

ATTI DELLA GIORNATA DELLA GERONTOLOGIA

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
GIORNATA DELLA GERONTOLOGIA
XLIII FIERA DI MILANO - 23 . 4 . 1965

*Archivio Storico
INA Assitalia
Biblioteca*

820



FIERA DI MILANO - 23 APRILE 1965

ATTI
DELLA GIORNATA
DELLA GERONTOLOGIA

FIERA DI MILANO
23 APRILE 1965

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Corporate Heritage
& Historical Archive

PROGRAMMA DELLA GIORNATA DELLA GERONTOLOGIA

promossa dall'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
d'intesa con la SOCIETA' ITALIANA DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA e con l'ASSOCIAZIONE TRA INDUSTRIE
CHIMICO-FARMACEUTICHE (ASSOFARMA)

(XLIII Fiera di Milano - 23 aprile 1965)

MATTINO

Ore 9,45 — Apertura dei lavori - Saluto del **Prof. Francesco Santoro Passarelli**, Presidente dell'I.N.A.

Ore 10 — Relazione sul tema:
« Gerontologia: oggi, domani ».

Relatore: **Prof. Enrico Greppi**, Presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria e Direttore dell'Istituto di Clinica Medica dell'Università di Firenze.

Ore 10,45 — Relazione sul tema:
« Attualità della gerontologia nel quadro della sicurezza sociale ».

Relatore: **Prof. Francesco Maria Antonini**, Titolare della Cattedra di Gerontologia e Geriatria presso l'Università di Firenze.

Ore 11,15 — Relazione sul tema:
« Problemi terapeutici dell'anziano ».

Relatore: **Prof. Gino Bergami**, Direttore dell'Istituto di Fisiologia Umana presso l'Università di Napoli.

Ore 12 — Vermout d'onore offerto dall'Ente Fiera di Milano.

POMERIGGIO

Ore 16,30 — Comunicazioni e discussione sui temi della Giornata.

Ore 18,15 — Intervento del **Dott. Carlo Casali**, Direttore generale dell'I.N.A.

Ore 18,45 — Conclusione e chiusura della Giornata da parte del **Prof. Francesco Santoro Passarelli**.

Ore 19 — Cocktail offerto dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

ELENCO DEI PARTECIPANTI

- ADDA dott. Lionello - Ospedale Maggiore di Milano.
- ADINOLFI dott. Ugo - ANSA - Milano.
- ALDROVANDI dott. Renato - Soc. Recordati - Milano.
- ALLEGRI dott. Mario - Direttore della Soc. Karnell - Milano.
- ANCESCHI dott. Alessandro - Vice Direttore Soc. La Vittoria - Milano.
- ANCONA dott. ing. Alessandro - Vice Presidente dell'Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici - Milano.
- ANGHEBEN sig. Carlo - Società Reale Mutua di Assicurazioni - Torino.
- ANTONINI prof. Francesco Maria - Direttore dell'Istituto di Gerontologia dell'Università di Firenze - Firenze.
- ARALDI sig. Luigi - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Crema.
- ARENA prof. dott. Guglielmo - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Benevento.
- AUREGGI dott. Enrico - Dirigente ANIA - Milano.
- AZZOLINA dott. Carmelo - « L'Italia » - Milano.
- BACCIGOTTI dott. Edoardo - Direttore Generale Cooperativa Farmaceutica - Milano.
- BALDONI dott. Elio - Gerontocomio di Monza - Monza.
- BALLADORE avv. Giulio - Delegazione Alta Italia della Confindustria - Milano.
- BARBATO sig. Tullio - Agenzia Italia - Milano.
- BARBIERI dott. Remigio - Direttore dell'Assofarma - Roma.
- BARONI dott. Vittorio - RAI-TV - Milano.
- BARTALINI prof. Emilio - Milano.
- BASTAGLI dott. Luciano - Direttore Generale della Compagnia An. di Assicurazione di Torino - Torino.
- BENDI dott. Arrigo - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Brescia.
- BENEDETTI comm. Duilio - AGEI - Milano.
- BENELLI dott. Domenico - Agenzia Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Forlì.
- BERGAMI prof. Gino - Direttore dell'Istituto di Fisiologia Umana dell'Università di Napoli - Napoli.
- BERIA dott. Livio - Direttore del Pio Albergo Trivulzio - Milano.
- BERTIERI dott. Giancarlo - RAI-TV - Milano.
- BERTINI dott. Giulio - Soc. Farmitalia - Milano.
- BERTO sig. Nella - Società Virga Florens e Opera Immacolata Concezione - Padova.
- BIANCHI dott. Alberto - Titolare Centro Ispettivo dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Genova.
- BIDOLI dott. Marino - Amministratore Delegato della Fiumeter - Roma.
- BIONDO dott. Bruno - Ispettore INPS per la Lombardia - Milano.
- BISCHIOFF dott. Andrea - Soc. Sandoz - Milano.
- BOCCARA dott. Vittorio - Capo Ufficio Stampa A.N.I.A. - Roma.
- BOCCARDI avv. Renzo - Delegazione Alta Italia della Confindustria - Milano.
- BORGARELLI dott. Giovanni - Coagente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Milano.
- BORIOLI gr. uff. rag. Giovanni - Coagente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Milano.
- BORZACCHINI avv. Gaspare - Direttore Centrale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- BOSSO rag. Cesare - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Asti.
- BRACCO dott. Giorgio - Direttore Centrale delle Assicurazioni d'Italia - Roma.
- BUCALOSSI on. prof. Pietro - Sindaco di Milano - Milano.
- CANTORE rag. Paolino - Soc. Farmitalia - Milano.
- CAPALDO dott. Enzo - Direttore de « L'Assicurazione » - Genova.
- CAPONE sig. Roberto - « Giornale di Brescia » - Milano.
- CAPRA rag. Giov. Battista - Condirettore dell'Ist. Ital. di Previdenza - Milano.
- CARTOCCI sig. Virio - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Alessandria.
- CASALI dott. Carlo - Direttore Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.

Il frontespizio dell'opuscolo di presentazione della Giornata.



Un aspetto della Sala Puricelli nella seduta antimeridiana.





FIERA DI MILANO
23 Aprile 1965

GIORNATA DELLA GERONTO- LOGIA

Promossa dall'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI d'intesa con la SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA e l'ASSOCIAZIONE TRA INDUSTRIE CHIMICO-FARMACEUTICHE (ASSOFARMA)



Corporate Heritage
& Historical Archive

- CAVALIERI sig. Ugo - ECA - Milano.
- CECCHI dott. Carlo Umberto - Consulente A.M.I.S. - Milano.
- CELLI sig. Alfredo - Tecnitour - A.I.O.C. - Milano.
- CESARETTI dott. Mario - Titolare Centro Ispettivo dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Bologna.
- CHIANCONE prof. Francesco - Soc. Lepetit - Milano.
- CICOGNA comm. Angelo - Associaz. Ind. Lombarda - Milano.
- CICU dott. Tommaso - Milano.
- CIMA dott. Giuliano - Soc. Schering - Milano.
- CINCOTTI dott. ing. Francesco - Direttore delle Assicurazioni Generali - Milano.
- CLEMENTE ing. Pasquale - Direttore Centrale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- COLLITORTI sig. Dionisio - Varese.
- COLOMBO comm. G. Giacomo - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Legnano.
- COLOMBO dott. Ugo - Segretario dell'Associazione Gerontologica - Milano.
- CORSI on. dott. Angelo - Presidente dell'Istituto Nazionale Previdenza Sociale - Roma.
- CRESPI dott. Benigno - Impresa Generale Pubblicità - Milano.
- CRESPI prof. Gabriele - Libero docente dell'Università di Roma - Roma.
- CROCETTA rag. Giuliano - Titolare Centro Ispettivo dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Venezia.
- CUZZANITI on. dott. Roberto - Presidente Opera Nazionale Pensionati d'Italia - Roma.
- DALLA SANTA dott. Francesco - La Previdente - Milano.
- D'ANDREA dott. Nazzareno - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Parma.
- D'ATRI cav. uff. Aldo - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Castrovillari.
- D'AURIA dott. Agostino - Ispettore Superiore dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Milano.
- DE ANGELI dott. Giorgio - Soc. Italfarmaco - Milano.
- DE BENEDETTI dott. Fernanda - Genova.
- DE CAPITANI comm. Serafino - Presidente ECA di Monza, Consigliere Associaz. Naz. Enti di Assistenza - Milano.
- DE CARLI dott. Marco - Soc. CO.FA. - Milano.
- DE DOMINICIS rag. Ettore - Titolare Centro Ispettivo dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Trento.
- DE JORIO dott. Giacomo - Telegiornale - Milano.
- DELLA BEFFA dott. Luigi - Soc. Inverni & Della Beffa - Milano.
- DEL PRINCIPE dott. Domenico - « Il Resto del Carlino » - Bologna.
- DE MARCHI dott. Bruno - Direttore Generale della Comp. di Assicurazione di Milano - Milano.
- DE MARTINO dott. Aldo - Milano.
- DE NICOLA prof. dott. Pietro - Aiuto Clinica Medica dell'Università di Pavia - Pavia.
- DE PAOLI dott. Claudio - Coagente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Treviso.
- DI LILLO dott. Alberto - Dirigente Sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- DI PORTO prof. Arrigo - Consulente Medico Capo delle Assicurazioni d'Italia, Primario degli Ospedali Riuniti di Roma - Roma.
- DI RIENZO dott. Pietro - « Il Tempo » - Roma.
- DONATI prof. Antigono - Consigliere di Amministrazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- D'ONOFRIO dott. Enrico - La Vittoria - Milano.
- DRESNER sig. Giulio - « Jewish Telegraphic Agency » - Roma.
- DU CHENE DE VERE gr. uff. Attila - Impresa Generale Pubblicità - Milano.
- FALLANI dott. Guido - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Mantova.
- FERRARA dott. Carlo - Coagente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Como.
- FERRARA rag. Giuseppe - Coagente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Como.
- FERUGLIO prof. Francesco Saverio - Soc. Gerontologia e Geriatria - Firenze.
- FILIPPETTI rag. Aldo - Titolare Centro Ispettivo dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Torino.
- FINELLI sig. Franco - Soc. Schering - Milano.
- FORTE prof. Argeo - ECA - Monza.
- FUMAGALLI dott. Carlo - Istituto di Gerontologia Univ. di Firenze - Firenze.
- GANDELLINI prof. Aldo - Primario Medico Ospedale di Circolo (Legnano).

- GIACOBETTI sig. Fausto - A.I.O.C. - Milano.
- GRAZIANO sig. Lina - Assofarma - Milano.
- GROS PIETRO sig. Giovanni - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Ivrea.
- GROSSO dott. Luigi - Condirettore Generale della Comp. di Assicurazione di Milano - Milano.
- GUIDARELLI dott. Stefano - Funzionario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- INGEGNIEROS dott. Salvatore - Soc. Montecatini - Milano.
- INTROZZI prof. Paolo - Direttore Clinica Medica Ospedale S. Matteo - Pavia.
- JANNUCCI rag. Aldo - Titolare Centro Ispettivo dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Milano.
- KETTLITZ dott. Vitaliano - Soc. Upjohn - Milano.
- KOHLER dott. Adelmo - Funzionario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- LOGLIO dott. Giulio - Bergamo.
- LOMBARDI sig. Egidio - C.I.S. - Milano.
- LONGO prof. Antonio - Direttore Centrale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- LUCCA sig. Silvio - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Lecco.
- LUZZATTO dott. Ernesto - Impresa Generale Pubblicità - Milano.
- MADERNO sig. Achille - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Vigevano.
- MADIA dott. Luigi - « Il Sole » - Milano.
- MALESCI dott. Franco - Soc. Bracco - Milano.
- MANCINI dott. Mario - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Lodi.
- MARCHESI dott. Dionigi - Vice Presidente Federaz. Ordini Farmacisti Italiani - Roma.
- MARCHETTI dott. Didaco - « L'Unità » - Milano.
- MARIOTTI dott. Miriam - Istituto di Gerontologia Univ. di Firenze - Firenze.
- MARSILI dott. Umberto - Soc. Essex - Milano.
- MARTINIS MARCHI dott. Alessandro - Milano.
- MARULLO rag. Pasquale - Direttore della Italiana Vita - Milano.
- MASETTI ZANINI conte dott. Gian Ludovico - « Vitalità Medica » - Brescia.
- MASSA dott. Umberto - Segretario Generale Unione Nazionale Medici Collaboratori Stampa d'Informazione - Milano.
- MASTRANGELO dott. Alberto - Soc. Bracco - Milano.
- MATRICARDI dott. Salvatore - Capo Servizio dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- MIGLIOLI sig. Aldo - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Piacenza.
- MILESI dott. Mario - Bergamo.
- MINZONI sig. Giuseppe - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Genova.
- MOLNAR dott. Giuseppe - Soc. Jeigy - Milano.
- MOLNAR dott. L. - « American Joint Distribution Committee » - Milano.
- MORETTI cav. Athos - Vice Presidente Assofarma - Milano.
- MORONI dott. Romano - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Varese.
- NANI dott. Renato - Istituto Naz. Previdenza Sociale - Roma.
- NICCOLAI prof. avv. Franco - Assofarma - Milano.
- NUVOLONI dott. Ludovico - Consigliere di Amministrazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- PASANISI avv. Emilio - Direttore Generale delle Assicurazioni d'Italia - Roma.
- PERENICH dott. Tommaso - Soc. Karnell - Milano.
- PEREZ prof. Marcello - Capo Servizio Opera Nazionale Pensionati d'Italia - Roma.
- PIATTI dott. Clemente - Soc. Carlo Erba - Milano.
- PICCININI prof. R. - Agenzia ASPA - Milano.
- PIETRIPAOLI dott. Luigi - Delegazione Alta Italia della Confindustria - Milano.
- PIRUCCIO dott. Attilio - Milano.
- PIVATO comm. Giovanni - Coagente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Treviso.
- PIZZETTI dott. Federico - « Corriere della Sera » - Milano.
- PLEVISANI dott. Mario - Direttore Generale della Fiumeter - Roma.
- POLI dott. Ivano - Direttore Centrale ENEL - Roma.
- POZZANI dott. Silvio - Direttore di « Sicurezza » - Milano.
- PUJATTI dott. Italo - Direttore della Società Assicuratrice Industriale - Milano.
- QUADRI dott. Antonio - Pia Casa Incurabili - Abbiategrosso.
- RADICULA sig. Giorgio - Coagente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Pavia.

