di vecchi in strutture residenziali, siano state diagnosticate (c'era il medico?) come influenze, in buona o cattiva fede, lasciando circolare il virus. Ritardi, omissioni, non conoscenza o errata valutazione di una realtà spesso ignorata del nostro paese, che ora può risultare pericolosa, se non mortale.

“In Italia, circa 21 anziani su 1.000 sono ospiti delle strutture residenziali socio-assistenziali e socio- sanitarie e circa 16 ogni 1.000 anziani residenti sono in condizione di non autosufficienza. Tra gli ospiti anziani prevalgono le donne, circa il 74% dell'intero collettivo” ([Comunicato ISTAT del maggio 2018](#); i dati però sono aggiornati al 31 dicembre 2015) . **Poi ci sono gli anziani che vivono soli, che, tra gli ultra settantacinquenni, ammontano al 38%.** Serve allora soffermarsi su un quadro complessivo e individuare cosa non ha funzionato e intervenire urgentemente anche su questo tassello per poter uscire da questa grave situazione.

Alcuni aspetti chiedono una rilettura e un cambio di direzione radicale:

- **Riformulare modalità, toni e obiettivi delle comunicazioni** che rivolte alla popolazione anziana sono ancor più determinanti che per il resto della popolazione, in quanto spesso le notizie diffuse da giornali e TV sono le uniche ricevute. I messaggi veicolati sino a questo momento sembrano fare degli anziani delle vittime predestinate - “vuoti a perdere” li ho definiti in altro contesto - ai quali non si riesce neppure a garantire un “commiato degno” da questo mondo. Sono invece necessarie **informazioni corrette e chiare trasmesse non solo dai media, ma anche da persone in carne e ossa - operatori, volontari, vicini** - che contemporaneamente prendono visione dello stato sociale, sanitario e economico della persona. Solitudine, depressione, scarsità di risorse non aiutano a combattere il virus.
- **Rivedere i criteri che indirizzano gli interventi** (piani di assistenza, risorse, personale, misure organizzative) per contenere e debellare la crescita dei contagi. Era indispensabile, quando era ormai chiaro che erano le persone anziane con più patologie quelle che erano colpite mortalmente dal virus, fare prevenzione,

raggiungerle nei luoghi di residenza (comprese le RSA), per metterle in sicurezza (insieme ai loro caregiver, agli operatori socio-sanitari e ai medici di famiglia). Se stavano male, gli è stato detto di rivolgersi al medico di famiglia per non intasare il Pronto soccorso. Ma quando l'anziano è solo, disabile, magari confinato in un appartamento al 4° piano senza ascensore è probabile che scelga di morire nel suo letto, se qualche vicino non allerta il servizio sociale territoriale. **Gli anziani, in questa crisi, sono stati lasciati soli. Anche nel momento della morte erano soli**, senza famigliari vicini, consegnati solo alla pietas e all'umanità degli operatori sanitari in turno. Chi si è fatto carico delle condizioni di salute e della solitudine dei vecchi, oltre che censirne la morte?

- **Nel momento delle scelte strategiche chi si è ricordato dei milioni di anziani, soli o in coppia con il coniuge coetaneo, isolati nei loro appartamenti, soli davanti alla televisione o alloggiati nelle strutture residenziali, in cui non è certo possibile pensare a spazi di isolamento o ancor meno di quarantena?** Solo potenziando le equipe pubbliche (medici, operatori sanitari, operatori socio-assistenziali) operanti sul territorio (assistenza domiciliare integrata, Centri diurni riabilitativi, RSA, residenze protette, Case di riposo) e aumentando i controlli nelle strutture convenzionate e autorizzate si sarebbe potuto interrompere quella linea diretta domicilio/reparto di terapia intensiva (quelli che ci arrivavano).
- **Come supportare e favorire il rientro a casa degli anziani che sono sopravvissuti al virus, specie se sono senza una rete di protezione?** Si spera che per loro (ma anche per quelli che non sono stati contagiati) non sia aperta solo l'ipotesi delle strutture residenziali. È certo che, se già da tempo si sapeva che i vecchi italiani, pur con una lunga speranza di vita, sono però anche quelli che vivono peggio nei loro ultimi anni perché pieni di malattie, molte trascurate o mal curate, l'epidemia del Coronavirus ha mostrato tutte le debolezze e le fragilità di un sistema socio-sanitario "ospedalocentrico".

Da questa tragedia vissuta dai vecchi escono interrogativi su un tema accantonato: l'urgenza di attivare canali e pratiche di conoscenza, studio e approfondimento sulla **medicina di genere**. Perché dai primi dati risulta che tra i vecchi sono gli uomini e non le donne i più colpiti dal contagio. Cercando le ragioni di questa diversità di comportamento di Covid-19, anche la medicina di genere conquista lo spazio di cui abbisogna.

Lidia Goldoni. Giornalista, cura il sito web <https://www.perlungavita.it>