- RANDONE avv. Enrico - Direttore delle Assicurazioni Generali - Milano.
- RANELLI dott. Lorenzo - Legnano.
- RASERO rag. G. Battista - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Monza.
- RECORDATI dott. Arrigo - Soc. Recordati - Milano.
- REPACI dott. Mariano - Primario dell'Istituto Inabili al Lavoro di Milano - Milano.
- RICHARD dott. Giorgio - Ispettore Superiore dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Milano.
- RIGHETTI dott. Mario - « Corriere d'informazione » - Milano.
- ROCCA dott. Alessandro - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Biella.
- ROMAGNOLI dott. Pier Carlo - Direttore Generale della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Torino.
- ROSSI sig. Jolanda - Assofarma - Milano.
- RUGGERI sig. Alessandro - Coagente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Pavia.
- SACERDOTI prof. Piero - Direttore Generale della Riunione Adriatica di Sicurtà - Milano.
- SALA dott. Erminia - Soc. It. Licenze Farmaceutiche - Milano.
- SALERNO dott. Giovanni - Consulente Medico dell'Ist. Italiano di Previdenza - Milano.
- SALIS prof. Lino - Ordinario dell'Università di Cagliari - Cagliari.
- SANTORO PASSARELLI prof. avv. Francesco - Presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- SCHWEIGER dott. Acon - Soc. Farmitalia - Milano.
- SCORZA dott. Staro - Capo Ufficio Stampa Assofarma - Roma.
- SCOTTI dott. Giuseppe - Direttore del « Notiziario Assicurativo » - Milano.
- SDRAFFA dott. Luciano - Istituto di Gerontologia Univ. di Firenze - Firenze.
- SECHI dott. Salvatore - Soc. Carlo Erba - Milano.
- SECONDI dott. Ambrogio - Soc. Italseber - Milano.
- SEGALINA dott. Sergio - U.P.I.P.A. - Padova.
- SERAFIN dott. Carlo - « The New York Times » - Milano.
- SERAFINI comm. rag. Giovanni - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Novara.
- SESTILLI dott. Riccardo - Direttore dell'Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici - Roma.
- SETNIKAR prof. Ivo - Soc. Recordati - Milano.
- SFERZA dott. Gino - Consigliere Delegato della Soc. Montecatini - Milano.
- SIEBANECH dott. Filippo - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Bergamo.
- SIERVO dott. Amedeo - Riunione Adriatica di Sicurtà - Milano.
- SOLDI prof. Alberto - Soc. Vister - Milano.
- STAGNO dott. Achille - Soc. L.I.R.C.A. - Milano.
- STEFANINI dott. Leonetto - Soc. Manetti & Roberts - Firenze.
- STELLA dott. Vincenzo - Riunione Adriatica di Sicurtà - Milano.
- STRAMBA dott. Mario - Soc. Maggioni - Milano.
- SUPINI prof. Luciano - Riunione Adriatica di Sicurtà - Milano.
- SUZZI dott. Mario - Vice Direttore Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- TALAMONA rag. Augusto - Consigliere di Amministrazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- TALLONE dott. Giovanni - SIMES - Milano.
- TANARA dott. Carlo - Soc. Bracco - Milano.
- TASSINARI dott. Guido - Milano.
- TOSCANI avv. Rosario - Vice Segretario della Confindustria - Roma.
- TRANQUILLI LEALI avv. Mario - Delegazione Alta Italia della Confindustria - Milano.
- TREMONTI dott. Alba - Sondrio.
- VENTURI dott. Amleto - Milano.
- VIDA dott. Franco - Vice Direttore Generale de La Fondiaria - Firenze.
- VISCOVICH rag. Gastone - Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Gorizia.
- VITARELLI dott. Angelo - Vice Prefetto, Capo Divisione Assistenza Pubblica presso il Ministero dell'Interno - Roma.
- WIEBEL dott. Martino - Ufficio Stampa Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici - Milano.
- ZAGHI dott. Ermes - Soc. CO.FA - Milano.
- ZAMBON dott. Sergio - Ispettore Superiore dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma.
- ZINN dott. Walter - Soc. Wander - Milano.
- ZUCCONI dott. Vincenzo - Soc. Gerontologia e Geriatria - Trieste.

CRONACA DELLA "GIORNATA,,

La « Giornata della Gerontologia », organizzata nell'ambito delle manifestazioni della XLIII Fiera Campionaria di Milano dall'I.N.A., d'intesa con la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria e l'Associazione tra Industrie Chimico-Farmaceutiche (Assofarma), si è svolta il 23 aprile 1965 nella Sala Puricelli del Palazzo delle Nazioni, con la partecipazione di circa 300 persone fra esponenti della Confindustria, dell'Associazione Nazionale dell'Industria Chimica, della Federazione degli Ordini dei Farmacisti, delle imprese di assicurazioni private, del mondo medico-universitario, dell'I.N.A. e della stampa quotidiana e tecnica.

I lavori della « Giornata » hanno avuto inizio alle ore 9,45 del 23 aprile con un indirizzo di saluto rivolto ai convenuti dal Presidente dell'I.N.A., prof. Francesco Santoro Passarelli. Subito dopo ha preso la parola il Vice Presidente dell'Assofarma, cav. Athos Moretti, il quale ha porto ai partecipanti il saluto della sua Associazione.

In assenza del primo relatore prof. Enrico Greppi, impossibilitato ad intervenire per motivi di salute, il Presidente dell'I.N.A. ha invitato il secondo relatore prof. Francesco Maria Antonini a riassumere brevemente il contenuto della prima relazione. Successivamente il prof. Antonini ha svolto la sua relazione sul tema *Attualità della gerontologia nel quadro della sicurezza sociale*. Terzo relatore è stato il prof. Gino Bergami che ha intrattenuto gli uditori sul tema *Problemi terapeutici dell'anziano*. La seduta antimeridiana si è quindi conclusa con un intervento dell'on. Cuzzaniti.

Nel pomeriggio, alle ore 16,30, è stato aperto il dibattito sui temi della « Giornata ». Ad esso hanno preso parte, nell'ordine, il dott. Ingegneros della Soc. Montecatini, il Vice Prefetto dott. Vitarelli, il prof. Perez, Capo Servizio dell'O.N.P.I., la dott.ssa Berto della Soc. Virga Florens. Nel corso della seduta sono state, inoltre, presentate sei comunicazioni, delle quali una del dott. Zucconi, tre dell'Istituto di Gerontologia dell'Università di Firenze (Mariotti, Fumagalli e Sdraffa) e due dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni (Casali, Di Lillo).

La « Giornata » si è quindi conclusa con un discorso del Presidente dell'I.N.A., nel quale è stato sottolineato il bilancio positivo dell'incontro, sia per la vastità e l'importanza degli argomenti trattati che per i contributi di notevole rilievo portati dai relatori e dai partecipanti al dibattito ai complessi e difficoltosi problemi della gerontologia e, in particolare, a quelli dell'assistenza alle persone anziane.



Il discorso di saluto
del Presidente dell'INA.

Parla il Vice Presidente dell'Assofarma,
cav. Athos Moretti.



VERBALI DELLE SEDUTE

23 aprile 1965

Seduta antimeridiana

SANTORO PASSARELLI

A cominciare dallo scorso anno la presenza dell'INA alla Fiera di Milano si è concretata in una forma diversa da quella in cui si era realizzata negli anni precedenti.

Una Giornata di studio promossa per la messa a fuoco di un problema attuale di rilievo per l'economia del Paese e per i compiti propri dell'Istituto: questa è la forma che si è realizzata in questi due anni.

La prima Giornata di studio fu dedicata ad un argomento del giorno in quel momento: le provvidenze statali intese a favorire il commercio di esportazione, e fra queste in particolare l'assicurazione di crediti degli esportatori contro speciali rischi.

Il 20 aprile dello scorso anno si tenne infatti in questa stessa sala un Convegno di studio che ebbe la denominazione di « Giornata dell'assicurazione dei crediti all'esportazione ».

L'INA promosse questa Giornata quale ente gestore dell'assicurazione statale, d'intesa col Ministero del Commercio con l'Estero e con l'Istituto per il Commercio con l'Estero.

La Giornata promossa dall'INA dette i suoi frutti. Fu nominata subito dopo una Commissione interministeriale che, ripresi e approfonditi i temi trattati nella Giornata, ha preparato il testo dello schema di disegno di legge col quale si estenderanno e si perfezioneranno le provvidenze a sostegno del nostro commercio di esportazione. Tale commercio, come i presenti sanno, è stato in questi ultimi mesi protagonista di un'azione che è servita a ridare il necessario equilibrio alla bilancia dei pagamenti.

La Giornata, prevalentemente rivolta agli operatori economici direttamente interessati ai problemi del nostro commercio con l'estero, vide in questa sala riuniti i rappresentanti dei maggiori complessi industriali italiani. Essi parteciparono al dibattito e portarono il contributo della loro esperienza e dei loro suggerimenti.

Ad un anno di distanza segue questa Giornata rivolta a studiosi ed esperti dei problemi della popolazione, medici, sociologi, demografi, una Giornata che richiama l'attenzione anche degli industriali, in particolare del settore chimico-farmaceutico, per i riflessi che sulla loro attività hanno e l'aumento del numero delle persone anziane, bisognose di mezzi terapeutici in misura maggiore di altre

categorie, e la necessità di combattere con appropriati regimi la senescenza precoce, conservando sempre più a lungo gli anziani in sopportabile stato di salute.

Non c'è bisogno di spendere molte parole per spiegare come l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni abbia uno specifico titolo a promuovere l'odierna Giornata.

L'assicurazione sulla vita, questa forma di previdenza diffusa in tutto il mondo, e, diciamolo, in Italia meno che in altri Paesi di uguale civiltà, operante sotto tutti i regimi, non esclusi quelli collettivistici, considera la vita dell'uomo sotto tutti gli aspetti ed in tutti i suoi stadi. Non ignora perciò la nostra assicurazione gli aspetti della vita dell'uomo che impegnano il pensiero e l'azione del medico, del sociologo, del demografo, né, dovendo operare con quegli strumenti statistici che vanno sotto il nome di tavole di mortalità e tavole di sopravvivenza, trascura l'evoluzione che nel tempo, per un complesso di favorevoli circostanze, ha la durata della vita. Da alcuni lustri a questa parte la durata della vita, in costante accrescimento dalla fine del secolo scorso, si prolunga con un ritmo inconsueto in epoche anche vicine a noi.

Questo fenomeno gli assicuratori italiani hanno seguito per i riflessi che ha sulle basi tecniche con appropriate iniziative ed anche favorendo lo studio con specifiche discipline delle quali costituisce l'oggetto.

Non si può in questa occasione non ricordare che gli assicuratori italiani, e l'INA in prima linea, hanno promosso la costituzione e finanziano una Cattedra di Gerontologia presso l'Università di Firenze, di cui è titolare il Prof. Antonini, Cattedra alla quale sono già collegati un Istituto e un Centro di gerontologia, istituzioni che hanno già dato, e certamente più daranno in avvenire, notevoli contributi all'approfondimento degli studi sulle classi anziane della popolazione.

La Giornata della Gerontologia si iscrive pertanto in questa prospettiva che impegna e impegnerà ancora l'INA e le altre imprese di assicurazione sulla vita operanti in Italia, per rendere sempre più rispondente alle mutevoli esigenze della popolazione quello strumento perfetto di previdenza che è la polizza di assicurazione sulla vita.

La Cattedra di Gerontologia dell'Università di Firenze e l'Istituto annesso, come risulta da una relazione che è stata recentemente pubblicata anche nel periodico aziendale « Cronache dell'INA », e dovuta al Prof. Antonini, già in questi primissimi tempi di vita hanno svolto un'opera veramente egregia sia sotto l'aspetto medico, sia sotto quello sociale, sia sotto quello della ricerca scientifica.

E' quindi un titolo di vanto per gli assicuratori italiani avere promosso e realizzato la Cattedra e l'Istituto dedicati alla scienza degli anziani e alla cura degli anziani, istituzione che è un'apertura verso ulteriori iniziative che gli assicuratori italiani non mancheranno di adottare.

La Giornata della Gerontologia vuole essere oggi occasione di una rassegna a livello scientifico, ma con intenti divulgativi ed informativi, delle conquiste che viene realizzando la medicina per il prolungamento nelle condizioni migliori di salute della vita umana. Vuole essere anche occasione di una disamina dei problemi sociali connessi con l'aumentato numero delle persone anziane.

E' questo uno dei fatti non solo demografici, ma sociali, di maggior rilievo della convivenza. Nella fase attuale l'accrescimento del numero delle persone an-

ziane crea tanti problemi non soltanto per i medici e per gli studiosi, ma anche per i politici.

Quante sono le persone anziane in Italia? Non abbiamo dati recentissimi, ma nel 1961 gli ultrasessantenni, che si chiamano eufemisticamente persone anziane, erano oltre sette milioni, e tutto fa pensare che oggi siano notevolmente di più. Si pensi che nel 1951, dieci anni prima del dato riferito, erano meno di 6 milioni. Il numero delle persone anziane crescerà ancora e in connessione cresceranno e si aggraveranno i problemi che le riguardano.

Il Prof. Antonini probabilmente ci dirà quanto ha già accennato nella relazione di cui prima parlavo, e cioè che l'utilizzazione delle persone anziane nel lavoro non è tanto facile come si può credere.

Scopo della Giornata è di fare il punto della situazione esaminando successivamente in tre distinti momenti il cammino recente, il punto di arrivo, gli obiettivi prossimi e quelli remoti della scienza gerontologica. Poiché il Prof. Greppi, il quale avrebbe dovuto tenere la relazione sul cammino fin qui percorso, telegrafa di essere seriamente infermo e quindi di non poter tenere questa relazione, ci informerà del contenuto della stessa, riassuntivamente, il Prof. Antonini.

Il secondo momento è costituito dalla considerazione dei riflessi dell'accresciuto peso degli anziani sulla collettività in ordine agli obiettivi di sicurezza sociale perseguiti dallo Stato e dalle istituzioni nazionali, e su questo argomento riferirà il Prof. Antonini.

Il terzo momento considererà gli aspetti terapeutici generici e specifici del ripristino e della conservazione della salute delle persone anziane. Su questo tema riferirà l'insigne Prof. Bergami della Università di Napoli.

I relatori, dopo avere esposto le loro idee, ascolteranno le osservazioni di quelli che vorranno intervenire al dibattito e alla fine concluderanno la trattazione.

Nel pomeriggio è previsto un intervento del Direttore Generale dell'INA, dott. Casali, sui rapporti tra demografia, economia e previdenza.

Alla fine, ma per qualche minuto soltanto, riprenderò io la parola per cercare — non sarà facile — di arrivare ad una sintesi di questa Giornata.

Non posso chiudere questo intervento introduttivo senza ringraziare, come considero mio gradito dovere, sia quale Presidente dell'INA, sia quale Presidente di questo incontro, a nome dell'Istituto, quanti hanno dato il loro concorso alla impostazione, all'organizzazione, allo svolgimento di questa Giornata, la cui preparazione, come si può immaginare, non è stata facile.

Un ringraziamento particolare al Sindaco di Milano che congiunge in sé le due qualità di primo cittadino e di medico, specialmente interessato a questi problemi.

Un ringraziamento a tutte le altre autorità qui presenti, e particolare alle autorità preposte alla Fiera.

Vanno ringraziate anche le due istituzioni che si sono affiancate all'Istituto nel promuovere la Giornata ed organizzarla, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria di Firenze, presieduta dal Prof. Greppi, e l'Associazione tra Industrie Chimico-Farmaceutiche che è qui rappresentata.

Il nome di queste istituzioni, associato a quello dell'INA, vuole essere garanzia dell'importanza dei temi in discussione e della rilevanza scientifica e pratica che la Giornata vuole avere.

Ma il ringraziamento va soprattutto ai tre relatori, in prima linea al Prof. Greppi, che aveva già preparato la sua relazione e purtroppo, per l'infermità che lo ha colpito, non ha potuto essere presente. Con il ringraziamento va a lui l'augurio di un pronto ristabilimento.

Grazie al Prof. Gino Bergami, del quale ho l'onore di essere stato collega a Napoli in anni lontani e per diversi anni; e grazie al Prof. Mario Antonini, come ho detto titolare della Cattedra di Gerontologia dell'Università di Firenze.

Il quadro che i relatori ci presenteranno sui problemi degli anziani nel nostro Paese non potrà non essere che il più fedele, data la loro alta competenza, e risulterà, ne sono sicuro, di straordinario interesse per tutti quelli che parteciperanno a questa Giornata.

Grazie a tutti i presenti, appartenenti a diverse categorie, ma tutti ugualmente, ne sono sicuro, desiderosi di avere, nelle poche ore nelle quali la Giornata si condensa, gli elementi che valgano ad aggiornarli in una visione d'insieme su questioni che sotto tanti aspetti ci impegnano tutti nel nostro lavoro quotidiano.

Non voglio aggiungere altre inutili parole. Mettiamoci in ascolto della trattazione di un argomento che, come ho detto, interesserà tutti, e purtroppo riguarda, ahimé!, almeno alcuni di noi anche troppo da vicino.

MORETTI (Vice Presidente dell'Assofarma)

Purtroppo, per un impedimento imprevisto del nostro Presidente, Cavaliere del Lavoro Fulvio Bracco, che anche a mezzo mio tiene a rinnovare il suo profondo rammarico per questa sua assenza forzata, è toccato al Vice Presidente il piacere di portare al convegno l'adesione calorosa dell'Associazione tra Industrie Farmaceutiche e di esprimere brevemente i sentimenti che accompagnano questa adesione.

Ci sia consentito sottolineare in primo luogo come, scegliendo a tema di questo convegno, che vede qui riuniti tanti autorevoli esponenti del mondo scientifico, di quello assicurativo e di quello imprenditoriale del farmaco, il problema della gerontologia, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha certamente fatto una felice scelta. Essa è da considerarsi felice perché viene così imposto all'attenzione della pubblica opinione un problema che per tanti e delicati aspetti può ben essere collocato sul terreno di quella sicurezza sociale che rappresenta oggi, giustamente, uno dei temi di fondo del dibattito nazionale. Complessa e calda materia, questa della sicurezza sociale, le cui esigenze si vanno sempre più imponendo in forma che potremmo definire perentoria, nel quadro del rapido evolversi della società moderna.

A giusta ragione, lo stretto collegamento del problema gerontologico con quello della sicurezza sociale viene particolarmente e specificamente considerato in una delle tre relazioni che sono state affidate in questo convegno a nomi di chiara fama del campo universitario italiano.

Il prolungamento della media della vita umana, che proprio in questi ultimi decenni ha visto il più determinante affermarsi della sua curva ascensionale, suggerisce e sollecita, non c'è dubbio, anche attraverso le indagini delle cause che hanno provocato questo significativo fenomeno del nostro tempo, alcuni interrogativi ai quali è pur necessario andare incontro per potervi dare adeguate risposte,

nel tentativo di cercare positive soluzioni alle istanze che da essi, ovviamente, affiorano.

La quota di anni 70, sulla quale è validamente oggi ancorata la vita media, con chiara prospettiva verso ulteriori miglioramenti, se costituisce un dato estremamente positivo, indica anche alla nostra attenzione la necessità di un operante e costante intervento, intervento che dovrà tendere al duplice e contemporaneo fine di spingere ancora più lontano il termine terreno della nostra esistenza, ma soprattutto di assicurare la maggior efficienza alle posizioni raggiunte ed a quelle che potranno ancora essere conquistate; perché non ci basta dare nuovi anni alla vita, occorre dare anche nuova vita agli anni.

Per il raggiungimento di questi scopi, si rende necessario impostare e valutare problemi di varia e complessa natura; quindi occorre rivolgere appelli al concorso di tutti coloro che, per i compiti che sono chiamati a svolgere nell'ambito della società nazionale, per la loro specifica preparazione e per la loro esperienza, sono tra i più qualificati ed idonei ad affrontare tali problemi.

Alla stregua di queste considerazioni, vediamo con vivo compiacimento in questa sala, accanto agli illustri docenti che alla gerontologia hanno dedicato e dedicano le cure particolari del loro ingegno, i rappresentanti dell'Ente assicurativo che immette sul binario dei più lontani traguardi fisici della nostra vita anche la prospettiva di una indispensabile tranquillità economica. Vicino ad essi sono, permetteteci di affermarlo a giusto merito, coloro che nei nostri laboratori farmaceutici, dopo avere largamente contribuito al raggiungimento dell'attuale confortante situazione, tentano giorno su giorno di trovare nuove strade e nuovi mezzi terapeutici per assicurare (mi sia consentito in questa sede di richiamarmi alla pertinente omonimia di questo vocabolo) ad essa più valide radici di sostegno e di progredita efficienza.

Con le finalità enunciate e con il concorso solidale di scienziati, assicuratori, industriali e ricercatori del farmaco, la Giornata della Gerontologia assume un suo elevato e prezioso significato anche sul piano umano, prima ancora che su quello sociale.

Nella certezza che attraverso le relazioni che verranno svolte dagli eminenti docenti, attraverso il dibattito a cui esse daranno l'avvio, i lavori di questo convegno porteranno un efficace contributo all'approfondimento del tema che ci ha riuniti e al raggiungimento di posizioni migliori per il bene della società umana, l'Assofarma desidera porgere il suo omaggio alla Presidenza ed ai partecipanti e formulare l'augurio del più vivo e valido successo a questa Giornata così opportunamente dedicata alla gerontologia.

SANTORO PASSARELLI

Per l'assenza del Prof. Greppi interverrà una necessaria modifica nel programma della Giornata.

Il Prof. Mario Antonini, che avrebbe dovuto tenere nel pomeriggio la sua relazione sul tema « Attualità della gerontologia nel quadro della sicurezza sociale », anticiperà questa relazione alla mattinata, premettendo però, come ho già detto nell'apertura, un breve accenno a quello che sarebbe stato l'argomento della relazione del Prof. Greppi su « Gerontologia: oggi e domani ».

Il primo relatore, prof. Enrico Greppi. →



← Il secondo relatore, prof Francesco Maria Antonini.

Il terzo relatore, prof. Gino Bergami. →



D'altra parte i presenti non abbiano alcun timore che la Giornata possa risultare vuota, o in parte vuota, perché la presenza di numerosi competenti in questa sala dà la certezza che il dibattito sulla relazione del Prof. Antonini, come il dibattito sulla relazione del Prof. Bergami, sarà molto nutrito.

Prego il Prof. Antonini di voler prendere la parola.

ANTONINI

Riassume la relazione del Prof. Greppi ed espone, quindi, la sua relazione. (*Vedi testo a parte*).

SANTORO PASSARELLI

Ringrazio il Prof. Antonini per la sua appassionata relazione che ha scoperto aspetti che molti non immaginavano neppure. Poiché le tre relazioni sono molto collegate tra loro, mi permetterei di suggerire una modifica dell'ordine dei lavori, invitando il Prof. Bergami a svolgere subito la sua relazione, anziché nel pomeriggio come previsto dal programma. Nel pomeriggio inizieremo la discussione unita sulle tre relazioni.

Vedo che siete d'accordo e pertanto invito il Prof. Bergami a prendere la parola.

BERGAMI

Esponde la sua relazione. (*Vedi testo a parte*).

SANTORO PASSARELLI

Abbiamo ascoltato due relazioni molto diverse fra loro, diverse non solo per il contenuto, ma diverse anche per l'impostazione, la visione dei problemi della gerontologia: della gerontologia sociale, di cui specialmente si è occupato il Prof. Antonini, della geriatria, di cui si è occupato il Prof. Bergami da quell'eminente fisiologo che egli è. Le due relazioni hanno costituito un quadro estremamente ricco e, anche per i profani, un quadro estremamente interessante.

Non dubito che nella riunione pomeridiana il dibattito arricchirà ancora di più l'importanza di questa Giornata.

L'on. Cuzzaniti, Presidente dell'O.N.P.I., chiede se in via eccezionale può prendere la parola, dovendo ripartire per Roma nelle prime ore del pomeriggio. Sono lieto di accontentarlo.

CUZZANITI (Presidente dell'O.N.P.I.)

Il Prof. Antonini ha fatto un quadro molto vivo e molto reale della situazione degli anziani e ha accennato ai rimedi con i quali poter eliminare i gravi inconvenienti che oggi si rilevano nella vita degli anziani (ospedali geriatrici - case di riposo - abitazioni).

Debbo però rilevare come egli abbia scarsamente trattato o, meglio, solamente accennato ad un problema la cui attuazione, secondo me, rappresenta, nella

stragrande maggioranza dei casi, la soluzione di innumerevoli problemi riguardanti la vita degli anziani.

L'Assistenza domiciliare, che è stata il motivo predominante della « VI Giornata dell'Anziano », tenutasi nel maggio del 1964, e che verrà ripetuto anche come argomento principale nella « VII Giornata dell'Anziano », che si terrà domenica 16 maggio in tutta Italia, è, non dico « l'uovo di Colombo », ma certamente una non difficile soluzione per i problemi che tanto ci appassionano.

Il Prof. Antonini, accennando ad una sua visita nei Paesi del Nord-Europa e, particolarmente, in Inghilterra, ha messo in evidenza come negli ospedali sia relativamente piccolo il numero dei degenti anziani.

Anch'io, che ho avuto la possibilità di visitare numerose volte, per ragioni di studio, organizzazioni straniere, ho potuto rilevare questo importante aspetto e rendermi conto come attraverso l'assistenza domiciliare si possa essere arrivati ad un tale successo.

In Italia, purtroppo, le corsie degli ospedali sono piene di lungo-degenti anziani divenuti cronici ed i numerosissimi medici qui presenti potrebbero dirci l'alta percentuale dei posti-letto negli ospedali occupati dagli anziani.

Tutto questo invece verrebbe evitato se anche nel nostro Paese si realizzassero le sezioni geriatriche negli ospedali per i lungo-degenti e l'assistenza domiciliare per gli anziani: e per assistenza domiciliare intendo quella sociale, medica e infermieristica.

Nei Paesi del Nord-Europa, in Svezia e in Norvegia, l'assistenza sociale domiciliare per gli anziani è sviluppata al massimo: attraverso appositi uffici i Comuni concedono varie forme di assistenza agli anziani, da somme in denaro per il pagamento dell'affitto, luce elettrica, riscaldamento, ecc. all'invio di personale domestico per effettuare lavori casalinghi (1-2-3 ore al giorno), alla collaborazione delle assistenti sociali per la risoluzione di pratiche o di quanto possa interessare gli anziani, siano essi sani o allettati.

Le organizzazioni volontarie provvedono inoltre all'invio a domicilio del vitto, dietro corresponsione di somme modestissime, a tenere compagnia agli anziani allettati e ad altre forme di assistenza.

In Inghilterra poi è sviluppata in maniera veramente armonica e organica l'assistenza medico-infermieristica a domicilio. Negli ospedali si è ricoverati solamente per il periodo acuto della malattia, per subire interventi chirurgici, mentre il periodo della convalescenza e della lungo-degenza viene effettuato a casa e questo anche per gli anziani soli, che non godono dell'assistenza familiare.

Gli ospedali hanno particolari *équipes* di medici, infermieri e assistenti sociali che seguono il malato, e in questo caso particolarmente gli anziani, prima e dopo il ricovero in ospedale, prima e dopo una eventuale malattia, per cui la maggioranza degli ammalati rimangono in ospedale il minimo indispensabile e ritornano poi alle loro case e, quindi, alle loro abitudini, curati sempre in ottima maniera.

Anche i Comuni hanno uguali *équipes* di medici, infermieri e assistenti sociali per le cure normali degli anziani che vivono soli e questo sistema contribuisce enormemente a risolvere tanti problemi.

Seguendo quanto fatto in Svezia e Norvegia per l'assistenza sociale agli anziani e in Inghilterra per l'assistenza a domicilio degli stessi, ritengo che, in Italia, una buona organizzazione medico-infermieristica-sociale a domicilio, per gli

anziani, risolverebbe moltissimi problemi, primi fra tutti quello dei posti-letto occupati dai cronici negli ospedali cittadini, il problema dei ricoveri e delle case di riposo e permetterebbe agli anziani, in una atmosfera di maggiore amore e comprensione, di rimanere, anche se soli e allettati, nelle loro case, in quelle case ove spesso hanno trascorso tutta una vita e che, attraverso i ricordi della stessa, gli anziani vivono e rivivono anche se talvolta abbandonati dai parenti.

SANTORO PASSARELLI

Prima di chiudere la seduta di questa mattina permettete che io rinnovi il ringraziamento più sentito e più cordiale ai due eminenti relatori che, così variamente ma in maniera così perspicua, hanno voluto esporci una materia tanto connessa agli istituti assicurativi. Agli assicuratori vorrei raccomandare di non perdere di vista quel che ha detto il Prof. Antonini. Gli assicuratori sulla vita, in particolare, non possono considerare esaurito il loro compito con la prestazione del capitale o della rendita al momento previsto dal contratto, ma occorre che considerino più impegnativi i loro obblighi. Non è facile realizzare quest'opera di assistenza sociale: è certo però che l'assicurazione libera, come in qualche Paese già avviene, deve considerare anche l'opportunità di assistere, e talvolta di curare, il proprio assicurato.



Il dott. Vincenzo Zucconi (Società di Gerontologia e Geriatria).



La dott.
Miriam Mariotti
(Istituto di Gerontologia Univ. Firenze).



Il dott. Salvatore Ingegneros (Soc. Montecatini).



Il dott.
Carlo Fumagalli
(Istituto di Gerontologia Univ. Firenze).

23 aprile 1965

Seduta pomeridiana

SANTORO PASSARELLI

Riprendiamo i lavori. Il Ministro del Lavoro On. Delle Fave telegrafa dicendo che era suo proposito intervenire a questa Giornata della Gerontologia, ma che poi all'ultimo momento, purtroppo, ne è stato impedito. Egli augura « la migliore riuscita dei lavori a testimonianza prezioso contributo I.N.A. a sempre maggiore diffusione studi sociali e previdenziali ».

Un'altra adesione che merita di essere menzionata è quella del Senatore Artom, Presidente dell'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici. Il Senatore Artom, impedito anch'egli di partecipare a questa Giornata, augura il migliore successo ai nostri lavori.

Apriamo ora il dibattito sulle relazioni e prego il Dott. Zucconi di prendere la parola.

ZUCCONI

Espone la sua comunicazione. (*Vedi testo a parte*).

SANTORO PASSARELLI

La parola al Dott. Ingegneros della Montecatini, medico e studioso di gerontologia.

INGEGNIEROS (Soc. Montecatini)

Io forse ripeterò alcune cose che sono state dette da chi mi ha preceduto, ma noi le ripetiamo da quindici anni queste cose. Quindi più si ripetono, meglio è.

Il problema dell'assistenza dell'anziano, in questo momento, è un problema, direi, quasi classista, perché soltanto un'élite riesce a trascorrere un'esistenza confortevole alle proprie inabilità, e ciò in famiglia, in comunità, in un soggiorno climatico. Tutto il resto è nei ricoveri, nella loro stanza, nella loro solitudine.

Gli istituti di ricovero di Milano, per esempio, sono stati istituti piloti, perché sono all'avanguardia, e le altre organizzazioni similari sono venute sempre a Milano, e in qualche altra città, per vedere cosa si faceva, come noi siamo andati in tutto il mondo per vedere cosa facevano gli altri. Tuttavia, il ricoverato non abbiente attende ivi l'ultimo giorno e non vi è speranza di un suo reinserimento

nella società dopo una riabilitazione adeguata. Il Prof. Antonini ci ha parlato di riattivazione, ma io continuerei a usare il termine « riabilitazione » che comprende la riattivazione, non per altro, perché « rehabilitation » è il termine universalmente usato. Sono, comunque, solo questioni di linguaggio su cui è bene non soffermarsi ora.

A Milano, città-pilota nei suoi istituti, l'inquadramento dei medici, gli unici qualificati per un'assistenza geriatrica negli istituti, è un inquadramento particolare. Avventizi, così vengono assunti i medici. Negli istituti della ECA di Milano i medici sono classificati come avventizi. E' un esempio edificante per un comune che si pregia di aver elargito nel 1964 sovvenzioni per più di due miliardi.

L'assistenza riabilitativa non è ottenibile nell'attuale sistema previdenziale, e non lo sarà per moltissimi anni, non ci facciamo illusioni, giacché il patrimonio previdenziale venne depauperato dagli eventi bellici, dalla svalutazione della moneta dalla spesa di un capitale ancora non guadagnato. Mi sovviene, a questo proposito, uno studio fatto in Francia sull'influenza che hanno le vendite a rate sull'assistenza dei vecchi: i figli comprano la prossima esistenza a rate, essi si preoccupano di altre cose, non dei loro genitori. Per anni hanno delle rate da pagare, figuriamoci se possono pagare un'infermiera per il padre che cade o per un emiplegico che ha bisogno di riattivazione.

Le società assicuratrici, e qui entro nell'argomento che proprio oggi ci interessa, sono state quelle che ci hanno dato il primo ordinario di gerontologia, e questo, bisogna dirlo, va a loro merito perché il Ministero della Pubblica Istruzione non ha fatto nulla a questo proposito. Tutti gli altri incaricati sono venuti fuori da uno sforzo dei giovani, ora non più giovani, che dovevano essere sistemati.

Le società assicuratrici avranno un ruolo importante nel progresso futuro dell'assistenza gerontologica; a loro spetta convincere i giovani che il *surplus* alla minima assistenza previdenziale pubblica obbligatoria deriverà dall'opera previdenziale volontaria a completo loro carico. Non c'è altra speranza. Bisogna dare ai giovani coscienza, e sarà compito delle società assicuratrici fornire l'assistenza più appetibile con i premi più modesti, sottoscritti più precocemente possibile.

All'assicurato non interessa la somma, anche cospicua, in un futuro lontanissimo, ma il complesso di quelle garanzie e di quei servizi che riassumono la sicurezza sociale ai diversi livelli: la casa, il luogo di residenza, l'alimentazione, il vestiario, le cure medico-chirurgiche e riattative o riabilitative e il tempo libero. Sono queste le garanzie che possono rendere la vecchiaia serena.

Questo è un punto base, non solo delle assicurazioni libere, ma anche della previdenza sociale. Le assicurazioni dovranno indirizzare i loro investimenti in questo senso, dovranno impiegare i loro capitali non più come faceva l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale che investiva i suoi capitali in appartamenti lussuosi al centro di Roma.

Dal punto di vista contabile, amministrativo, questi sono dei buoni investimenti, ma la previdenza sociale ha altri scopi, e anche le società assicuratrici devono cominciare ad investire in strutture residenziali di tipo gerontologico. E queste strutture sono le più varie, vanno studiate, cercate, vanno portate al livello dei tempi. Sono strutture che devono essere comunali, provinciali, regionali, devono essere affiancate da cliniche, ospedali specializzati nell'assistenza geriatrica, nella riabilitazione.

C'è poi un altro investimento che sarà fortemente remunerativo per un capitale che piove nelle casse — e abbiamo visto, nel bellissimo libretto che ci hanno distribuito oggi, i miliardi che vengono dai premi dell'assicurazione sulla vita — questi miliardi devono essere investiti proprio per la vita, per coloro che avranno la vita. Questo investimento riguarda le strutture alberghiere industrializzate nel Mezzogiorno e nelle isole, perché le strutture residenziali comunali e regionali coprono il fabbisogno del Comune, della Regione e della Provincia, ma l'Italia ha nell'Europa futura un ruolo particolare, in quanto ha un suo clima; noi non possiamo pensare ad una Pianura Padana dove portare i vecchi del Nord Europa durante l'inverno. E' un controsenso, noi li porteremo in Sicilia e nel Mezzogiorno, dove gli studi climatologici suggeriranno la sede più opportuna, sempre vicino a grandi città, perché il vecchio non va messo nel penitenziario, non va messo isolato, dev'essere riattato, reinserito in un interesse culturale che noi possiamo esprimere, perché abbiamo delle formazioni culturali remote; delle formazioni culturali interessanti che portano 600 e più miliardi all'anno di valuta pregiata attraverso il turismo.

I turisti non vengono soltanto per il clima d'estate, ma anche perché c'è questa attrazione culturale. In Sicilia, nella prossima stagione invernale, è stata organizzata, utilizzando alberghi di lusso e di prima categoria di Palermo, una campagna propagandistica per attirare alcuni dei due milioni e duecentomila vecchi nordici — sono cifre che derivano dalle rilevazioni dell'ONU — che si trovano a vivere da soli e che potrebbero trarre beneficio dal clima mite della Conca d'Oro. Il Mezzogiorno italiano diverrà in futuro per l'Europa ciò che la Florida è per gli Stati Uniti d'America.

Dal 1940 al 1960 l'incremento degli abitanti della Florida è stato del 161%, portando il numero degli abitanti da 2 milioni a 5 milioni circa, abitanti stabili; poi c'è tutto il turismo che deve essere aggiunto. E questo rispetto a un incremento, per gli interi Stati Uniti, del 36%.

La ricerca scientifica ha portato tali contributi che gli strumenti per una moderna assistenza agli anziani possono essere considerati pronti. E questo ce l'ha detto il Prof. Antonini e lo ripeteranno tutti. Ci sono già i professori, ma sono pochi e sono soli: questa è una cosa veramente importante. I docenti universitari, non solo i medici, ma di tutte le altre discipline, così come si fa a Firenze, perché Firenze è la città culla della gerontologia italiana (*Prof. Antonini*: dove non abbiamo un ospedale geriatrico!!). Ad Antonini dico che questa è una questione contabile, i medici non possono far niente contro gli amministrativi. Quando c'è un istituto di ricovero, il medico è sottoposto, va a firmare, ha l'orologio all'entrata, è calcolato un avventizio. Questo è importante: chi comanda è l'amministrativo, perché è questa la struttura della nostra società attuale.

Come dicevo, i docenti universitari dovranno infine interessarsi organicamente dell'insegnamento della gerontologia, perché ce ne vuole di gente, ce ne vuole una folla e la sua azione, se nell'aspetto sanitario assume l'importante ruolo di una super-specializzazione, nell'ambito sociale solleva l'assistenza ad onoranza ai superstiti, perché quando noi parliamo dei soggetti anziani — ricordiamocelo — trattiamo sempre di superstiti. Infatti, tutti coloro che sono in vita dopo i 60 anni sono superstiti: hanno superato il periodo più tragico della loro esistenza e sono superstiti perché la società — come diceva Antonini — ha permesso che loro lo fossero.

E' attraverso una particolare educazione generale e specialistica che il futuro della gerontologia potrà essere diverso. In un periodo di programmazione, il pianificare gli ultimi decenni della vita non è certamente un argomento trascurabile. Pianificare la formazione di una coscienza gerontologica individuale di gruppo, di tipo industriale è un compito che sarà facilitato dalla scuola, dalla radio e dalla televisione laddove ci sono intere giornate di silenzio. Questo silenzio è ingiustificato in una società ancora carente di informazione culturale e solo oppressa da canzonieri di tutte le specie.

Vorrei aggiungere qualche cosa, brevemente, perché mi sono soffermato su quello che ha detto il Prof. Antonini, ma abbiamo avuto la relazione del Prof. Bergami che, mio vecchio maestro di scuola, maestro è stato anche nel campo gerontologico. Io sono d'accordo con lui in tutto e vorrei riaffermare alcuni principi — di queste cose bisognerà riparlare — a proposito della longevità che è verosimilmente di natura genetica, ma ci sono alcuni aspetti che non si sa quanto siano genetici. L'apparato che, nella prima cellula dell'individuo, è deputato alla programmazione dello sviluppo dell'individuo, attraverso la mirabile disposizione degli acidi nucleici, ha già determinato la durata della vita del soggetto.

La gerontologia protegge dagli incidenti e forse potrà determinare in sede prenatale delle mutazioni da cui deriveranno esseri più o meno longevi, più o meno mostruosi, ma fin da quando l'uomo è una sola cellula, la durata della sua vita è, secondo me, stabilita.

All'industria farmaceutica vanno le speranze dei gerontologi che sanno come le malattie possano essere curate e superate in tutte le età con l'ausilio della medicazione più adatta, e qui i geriatri ce la indicano, ma il Prof. Bergami sa, dato che dell'alimentazione si è particolarmente interessato, quanto è importante l'alimento quale medicamento, sia per la sua carenza come per il suo sovraccarico. Siamo in un'epoca in cui l'alimentazione viene controllata, siamo nell'epoca dei surgelati. Io chiederei al Prof. Bergami di dirci qualche cosa di più in questo senso data la sua grande esperienza di studio in questo campo tanto importante.

SANTORO PASSARELLI

Ritengo che il Prof. Bergami aderirà a questa proposta, ma egli non interverrà immediatamente perchè preferisce ascoltare gli altri partecipanti al dibattito. Voglio dire ai medici, a nome dei non medici, che essi ci stanno insegnando molte cose, ma che ci stanno dando anche tante amarezze! La parola alla Dott.ssa Mariotti.

MARIOTTI

Espone la sua comunicazione. (*Vedi testo a parte*).

SANTORO PASSARELLI

Prego ora il Dott. Fumagalli di prendere la parola.

FUMAGALLI

Espone la sua comunicazione. (*Vedi testo a parte*).

SANTORO PASSARELLI

La parola al Dott. Sdraffa.

SDRAFFA

Esponde la sua comunicazione. (*Vedi testo a parte*).

SANTORO PASSARELLI

Invito il Dott. Vitarelli a prendere la parola.

VITARELLI (Ministero dell'Interno)

Chiarissimo Presidente, la vastità e l'importanza del problema che oggi si dibatte, e le prospettive non meno vaste ed importanti che esso apre in vista anche di un moderno sistema di sicurezza sociale, potrebbero non rendere superfluo un esame, sia pure sommario, delle disposizioni di legge che regolano la materia, perché finora si è parlato in prevalenza di questioni teoriche (*Santoro Passarelli*: e anche di pratica, non si è parlato solo di leggi), con pochi riferimenti alle disposizioni di legge vigenti in materia. Ora sembrerebbe opportuno partire dalle attuali disposizioni di legge per esaminare quali possibilità abbia la gerontologia di influire praticamente e sostanzialmente in quello che è il sistema di sicurezza sociale. Sistema di sicurezza sociale, la cui concezione è molto dibattuta in dottrina e che, secondo alcuni, si fa coincidere prevalentemente con un adeguato sistema pensionistico. Non spetta a me elencare lo sforzo notevolissimo del Governo che, nel giro di pochi anni, ha assicurato la pensione a numerose categorie che, sino a pochi decenni fa, ne erano sprovviste: mi riferisco ai coltivatori diretti, ai mezzadri, ai coloni, agli artigiani, ai pescatori, ecc. Oggi si parla perfino della pensione alle casalinghe e della pensione ai professionisti...

Mi soffermerò invece brevemente sul particolare settore dell'assistenza pubblica, tralasciando le questioni che non sono di competenza del Ministero dell'Interno. L'esame dell'aspetto previdenziale del problema spetta infatti al Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale. Per gli ospedali, com'è noto, il Consiglio di Stato ha riconosciuto da tempo la competenza esclusiva del Ministero della Sanità. Lo stesso può dirsi per quanto concerne l'insegnamento universitario al quale provvede il Ministero della Pubblica Istruzione.

In materia di assistenza pubblica non esistono leggi particolari, cioè che riguardino in modo specifico e sul piano settoriale l'assistenza alla persona anziana.

Esiste, invece, una legislazione organica (legge 17-7-1890, n. 6972, e le successive modificazioni) che riguarda il complesso delle iniziative assistenziali e quindi il funzionamento di tutte le istituzioni pubbliche d'assistenza che hanno, però, autonomia giuridica, essendo dotate di personalità giuridica pubblica. E' quindi una legge che indirettamente si riferisce alle persone anziane, per la parte cioè che riguarda gli istituti che ricoverano i vecchi bisognosi.

I soggetti in età senile costituiscono, invero, una parte della più ampia categoria degli inabili al lavoro, categoria che, agli effetti assistenziali, è considerata dalla norma programmatica del 1° comma dell'art. 38 della Costituzione,



La sig. Nella Berto (Soc. Virga Florens).

Il dott. Luciano Sdraffa
(Istituto di Gerontologia Univ. Firenze).



Il Vice Prefetto dott. Angelo Vitarelli.



Il prof. Marcello Perez, Capo Servizio O.N.P.I.

laddove si dice: « Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale ».

Quindi né il legislatore ordinario, e neppure la Costituzione, si riferiscono direttamente al vecchio in materia assistenziale; se ne parla sotto l'aspetto previdenziale nello stesso art. 38 della Costituzione, ma non in materia assistenziale.

Altra norma che riguarda indirettamente le persone anziane è quella dello art. 91 della legge comunale e provinciale, che fra le spese obbligatorie del Comune pone quella del mantenimento degli inabili al lavoro, e quindi, secondo una interpretazione ormai consolidata, anche delle persone anziane sprovviste di mezzi di vita.

Bisogna tener presente un'altra disposizione saliente che è quella dettata dall'art. 154 della legge di pubblica sicurezza.

Ulteriore attività assistenziale è svolta dal Ministero dell'Interno per gli inabili, e quindi per i vecchi, sulla base degli stanziamenti del bilancio.

Il Ministero dell'Interno ha a disposizione dei fondi di bilancio per il pagamento delle rette di ricovero dei predetti in appositi istituti. Esso corrisponde le rette indipendentemente dal sistema previdenziale vigente. Di recente soltanto, una norma a proposito dei profughi fa espresso richiamo ai vecchi, dando la facoltà ai profughi dei Paesi africani, che abbiano raggiunto i 65 anni, di scegliere tra il sussidio giornaliero di lire 500 ed il ricovero a spese dello Stato in un idoneo Istituto.

L'attività degli Istituti di ricovero è seguita, stimolata e sostenuta dagli organi centrali e periferici del Ministero dell'Interno, e ciò sia con l'esercizio di un potere di vigilanza e di coordinamento, sia con l'erogazione di contributi straordinari, talvolta anche di notevole entità, a parziale ripiano di gestioni finanziarie deficitarie, oppure per l'ampliamento e l'ammodernamento delle attrezzature.

Nel quadro delle accennate funzioni di coordinamento e di alta vigilanza svolte dal Ministero dell'Interno nei riguardi delle strutture assistenziali, è stata recentemente diramata agli organi periferici una circolare avente per oggetto la assistenza agli anziani, ai fini di un ammodernamento di strutture ed un perfezionamento di metodi che siano intonati al contenuto di socialità conferito alla attività assistenziale dal cennato art. 38 della Costituzione. E' la prima volta che il Ministero si è posto come particolare oggetto dell'azione amministrativa l'assistenza alle persone anziane. Si è cercato, altresì, nei limiti delle possibilità burocratiche, pur tenendo conto dei risultati già raggiunti dalla gerontologia e dalla geriatria, di adeguare le nuove direttive a quelli che erano i più consolidati criteri in materia, perché abbiamo visto anche oggi come tali criteri siano talvolta discordanti. Si è voluto insistere, ad esempio, anche sull'assistenza domiciliare, pur se da qualche parte vengono manifestate perplessità al riguardo. (*Santoro Passarelli*: Pare che questo sia proprio l'appoggio della scuola del Prof. Antonini). Però, nell'assistenza domiciliare, il Ministero ha apportato un'innovazione in questo senso: ha suggerito l'opportunità agli ECA di intervenire mediante gli assistenti sociali e non di limitarsi ad un'assistenza puramente materiale.

Ecco un settore in cui la gerontologia potrebbe darci utili insegnamenti ed anche personale specializzato.

Nella stessa circolare sono stati altresì messi in rilievo la necessità di speciale assistenza alle coppie di coniugi, di ammodernamento delle strutture e del-

l'ambiente, del coordinamento e della integrazione delle varie iniziative in relazione all'art. 61, lett. c) della legge del 1890, ecc.

Altra innovazione, quella di cambiare la denominazione degli Enti, è stata suggerita perché la legge del 1890 lo consente. Non più « ospizio », « ricovero », « cronicario », ma « casa di riposo », « pensionato », ecc.

(*Santoro Passarelli*: Sì, è una cosa . . . , ma il problema è di sostanza).

Sì, volevo appunto soffermarmi sulle leggi e sulla conseguente azione amministrativa per dire che noi possiamo muoverci nell'ambito delle leggi; la pubblica amministrazione non può che attenersi alle leggi esistenti.

(*Santoro Passarelli*: Da questo convegno dovrebbe venire una spinta alla rinnovazione delle leggi).

Sì, ed è con questo che io volevo concludere. L'attuale dibattito ha dimostrato che si può andare avanti: da una parte, i risultati raggiunti dalla scienza gerontologica e geriatria, sia per quanto riguarda la senescenza che per quanto riguarda la senilità, e dall'altra, il progresso sociale avviato verso una moderna forma di sicurezza sociale, fanno già ravvisare la necessità di un ammodernamento della disciplina legislativa in materia, previa una organica e globale impostazione del problema. Problema, questo, importantissimo e di vastissime proporzioni, che investe difficili questioni di ordine teorico e pratico, fra cui quella delicatissima, per quel che concerne il particolare settore dell'assistenza pubblica, dei rapporti e del coordinamento fra assistenza pubblica ed assistenza privata. Assistenza privata che, vorrei ricordarlo a me stesso, è libera ai sensi dell'ultimo capoverso dell'art. 38 della Costituzione. Nella prima parte di questo articolo si parla di sicurezza sociale, ma nell'ultimo capoverso si dice: l'assistenza privata è libera.

La vastità e l'importanza del problema oggi discusso, oltre che dal suo essenziale valore spirituale e sociale, oltre che dalle molteplici branche della medicina, da cui attinge i mezzi ed i metodi d'indagine, oltre che dal numero sempre più rilevante delle persone anziane, emerge altresì dalla considerazione che ad esso sono interessati, per quanto concerne i pubblici poteri, com'è stato dianzi detto, varie Amministrazioni, fra cui non ultima quella del Tesoro.

L'augurio più fervido che vorrei rivolgere, a conclusione del mio dire, è che le cennate innovazioni legislative vengano iniziate in un prossimo avvenire, sia pure con graduale progressione, nella prospettiva del perseguimento di mete etico-sociali sempre più elevate.

Sia di guida in quest'opera così difficile ma così nobile la rappresentazione dell'età senile dataci con mirabile similitudine da Dante Alighieri, a proposito del « Cato Maior de Senectute » di Cicerone:

« . . . come lo buono marinaio, come esso appropinqua al porto, cala le sue vele, e soavemente, con debile conducimento, entra in quello; così noi dovemo calare le vele de le nostre mondane operazioni e tornar a Dio con tutto nostro intendimento e cuore, sì che a quello porto si venga con tutta soavitate e con tutta pace ».

SANTORO PASSARELLI

Questa reminiscenza dantesca, Dott. Vitarelli, ci solleva un po' dal pessimismo imperante. La parola, ora, al Prof. Perez.

PEREZ (Opera Naz. Pensionati d'Italia)

Prendo la parola perché sono stato chiamato in causa dal Prof. Antonini e lo faccio volentieri non per aiutarlo, come egli ha detto, perché non ha bisogno di essere aiutato da me: siete invece voi che ci dovete aiutare, perché da anni si insiste sulla soluzione di questi problemi e purtroppo tutto rimane rinchiuso tra una *élite* di persone che discutono, che studiano, che propongono, ma le parole dette non riescono mai a superare questa ristretta cerchia.

Il pubblico non è sensibilizzato, gli uomini politici che devono interpretare la pubblica opinione non se ne occupano. E così siamo oggi allo stesso punto di ieri e, come diceva Antonini, fra dieci anni ci ritroveremo ancora così. Spero tuttavia che ciò non avvenga.

Il problema degli anziani è grave, ma in Italia non ci si è resi conto della sua portata ed esso scoppierà all'improvviso da un momento all'altro e si correrà ai ripari in modo affrettato, quando invece si potrebbe preventivare ogni cosa e realizzare gli interventi e le strutture adeguate con ponderazione fin da oggi.

Le dimensioni del problema stanno in queste cifre: in Italia il 10% della popolazione ha superato i 65 anni, in Francia tale gruppo di età ha già raggiunto il 13% della popolazione totale. Le previsioni per l'Italia sono per gli anni venturi un progressivo aumento della quota di soggetti ultrasessantacinquenni.

A tale fenomeno se ne associa un altro rappresentato dalla trasformazione in corso della nostra economia da agricola in industriale con conseguente urbanizzazione. In uno studio eseguito in Francia (cito la Francia perché è così vicina a noi per motivi economici e geografici) la Commissione di Programmazione Economica ha prospettato che nel 1985 i 3/4 dei francesi abiteranno nelle città. Tutto ciò significa che le conseguenze di questa emigrazione interna saranno incalcolabili e, da vari punti di vista, disastrose.

Tutte le categorie di cittadini parteciperanno a questo fenomeno, ma per i vecchi la società dovrà affrontare e risolvere i vari problemi che riguardano questa categoria di cittadini.

Oggi i tempi sono cambiati: al principio di questo secolo il vecchio era a carico dei figli; successivamente questi non sono stati più in grado di provvedere ai vecchi genitori ed allora questi hanno fatto assegnamento sui loro risparmi; ma l'avvento della prima guerra mondiale ha polverizzato le economie fatte e da tale epoca, cioè dalla fine della prima guerra mondiale, il vecchio ha chiesto e ha preteso come un diritto di essere assistito dalla società, e la società ha riconosciuto questo suo dovere: le carte costituzionali di tutti i Paesi progrediti riconoscono oggi questo diritto del vecchio ad essere tutelato. A questo punto bisogna riconoscere che le varie forme di tutela, che qui elencherò, trovano in Italia scarsa applicazione.

Tali forme sono soprattutto: una pensione tale da consentire di vivere in modo autosufficiente, tenendo presente, come vari studi hanno dimostrato — ad esempio quello di Lord Beveridge — che i bisogni del vecchio sono il 95% di quelli di un adulto. Le seconda forma di tutela riguarda l'alloggio: facciamo benissimo a costruire case di riposo, ed ancora ce ne vogliono, ma non possiamo pensare di accogliere tutti i vecchi in ambiente comunitario, in primo luogo perché la casa di riposo è onerosa come costruzione, impianti e spese di gestione, secondariamente perché l'ambiente comunitario non è generalmente bene accetto

alle persone anziane. E' necessario perciò fare una politica degli alloggi. Questa politica in Italia non è ancora sentita, forse perché il vecchio in molti casi vive ancora con i figli: ma fatalmente, col progredire dell'industrializzazione e delle nuove forme di vita, ciò non sarà più possibile. Bisogna pertanto fin d'ora provvedere, come hanno provveduto tutti gli altri Stati progrediti, ad approntare alloggi indipendenti per tale gruppo di cittadini, vuoi che siano i vecchi alloggi rimodernati, riadattati e resi abitabili, vuoi che siano delle nuove costruzioni edificate nel piano dell'edilizia popolare.

In Italia, non esiste alcun articolo di legge che proibisca alla GESCAL di costruire alloggi per anziani, ma di fatto nell'assegnazione di appartamenti si dà la precedenza alle famiglie numerose.

La sistemazione in alloggi indipendenti necessita l'istituzione di alcuni servizi: di questi uno è veramente importante e l'ho constatato io come Antonini. Si tratta dell'aiuto domestico, ossia dell'aiuto a domicilio di una persona che svolga le mansioni di una persona di servizio. In media è sufficiente tale aiuto per la durata di un'ora al giorno. Tale servizio di aiuto domestico permette perfino di fare una profilassi del ricovero ospedaliero. Parlando con il Prof. Loeffler, che dirige questo servizio a Zurigo, egli mi diceva di avere su 1500 assistiti una media di 80 ricoveri ospedalieri in meno all'anno. E la riprova dell'utilità di tale servizio, come profilassi del ricovero in ospedale, si ebbe in Belgio quando qualche anno fa vi fu uno sciopero generale a cui partecipò anche il personale di aiuto domestico. In tale occasione gli ospedali si riempirono di vecchi che, di punto in bianco, venendo a trovarsi privi di tale aiuto, si trovarono nella necessità di chiedere il ricovero.

Molte altre cose vorrei aggiungere, ma mi attengo alla raccomandazione del Presidente di essere breve e concludo sottolineando che il problema sociale ed il problema sanitario nei confronti dei soggetti anziani sono un problema unico. Vanno sì studiati separatamente, ma i provvedimenti da prendere devono essere coordinati e globali, perché le interferenze fra organizzazione sociale, servizio sociale ed assistenza sanitaria sono multiple. E ciò che noi dobbiamo lamentare è che ancora oggi in Italia il vecchio sia considerato un cittadino di serie B e che manchi da noi, mentre esiste in tutti gli altri Paesi moderni e civili, una politica della vecchiaia.

SANTORO PASSARELLI

Prego la Dott.ssa Berto di prendere la parola.

BERTO (Soc. Virga Florens)

Innanzitutto esprimo un particolare ringraziamento all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni che, sensibile al problema dell'assistenza agli anziani, ha concesso all'Ente che qui rappresento un mutuo con il quale si è potuto realizzare un primo lotto di lavori comprendente quattro case di riposo per anziani.

Sono d'accordo con il Prof. Antonini — in linea di massima — e mi permetto fare alcune osservazioni.

L'iniziativa privata in Italia ha una vita difficile — io rappresento proprio una istituzione privata, ossia non inquadrata nella legge del 1890 — e senza esi-

tazione si può affermare che l'art. 38 della Costituzione della Repubblica Italiana non ha una sua efficacia.

Infatti l'assistenza privata è libera di operare, ma manca di ogni riconoscimento giuridico e morale e come tale viene ad essere privata di ogni aiuto di vita.

Nell'esperienza di quasi dieci anni in questa attività posso affermare di avere incontrato tutte le difficoltà possibili, giuridiche, finanziarie, economiche, pur svolgendo una attività sociale non lucrosa.

Gli enti privati non hanno altra alternativa che inserirsi nella legge del 1890 e quindi camminare con la lentezza che la burocrazia impone ovvero accettare il ruolo di iniziativa privata e affrontare mille e mille difficoltà senza nessun appoggio.

La Svezia ci offre esperienze ed esempi validissimi anche per noi: il Governo svedese collabora con i municipi e con le società private costruttrici senza profitto.

L'ente che qui rappresento è propriamente una società costruttrice senza profitto ed operante nell'assistenza agli anziani sul tipo di quelle svedesi.

Ma la nostra legislazione non contempla queste forme di collaborazione e di finanziamento che faciliterebbero assai la soluzione di urgenti programmi sociali e assistenziali.

L'iniziativa privata in tal campo è un po' come la figlia illegittima della nazione. E volere operare nel campo dell'assistenza in queste condizioni è una vita dura, piena di sacrifici e spesso di incomprensioni.

Sul piano dell'impostazione e dell'organizzazione delle case di riposo mi permetto fare presente che la casa-albergo strettamente concepita come tale ha molti aspetti negativi.

L'ideale sarebbe, secondo la mia esperienza, realizzare per l'anziano la massima autonomia nella comunità, cioè dargli la stanza con tutti quei conforti anche minimi ma sufficienti ad assicurare l'indipendenza dai servizi comuni (stanza con stanzino dei servizi, telefono, corrente industriale, impianto autonomo di acqua calda ecc.) e farlo usufruire di tutti i servizi generali che l'ente mette a disposizione (sala da pranzo, salottino, servizi culturali e ricreativi, ecc.).

In tal modo l'anziano potrà, quando lo vorrà, scegliere tra i benefici della comunità e l'indipendenza della sua stanzetta, indipendenza che gli consente di continuare a vivere la sua vita come prima.

L'anziano desidera anche la sua indipendenza economica, poter bastare a sé stesso senza dover dipendere dai figli o dai parenti.

E' duro, molto duro all'anziano il dover uscire di casa sua, cambiare vita e dover ricorrere all'aiuto dei figli o dei parenti. In questi casi abbiamo sperimentato che l'anziano gradisce molto l'intervento del nostro ufficio per la soluzione del gravoso problema economico.

L'anziano desidera sentirsi tranquillo di fronte al problema della sua assistenza medico-farmaceutico-infermieristica. La malattia costituisce per l'anziano una grossa preoccupazione.

Ci sono delle leggi protettive dell'anziano, ma talora nella prassi vengono interpretate a danno dell'anziano.

A tale proposito voglio ricordare la grave situazione venutasi a creare tra gli Istituti per anziani e l'INAM circa l'applicazione della legge n. 692 del 4-8-55.

La questione è in questi termini: l'INAM, tenuta per precise disposizioni di legge a prestare la completa assistenza sanitaria e farmaceutica ai pensionati

Parla il
dott. Carlo Casali,
Direttore generale
dell'I.N.A.



Il dott. Alberto Di Lillo,
Dirigente sanitario dell'I.N.A.,
legge la sua comunicazione.



Corporate Heritage
& Historical Archive

di invalidità e vecchiaia, si rifiuta di prestare tale assistenza quando i pensionati vengano ospitati in Istituti per anziani ed offre, in sostituzione di tale assistenza, una convenzione in base alla quale si obbliga a versare agli Istituti ospitanti una quota annua forfettaria per ciascun pensionato ospitato.

Al rifiuto ed alle obiezioni degli Istituti, l'INAM oppone giustificazioni che non possono ritenersi valide né sul piano del diritto, né su quello della giustizia.

E' da tener presente che la quota forfettaria annua pro-capite offerta dall'INAM agli Istituti va da L. 2.000 a L. 7.000, esclusa Padova dove si sono raggiunte condizioni migliori. A Padova l'Istituto « Opera Immacolata Concezione » ha avuto il coraggio ed il merito di affrontare il problema nei confronti dell'INAM ottenendo il pieno accoglimento delle sue richieste. All'azione dell'Istituto di Padova, altre ne sono seguite pure con conclusioni positive.

E' evidente pertanto il buon diritto degli Istituti nel difendere gli interessi dei pensionati loro ospiti ai quali deve essere erogata dall'INAM la completa assistenza con le stesse modalità e norme per l'assistenza a tutti gli altri pensionati. Il trattamento diverso tra anziani in famiglia e anziani in Istituto è una discriminazione ingiusta.

Discriminazione ingiusta perché si toglie un diritto personale acquisito per legge e perché si mettono delle restrizioni proprio quando il pensionato si trova in condizioni di avere maggiormente bisogno dell'assistenza sanitaria e farmaceutica.

C'è ancora sospeso il problema dei medici dell'INAM che operano negli Istituti, ai quali è imposta la quota capitaria di L. 4.500 all'anno per assistito.

Dai medici gli anziani aspettano una assistenza degna di questo nome, calda di affetto e di serenità, ma pensiamo che i medici possano essere interessati ad agire solo se sono messi in condizioni di operare in un clima di serenità di spirito e di soddisfazione morale ed economica.

E concludo ringraziando nuovamente l'INA per esserci stata amica e per avere pensato anche agli anziani.

SANTORO PASSARELLI

Dott.ssa Berto, questi applausi vanno non soltanto a quello che ha detto, ma anche a quello che ha fatto, che sta facendo e che farà. E noi ci siamo fatti l'idea che averla amica ed assistente è molto importante, ma averla nemica è molto pericoloso! La parola al Dott. Di Lillo.

DI LILLO

Espone la sua comunicazione. (*Vedi il testo a parte*).

SANTORO PASSARELLI

Vediamo un po' di definire gli ultimi punti del programma. I due relatori non avvertono la necessità di una replica. Il Prof. Bergami farà un breve intervento per trattare qualche punto in relazione al dibattito che si è svolto, più che per replica. Successivamente vi sarà l'intervento del Dott. Casali.

CASALI

Ma io non potrò più fare quest'intervento per mancanza di tempo. Dovevo presentarvi una relazione che, come assicuratore, avevo redatta con una certa fondatezza. Ora, non si può parlare in breve di queste cose.

SANTORO PASSARELLI

Diremo, come si suole dire nei convegni, che la relazione del Dott. Casali, che non viene presentata, sarà mandata agli Atti.

CASALI

Questa mia relazione poteva servire per congiungere l'anello: la difesa della vita, che viene dalla scienza medica, la difesa della vita, che viene dalla scienza farmacologica, e poi la difesa economica dell'uomo. Io sono ottimista perchè spero che la media di 80 anni possa andare avanti ma è certo che il problema di mantenere tutta questa gente anziana è un problema molto complesso.

Io raccolgo poi anche l'invito di Antonini a studiare qualcosa nell'ambito degli investimenti onde poter risolvere lo speciale problema della casa dei vecchi. Solo che Antonini ha toccato soltanto un settore di anziani, mentre io volevo parlare anche di altre categorie di anziani, di anzianissimi e di vecchi, perchè il vecchio è una cosa a sé, ma l'anziano e l'anzianissimo hanno una certa loro funzione nella società e noi non vogliamo rimanere tagliati fuori! (*applausi*).

Tra i 60 e gli 80 c'è ancora molto spazio. Non dirò che dovremo vietare l'attività politica ai minori di 60 anni, però il tesoro di anzianità, di esperienza e di sapere dovranno pur servire e quindi dovremo trovare qualche altra occupazione idonea per far sì che gli anziani attivi lavorino sul serio (ché non tutti lavorano sul serio) e che quelli che sono fuori dalla vita attiva abbiano ancora a dire qualcosa, anche per..... dirigere meglio i cosiddetti attivi.

SANTORO PASSARELLI

La parola al Prof. Bergami.

BERGAMI

Veramente non mi aspettavo di avere la parola, dato che non vi sono stati interventi sul tema da me svolto. Ne approfitto pertanto per richiamare l'attenzione dell'assemblea su qualche punto di maggiore interesse messo in luce dalla relazione del collega Antonini e dai successivi interventi.

Mi pare di aver capito dall'insieme dei lavori che su di un punto si è particolarmente concentrata l'attenzione degli ascoltatori, e cioè sul fatto che il ricovero ospitaliero dell'anziano debba rispondere a una duplice funzione: quella della terapia e quella della riattivazione. I vantaggi della riattivazione sono apparsi così evidenti da auspicare che un voto in suo favore venga espresso da questa riunione, e se lo facessimo io credo faremmo cosa lodevole, perché per passare dalle idee ai fatti è sempre necessario un tempo molto lungo. E a questo riguardo sarebbe bene pensare in quale maniera questo costo della riattivazione possa

essere pagato e da chi, perché nella realtà pratica la difficoltà maggiore è sempre quella di trovare le fonti di finanziamento.

Le difficoltà aumentano inoltre a causa della molteplicità degli enti; ne abbiamo tanti di enti che, sovente, anche quando tutti hanno la sensazione che bisogna fare qualche cosa, non si riesce a stabilire quale ente dovrà assumersi l'onere, sicché alla fine accade che nessuno se lo assume. Quindi, effettivamente dovremmo preoccuparci anche di questo secondo aspetto del problema auspicando che, per lo meno nei riguardi dell'anziano, si riesca ad evitare ogni indecisione derivante dalla molteplicità degli enti, sì che l'ente operante abbia la libertà di azione più larga e più efficiente possibile.

V'è infine un altro punto che vorrei trattare, su cui ha richiamato la nostra attenzione in maniera molto vivace e chiara la Sig.na Berto, e cioè le notevoli difficoltà che in Italia bisogna superare per realizzare qualunque iniziativa tendente a fare qualche cosa in campo sociale. Perché? Perché con tante leggi che abbiamo e che vengono sfornate a un ritmo notevole ogni anno, non abbiamo ancora una legge che faciliti attività di questo tipo, corrispondenti cioè alle attività delle cosiddette *non-profit organizations* dei Paesi anglosassoni. In questi Paesi, qualunque organizzazione che dichiari e dimostri di non mirare al lucro può fare tutto quello che vuole, può acquistare, può vendere, può costruire, può gestire, perché è una *non-profit organization*. Provate a farlo in Italia! Sarete costretti a seguire la lunga trafila burocratica necessaria per creare un ente morale e con un decreto del Presidente della Repubblica. E' pertanto evidente la grande differenza che esiste tra il nostro Paese e altre nazioni nel realizzare una cosa così semplice quale è una *non-profit organization* evitando che essa venga a priori sospettata di essere una mascheratura per guadagnare del denaro, nascondere e metterselo in tasca. Bisogna che ci abituiamo ad una reciproca fiducia basata sulla lealtà e chiarezza dei rapporti sì che sia possibile anche in Italia realizzare benefiche attività sociali senza che sia necessario un decreto del Presidente della Repubblica. Mi pare che questo sia un altro punto su cui conviene, grazie alla segnalazione della Sig.na Berto, richiamare l'attenzione.

Un altro punto ancora, secondo me, è che sarebbe estremamente utile poter avere gli elementi di costo di funzionamento di queste case-ricovero, perché noi ne parliamo in termini generici, ma io, per esempio, amerei molto sapere quanto costa oggi in media a Padova, al giorno, il ricovero di un vecchio.

Se noi avessimo questi dati consuntivi, attendibili perché — come ho capito — sono stati realizzati da persone molto efficienti, potremmo pensare ad un secondo passo, cioè lo studio di una assicurazione che dia modo all'anziano di prevedersi un ricovero di questo tipo già pagato in partenza.

SANTORO PASSARELLI

Che cosa costa, Sig.na Berto?

BERTO

Ci sono, naturalmente, tanti casi. Attualmente noi abbiamo un costo da 1.000 a 1.400 lire l'uno al giorno, con tutte camerette singole; nel costo di 1.400 sono compresi molti servizi, cioè telefono, guardaroba ecc. Ma l'Opera Pia ha i due

terzi di spese generali e un terzo il mantenimento, l'istituzione privata ha l'inverso: un terzo di spese generali e due terzi il mantenimento.

BERGAMI

Quindi, mi pare di poter concludere che, avendo già con queste cifre un punto di partenza per fare gli opportuni calcoli attuariali, si può auspicare che, magari in un prossimo convegno, si senta la bella notizia che c'è una nuova forma di assicurazione che permetta al vecchio di dire: io, arrivato a 65-70 anni, posso scegliere tra una pensione di trentamila lire al mese o un ricovero in una casa di questo genere.

E con questo augurio ringrazio il Presidente per avermi dato modo di fare questo mio intervento.

CASALI

Nella previdenza esiste effettivamente un problema di costi. Però voglio ricordare innanzi tutto a tutti voi..... minorenni e maggiorenni che in questo momento la previdenza sociale in genere costa un 7% del reddito disponibile delle persone. Se tutti fossero pensionati sul livello attuale, il 13% del reddito disponibile delle famiglie dovrebbe essere dedicato a tale scopo. Questa differenza significa che dovremmo portare l'imposizione tributaria complessiva dell'Amministrazione pubblica — Stato, Comuni e resto — a qualcosa come il 45%. Vedete, quindi, che tutte queste belle cose trovano un *plafond* nel fatto che il nostro reddito è molto modesto e non consente certi oneri. Gli americani, se ad un certo punto non ci fosse nessuna riserva e dovessero attingere ai soldi messi da parte con le polizze, avrebbero 700 e più giorni di vita; noi abbiamo solo 68 giorni di vita di riserva. Questa è la differenza. Auguriamoci, quindi, di trovare delle forme per cui con il risparmio singolo, che può scaturire però soltanto da un accrescimento fortissimo del reddito, si possa affrontare il problema all'infuori dello Stato, perchè lo Stato fa già anche troppo (e se lo faccia bene o male non sta qui adesso a noi giudicare). E' certo, però, che se perdiamo questo senso di responsabilità individuale come capifamiglia, altro che i vecchi: metteremo i giovani nei lazzaretti!

Comunque, queste cose le tratteremo prima per corrispondenza: poi ci sarà sempre la maniera di incontrarci ancora, con i piedi in terra, e con gli informatori soprattutto del pubblico, perchè qui abbiamo parlato, scienziati ed assicuratori, più che altro per i giornalisti che sono gli informatori della pubblica opinione. Bisogna che il Paese sappia come stanno le cose e che se la torta non è più grande, non ci sono nemmeno le fette.

SANTORO PASSARELLI

Non posso chiudere questa Giornata senza rinnovare, e ormai non per previsione ma per conoscenza, il più vivo compiacimento per questa Giornata dedicata alla gerontologia e per il modo in cui, grazie all'opera di tutti i collaboratori e partecipanti, la Giornata si è potuta realizzare.

Io credo che sia difficile dire in pochissime parole quale è stato il frutto di questa Giornata. I profani, e specialmente i profani anziani, credo che ne abbia-

no riportata questa impressione: che non ci sono anziani sani — com'è stato statisticamente dimostrato — e che anzi, per quanto si possano credere sani, non sono che un coacervo di malattie. Ora, facendo caso a questa constatazione, si comprende meglio quanto avessero ragione gli antichi quando dicevano: *senectus ipsa morbus*. Quasi è sembrato che le nuove, le recentissime ricerche confermino che il vecchio, l'anziano, chiamiamolo così, quasi non merita più il nome di uomo. Lo hanno chiamato superstite, qualcuno lo ha chiamato anche mostro, se ho sentito bene; comunque, non appartiene più alla specie umana. Non perciò merita meno riguardo, anzi si può dire che tutta la Giornata è stata uno sforzo tendente a dimostrare quanto riguardo si debba a questi esseri che, però, è bene vivano appartati; anzi è fatale che vivano appartati.

Ora, a parte questa nota scherzosa, io credo che l'ammaestramento di questa Giornata rimanga: rimanga per tutti, rimanga per chi rappresenta il potere pubblico, per chi rappresenta gli enti previdenziali e rimanga anche per gli assicuratori liberi, perché si dovranno stabilire i modi attraverso i quali constatazioni e suggerimenti possano essere portati a buon termine. E' certo che da più parti è venuta fuori la conferma di una constatazione che io avevo anticipata, ossia che in Italia l'assicurazione libera ha altri compiti da assolvere oltre a quelli che già assolve.

Qualcuno mi domandava perché le assicurazioni libere sulle malattie sono così scarsamente sviluppate in Italia. E' un fatto: esse sono qui poco sviluppate, mentre in altri Paesi hanno un florido sviluppo. Le ragioni economiche e sociali sono molteplici e non possono essere qui sommariamente indicate.

Ma anche le assicurazioni per gli anziani, da realizzare nei modi, con le cautele e nelle forme tecniche che gli esperti suggeriranno, è un problema aperto, ed è un problema che gli assicuratori liberi dovranno affrontare, proprio perché anche in questo campo, come in tutto il campo della previdenza, la previdenza volontaria si ponga a fianco della previdenza sociale e con questa realizzi la sicurezza sociale.

RELAZIONI

Prof. Enrico Greppi
Direttore della Clinica Medica dell'Università di Firenze,
Presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

GERONTOLOGIA, OGGI E DOMANI

Presentare la senescenza come un problema di movimento, su livelli variabili, può sembrare un paradosso, ma invece è cosa ormai scontata sotto l'osservazione nostra odierna e cioè nel volgere di soli 20 anni. Conosciamo infatti, come punte nuove salienti nel panorama umano collettivo, l'aumento della durata media di vita fino quasi a 70 anni e quindi la forte percentuale di anziani nel quadro complessivo dei viventi, che ormai passa il 13% per gli ultrasessantenni. E conosciamo in parallelo il prevalere delle malattie croniche degenerative, fra cui si deve ormai porre la vecchiaia stessa con il suo carico di fattori endogeni ed acquisiti operanti come insidie alla salute.

E' anche motivo di consenso, come nucleo-base precoce di *primo invecchiamento*, il predominio d'interesse scientifico e pratico che spetta all'età per l'appunto detta presenile, tipica anche clinicamente per il suo corteo di disturbi e squilibri a mo' di crisi; quel cinquantenne spesso robusto, oggetto però di un'attenta investigazione medica, di cui la Società Italiana di Gerontologia per conto proprio ed in sede internazionale ha fatto problema tenace di studio e di discussione.

E' il primo invecchiamento — ripeto — ricco di significato per la biologia e per la clinica intesa quest'ultima nei suoi aspetti moderni di diagnostica precoce, di medicina preventiva, di misura critica di quelle tendenze e tare eredo-costituzionali che con l'aggiunta di azioni esogene cooperanti per quattro o più decenni di vita possono o potranno venire a galla, più o meno precoci e gravi, nell'età critica largamente intesa come atmosfera presenile.

E' tutto un giro nuovo — direi — di psicologia e di metodica che impegna biologi e clinici e sociologi in questo senso: non limitarsi alla vecchiaia-malattia e dunque alla geriatria intesa come registrazione e assistenza di malati e bisognosi, ma cercar di sorprendere l'invecchiamento nelle sue prime fasi secondo caratteri individuali e come « previsione » *ad litteram* di note morbose diverse ma comunque almeno in parte afferrabili e misurabili su documenti, e finalmente anche sensibili a cure di freno o di riequilibrio.

Invero, pur con prudenza fra tanto intreccio di momenti favorevoli e sfavorevoli alla salute degli anziani, è lecito ammettere che la tenace campagna clinica ed igienica condotta in questi anni contro errori ed abusi di vita operanti in special modo sui presenili abbia avuto ed abbia per effetto una migliore tutela di molti indi-

vidui più o meno tarati, più o meno esposti a squilibri e malattie, che lasciati a sé potrebbero soggiacere in età precoce ed in misura più grave.

A questo punto notiamo un importante passaggio dall'interesse dell'individuo a quello collettivo: è lecito trasportare al panorama sociale l'esperienza medica odierna, sempre in campo « previsionale »?

E' quesito, penso, d'interesse assicurativo perché in sostanza consiste nell'ammettere e applicare per il panorama degli anziani criteri di previsione, di misura, di variabilità clinica nelle deficienze e lesioni e malattie senili, tutto ciò partendo non solo dai dati statistici d'insieme ma dall'osservazione medica stessa condotta sulla vasta base moderna dei controlli sanitari e finalmente anche dei rapporti diagnostico-curativi fra medici attenti e cinquantenni più o meno definibili.

Prudentemente, ma con qualche buon diritto, proviamo dunque a « prevedere » il panorama geriatrico dei prossimi 15-20 anni in confronto con la situazione odierna.

Dobbiamo anzitutto restare in limiti relativamente omogenei e stabili di condizioni d'ambiente, conoscendo comunque che « il regime di benessere » porta seco come contraccolpo una maggiore quota di quelle malattie generali e d'apparato che per l'appunto hanno colpito in grave misura i presenili in questi anni.

Dovremmo anche poter prevedere l'eventuale ulteriore spostamento della aliquota di classi anziane.

Contro l'ottimismo un po' facile, diffuso nell'opinione pubblica e in discorsi di circostanza, circa il progressivo aumento della durata media della vita, della *expectation of life*, sembra poco probabile superare sensibilmente il limite dei 70 e con esso veder aumentare la percentuale degli ultra settantenni oltre la proporzione odierna del 7-8%. Dovremmo constatare già oggi un netto miglioramento nelle condizioni vitali dei maturi e presenili: è cosa possibile e forse già in atto, come ho detto, ma non in misura quantitativa globale e cioè statistica. Comunque ogni aumento di anziani resta per ora contrassegnato da un contraccolpo patologico e cioè in primo luogo dalle sclerosi arteriose, anche dal complesso enfisema-bronchiti e da alcune malattie del ricambio come il diabete, nonché purtroppo dai tumori maligni.

Resta a vedere se la portata morbosa di queste ed altre malattie possa migliorare, e cioè, attenuarsi come insidia, nella curva dei prossimi 15-20 anni: molti anziani dunque, non immuni dalle tare e lesioni suddette ma protetti e curati secondo criteri di igiene sociale e di medicina preventiva e curativa. Vorrebbe dire una distribuzione di note morbose più larga ma meno aggressiva nel mondo degli anziani futuri su motivi che dovremmo già attualmente sorprendere nel panorama degli adulti e dei vecchi più o meno sani.

A me pare che questi indizi non manchino nell'osservazione clinica e sociale odierna. Per esempio si è dimostrato che il diabete senile, in costante aumento statistico, porta seco 4 casi latenti o ignorati per ogni soggetto identificato: il *dépistage* sempre più facile dei tarati potrà verosimilmente portare ad un minore sviluppo clinico della malattia, ciò come effetto di misure dietetico-igieniche e di terapie relativamente semplici.

La stessa aggressività odierna della patologia vascolo-trombotica a carico delle coronarie e di altri distretti è forse — ripeto ancora una volta, pur nei

limiti di osservazioni singole e di impressioni d'insieme — già orientata verso un certo grado di attenuazione per le provvidenze preventive e curative attuate sotto la spinta allarmistica delle notizie sulla frequenza del disturbo cardiaco a crisi nel ventennio postbellico che ora si chiude.

Molto carico di strapazzi, di tossici d'atmosfera, di infezioni ricorrenti appare in via di ridursi nei nostri ambienti di lavoro e di vita, in parallelo con un sensibile miglioramento quantitativo e qualitativo del tenore di vita. Significa altrettanti motivi favorevoli ad una senescenza sensibilmente protetta, con contraccolpi statistici non certo indifferenti sul panorama globale di durata di vita e di salute negli anziani.

A loro volta le malattie nuove insorgenti negli anziani — da episodi infettivi a disturbi propri d'età come prostata, dai traumi alle carenze nutritive — si mostrano già ora assai più suscettibili di cura e di freno in confronto di un tempo. Chiaramente la minore frequenza e la migliore curabilità di molte « malattie senili » (polmoniti, sepsi urogenitali, decubiti) avrà mano a mano per effetto di assicurare in misura concreta un miglior livello di salute a beneficio degli anziani, portando il rischio di vita verso limiti non molto diversi da quelli ammessi per classi meno anziane.

Potrei aggiungere altri esempi, altre riflessioni, ma mi preme in sintesi di far notare come la gerontologia, lo studio biologico-clinico del primo invecchiamento dell'uomo portato a concreta applicazione in pieno campo di medicina preventiva, abbia per effetto di favorire la salute media del senescente frenando o spostando il manifestarsi di tare morbose e di malattie.

In sostanza è il primo passo per contenere la geriatria in un panorama morbososo meno grave e precoce, quasi isolando la senescenza per se stessa dalle tante cause soprattutto acquisite che fin'ora le hanno fatto insidia. Senza dubbio la vecchiaia porterà seco un suo carico di malanni, però l'esperienza sui longevi ci dimostra che l'età avanzata può restare contenuta in limiti discreti di vitalità, di valore individuale e sociale, offrendo un panorama di « grandi vecchi » confortante per molti aspetti.

La parola a questo punto spetta agli studiosi di statistica, di assicurazioni sociali, per fare il punto attuale ed assecondare l'esperienza medica secondo un fine « previsionale »: geriatria di oggi e di domani.

Forse il mio discorso sembrerà un po' troppo ottimista se non quasi arbitrario; ma nella viva e controllata dinamica fra salute e malattia nel panorama collettivo è bene che medici e igienisti e sociologi affrontino per l'appunto « l'oggi e il domani » nel quadro delle età presenili e senili cui spetta — come tutti sappiamo e vediamo — il più forte e « nuovo » carico di patologia degenerativa cronica. Conviene a noi tutti di adattare idee ed opere alla diversa situazione d'insieme per un dato tempo, p. es. — vorrei dire — per ogni quinquennio come somma e misura di una larga e corretta esperienza.

Penso ed auguro che questo nostro incontro fra medici ed igienisti ed assicuratori serva a riconoscere non solo l'opportunità generica, ma un principio almeno di pratico indirizzo sui movimenti di salute operanti passo per passo nel mondo dei senescenti, con qualche modo di previsione per un futuro verosimilmente difeso da alcuni aspetti di malattia.

Prof. Francesco Maria Antonini
Direttore dell'Istituto di Gerontologia dell'Università di Firenze

ATTUALITÀ DELLA GERONTOLOGIA NEL QUADRO DELLA SICUREZZA SOCIALE

Signor Sindaco, Signor Presidente, Onorevoli, Signore e Signori, voi capirete il mio imbarazzo nel sostituire il mio Maestro Prof. Greppi, temporaneamente immobilizzato da una dolorosa anche se lieve infermità. Spero che, non appena possibile, possa inviare la sua relazione per la stampa. Quello che potrete leggere nel suo scritto sarà, credo, un panorama della futura vecchiaia come si può oggi prevedere dai profondi mutamenti verificatisi nella salute pubblica e nella vita sociale, che rendono così diverso il modo di vivere rispetto al passato. Conoscerete la responsabilità dell'ambiente ed il peso dell'ereditarietà sui processi di invecchiamento, e come la sostanziale riduzione verificatasi negli ultimi decenni di una diffusa patologia infantile e giovanile, soprattutto infettiva, abbia già avuto favorevoli ripercussioni sulla vecchiaia di oggi e ancor più possa averle su quella di domani. Dall'esperienza dell'evoluzione della medicina negli ultimi 50 anni egli trae motivo di ottimismo prospettando giorni migliori per coloro che saranno anziani nell'ultima parte di questo secolo.

Per me non è facile condividere completamente questo ottimismo per le notevoli difficoltà che ancor oggi si incontrano per dare ai nostri vecchi quell'aiuto concreto per la prevenzione del cronicismo e per il ricupero dell'invalidità, per dare cioè quella capacità di vivere liberamente e indipendentemente che è l'unica condizione per cui la vecchiaia possa essere tollerata e giustificata. Non basta perciò dedicarsi soltanto ai problemi della medicina individualistica, che è la Clinica di ieri e di oggi, ma bisogna poter offrire in tempo agli anziani, oltre ai moderni sussidi diagnostici e terapeutici, tutti quei servizi di medicina preventiva, di riattivazione e di assistenza sociale che sono la funzione principale di un ospedale geriatrico integrato nella vita della società.

Ed è per questo nuovo indirizzo della medicina geriatrica che io rivolgo qui un vivo ringraziamento al Presidente dell'INA, Prof. Santoro Passarelli, e al Direttore Generale, Dott. Casali, che hanno voluto dedicare questa Giornata ai problemi della sicurezza sociale dell'anziano e che mi hanno invitato a parlare su questo argomento. Non ho accettato questo compito come un obbligo, soltanto perchè la Cattedra di Gerontologia di Firenze è stata generosamente sovvenzionata dall'INA e dalle altre società di assicurazione sulla vita, ma perchè ritengo che le assicurazioni private, che hanno già così chiaramente dimostrato un interesse non esclusivamente economico ma sociale per le ricerche sulla prevenzione e cura

delle malattie dell'invecchiamento, possano intervenire, nei limiti di quanto è concesso ad imprese economiche private, per facilitare il realizzarsi di alcune istituzioni che si affianchino a quelle che lo Stato necessariamente dovrà realizzare per la sicurezza degli anziani. Purtroppo lo Stato arriva spesso in ritardo a sovvenire le necessità anche più urgenti di una società in rapida evoluzione; è quasi sempre l'iniziativa privata, più agile e più sensibile, che interviene in anticipo indicando allo Stato la validità e quindi la necessità di alcune forme di assistenza che successivamente dovranno essere estese a tutta la società. Inoltre, esistono settori che anche negli Stati più organizzati devono essere sostenuti dalla partecipazione dei privati. Tra questi quello dell'assistenza è uno dei settori in cui l'iniziativa privata può e deve ancora dare il suo contributo di rinnovamento e di integrazione all'opera dello Stato. Dovunque, sia negli Stati ad economia liberale come in quelli socialisti, se socialmente avanzati, esistono organizzazioni private che contribuiscono notevolmente nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria e in particolare si dedicano ad una multiforme attività per l'assistenza all'anziano. Anche là dove l'assistenza medica è completamente statalizzata (Inghilterra, Paesi Scandinavi, URSS) esistono associazioni private riconosciute e facilitate dagli Enti locali o dal Governo stesso che assolvono a numerose funzioni solo apparentemente secondarie, ma che rendono invece possibile il realizzarsi di un'adeguata assistenza sanitaria (poliambulatori, case per anziani, case albergo, centri di lavoro e di ricreazione, *day-hospital*, assistenza a domicilio, *clubs*, ecc.). Gli esempi più numerosi sono in Inghilterra, Paese dove la medicina è socializzata e la sicurezza sociale è assolta dallo Stato; ma anche l'Olanda offre numerosi esempi, pur essendo un Paese tipicamente liberale, e l'URSS, dove un certo numero di compiti per l'assistenza all'anziano sono affidati anche alla Croce Rossa. E' ovvio che il concetto dell'assistenza stia passando da quello ormai superato della carità individuale a quello di una assistenza obbligatoria sociale. Ma esiste sempre la necessità che anche quando sia raggiunto il sistema di sicurezza sociale un certo numero di attività in questo settore siano svolte da gruppi sociali per completare tutte le deficienze inevitabili in un servizio di massa e per introdurre tutte quelle nuove modalità e varietà di aiuti indispensabili per sopperire alle crescenti e differenziate richieste di una società in rapida trasformazione.

Non debbo io ricordare, proprio in questa sede, di quanto le assicurazioni private abbiano preceduto le organizzazioni statali nel sopperire ai più elementari bisogni di sicurezza e come ancor oggi esse possano e debbano offrire quella varietà di forme, a seconda delle singole necessità, che lo Stato non potrà mai garantire.

Così nel campo della gerontologia l'iniziativa dell'INA e delle altre imprese private di assicurazione sulla vita, mentre ha permesso l'istituzione del primo insegnamento ufficiale universitario a Firenze, ha favorito lo sviluppo della gerontologia in tutto il Paese. Infatti, dopo l'istituzione della Cattedra e della Scuola di Specializzazione di Firenze sono stati creati in sette sedi universitarie altrettanti incarichi di insegnamento della stessa materia e tre Cattedre di ruolo stanno per essere istituite. Un numero progressivamente crescente di ospedali sta creando reparti specializzati e medici sempre più numerosi s'interessano e vengono educati sia ai problemi teorici che pratici dell'invecchiamento. Ecco come una semplice iniziativa privata può dare una spinta allo sviluppo di una branca della

medicina che interessandosi ai processi dell'invecchiamento come alle malattie della vecchiaia si ripercuote favorevolmente non soltanto sullo stato di salute ma anche sull'assistenza e sicurezza sociale dell'anziano.

Come insegnante di gerontologia non credo di dovermi limitare a studiare i problemi biologici e clinici dell'invecchiamento, ma di dovermi soprattutto occupare della prevenzione delle malattie e di tutti quei fattori che possono contribuire ad una anticipazione della vecchiaia fisica. Mentre si cerca di comprendere quelle leggi biologiche che condizionano l'invecchiamento normale, tentando di trovare la via per prolungare la vita umana oltre i limiti consentiti dalle caratteristiche della specie, ci si accorge che il problema attuale è piuttosto quello di combattere contro la vecchiaia precoce, le malattie e le infermità che costringono l'uomo anziano ad una stentata sopravvivenza piuttosto che ad una vita normale. Se il problema della longevità è quindi soprattutto di natura biologica ed aspetta da questa scienza le scoperte non impossibili e razionalmente sperabili per un vero allungamento della vita (*span of life*) piuttosto che il solo allungamento della vita media come si è fino ad ora raggiunto, e così dicasi per quanto concerne l'auspicato ringiovanimento, il problema della vecchiaia, come oggi ci si presenta, è di ordine principalmente medico e sociologico.

Sarebbe mostruoso tentare di prolungare la vita umana oltre i limiti imposti dalla natura senza provvedere con i mezzi attualmente a nostra disposizione non soltanto a curare le malattie vere e proprie, ma prevenirne la loro insorgenza come tutte le cause di infermità e di invalidità e soprattutto cercare di riattivare sia fisicamente che psichicamente tutti gli infermi che sufficientemente aiutati non soltanto dal medico, ma dall'ambiente che li circonda e più in generale dalla società, potrebbero ritrovare nella relativa autosufficienza, mantenuta o riconquistata, una valida ragione di vita.

Al contrario, sempre per ragioni mediche e sociali, siamo arrivati ad avere una vita media che supera i 70 anni con una popolazione di anziani e di vecchi che in molte città è al di sopra del 20% della popolazione totale. Solo pochi di questi anziani invecchieranno fisiologicamente; i più, affetti da malattie latenti, andranno presto incontro a varie forme di invalidità che la medicina attuale (mi riferisco principalmente alla terapia farmacologica che è oggi quasi esclusivamente l'unica forma di cura praticata in Italia) è del tutto incapace di poter alleviare.

Ascolterete dai miei collaboratori, che hanno condotto un'indagine medico-sociale su una popolazione di anziani cosiddetta « sana », come su oltre 1.000 soggetti esaminati, la maggior parte sia risultata affetta da malattie per lo più latenti e come siano facili a ritrovarsi nello stesso individuo associazioni morbose del tutto ignorate, ma tali da pregiudicare più o meno a breve scadenza non tanto la loro vita quanto le loro condizioni generali di salute e le loro attività. Ciò spiega come gli ospedali rigurgitino di vecchi, soprattutto i cronicari, senza che nulla si faccia per tentare non dico di risolvere, ma di alleviare questo problema.

Non basta quindi la prevenzione, sia primaria, che tenta di impedire l'insorgere delle malattie in un individuo sano (es. vaccinazioni), sia secondaria, che cerca di prevenire le ricadute ed evitare il cronicismo, ma occorre oltre a queste una terza forma di intervento: quella di impedire l'invalidità anche e nonostante la presenza delle infermità cosiddette incurabili. E' questa forma di cronicismo, quello

cioè che porta all'invalidità più o meno completa, che causa la plethora dei cronici e degli ospizi e di tutti gli ospedali in genere, che rende intollerabile la vita al sofferente come al familiare, che fa temere la vecchiaia sia agli anziani che ai giovani, che rende il problema attualmente insolubile sia dal punto di vista sociale che economico.

Nessuno di voi desidererebbe, anche se questo fosse possibile, diventare centenario se ciò fosse associato non tanto a stati morbosi, disagi e sofferenze, ma ad una situazione di invalidità totale e di mancanza di autosufficienza.

Non potendo ringiovanire come si vorrebbe, anche a causa di molte malattie che non sappiamo oggi come curare e talvolta neppure prevenire, dobbiamo, in attesa dei progressi della medicina, pensare soprattutto a far vivere nel modo migliore quelli che sono già colpiti o che stanno per essere colpiti da queste malattie invalidanti.

E' giusto, come ho detto, pensare in termini di prevenzione; ma quando c'è un mondo così numeroso di sofferenti, di invalidi o di malati in procinto di perdere totalmente una sia pur limitata autosufficienza, di diventare peso a se stessi, alle loro famiglie e alla società, di impegnare per assisterli numerose persone senza peraltro ottenere alcun risultato apprezzabile, se non la prolungata attesa della morte, bisogna lottare con tutte le nostre forze perchè questa parte di popolazione sia restituita, nonostante le malattie inguaribili, ad una certa parvenza di vita normale, tale che la renda più o meno idonea a badare almeno da se stessa alle sue primarie necessità. Molti anziani potranno così ancora vivere nelle loro case, od in soggiorni il più possibile analoghi alle proprie case, senza dover dipendere totalmente da altri, siano familiari o personale di assistenza. E' un problema di ordine morale, medico, psicologico e, non trascuriamolo, anche economico. L'assistenza di un individuo o di migliaia di individui precocemente invalidi — intendo nel senso non tanto del lavoro ma della autosufficienza — che per le terapie farmacologiche moderne possono sopravvivere per decenni in condizioni spesso disastrose, esaurisce non soltanto le economie personali e familiari, ma riduce la capacità lavorativa dei giovani ed obbliga, tranne poche eccezioni, ad un trasferimento contrario alla volontà dei vecchi, quindi coercitivo, in ospedali sempre meno qualificati a curarli, tanto da esser spesso chiamati « ospedali degli incurabili », che corrispondono agli attuali gerontocomi od ospedali geriatrici.

Un medico che vive in una clinica anche fra le più moderne si preoccupa di fare la diagnosi, di dare le cure più costose, di applicare per questo apparecchiature sempre più complesse. Ma poi, passato il primo periodo ed esaurite tutte quelle cure che riteneva efficaci, misura e rimisura le conseguenze che la malattia ha lasciato e considera praticamente finita la sua opera utile di medico. Dimette, se può, il paziente dall'ospedale, lascia al malato stesso e alla famiglia il compito di risolvere i problemi di come lavorare o come sopravvivere per molti anni ancora con i gravi esiti di una malattia invalidante. La maggior parte degli individui che oggi entrano in un ospedale non ne esce guarita, ma solo ha sopravvissuto alla fase acuta della malattia. Il medico non si può preoccupare di ciò che avverrà dopo che il malato viene, più o meno presto, dimesso dall'ospedale.

Pensate alle malattie più comuni, non soltanto dei vecchi — l'infarto del miocardio, le emiplegie da trombosi o emorragia cerebrale, le insufficienze respiratorie, le malattie reumatiche anchilosanti e deformanti, alcune malattie mentali.

Cosa fa il medico se non procrastinare, senza risolvere, il problema vero dell'esistenza, vivere cioè in maniera autonoma o almeno autosufficiente?

E qui bisogna distinguere ancora tra le malattie croniche e quelle invalidanti. Il diabete è una malattia cronica ma per lo più non è invalidante, mentre esistono malattie acute (la trombosi cerebrale, ad esempio) che divengono per lo più oltre che croniche anche invalidanti. E non si tratta soltanto di invalidità al lavoro, che non è un problema della vecchiaia, si tratta di una invalidità che incide sulla libertà personale in quanto impedisce al paziente di compiere da solo anche gli atti più elementari. Ma anche senza prendere per esempio queste grandi malattie, bastano per un vecchio, se solo, tutte quelle infermità secondarie così frequenti ed associate alla senilità a renderlo incapace a provvedere a se stesso: difficoltà nell'apparato locomotore, disturbi visivi, confusione mentale che non giustificano le permanenze in un ospedale, anzi le controindicano, almeno negli attuali ospedali o nelle cosiddette case di riposo od ospizi.

Qui è più che un problema medico un fenomeno economico di cui non sto a ricordare l'importanza e l'attuale gravità. E' facile capire il dubbio che spontaneo vi nasce sulla possibilità cioè che a queste difficoltà di ordine naturale, medico, economico e sociale vi possa essere un rimedio. Difficoltà che sono sempre esistite e che sono sempre state considerate un appannaggio doloroso e triste della vecchiaia. Ed io come medico non posso non condividere l'orrore per la vecchiaia come oggi la vediamo, non soltanto da un punto di vista fisico, ma proprio per quell'insieme di incapacità e di sofferenze di ordine psichico e spirituale che più della morte oggi rappresenta una vera e propria angoscia per noi e per i nostri cari. Tutti voi meglio di me conoscete, in quanto operatori nell'ambito assicurativo ed economico, che la vecchiaia si accompagna ad una decadenza anche economica, ad uno svalutarsi progressivo dei risparmi che difficilmente nel mondo moderno possono essere cospicui ed adeguati alle necessità sempre crescenti ed onerose dell'assistenza individuale.

L'assistenza ad un vecchio invalido, che è onerosissima ed estremamente difficile ad ottenere anche per gli uomini ricchi, è fuori della possibilità non soltanto dell'uomo povero ma anche dei ceti medi, impiegatizi o professionali, e delle classi cosiddette abbienti.

Si tratta di assistenze continuative ed intense che devono durare per anni, di personale specializzato, di case adatte, di continuo impegno familiare che sconvolge la vita delle famiglie comuni: solo tra i contadini e ancora in poche famiglie di operai, dove ci sono molte donne a casa ed un livello di vita molto modesto e soprattutto un grande spirito di sacrificio e tradizionale senso di rispetto e di riconoscenza verso i genitori, che spesso nella gente del sud coincide con il senso di onore della famiglia, il vecchio non viene abbandonato e non pesa come nelle case della borghesia o delle città più moderne. Gli stessi alloggi ristretti e di alto costo, la mancanza di personale di servizio, le maggiori cure per i bambini, i cambiamenti di residenza della famiglia dei figli per maggior opportunità di lavoro, la necessità per l'alto tenore di vita del pieno impiego delle donne, la lontananza e la dispersione del clan dei parenti, la frammentazione della famiglia patriarcale di tipo contadino nella nuova società di tipo industriale o di più nuclei familiari formati dalla coppia di sposi e dai loro bambini, l'avversione delle giovani spose

ad entrare nella famiglia del marito, tutto questo rende difficile invecchiare nella casa con i propri figli e quindi riceverne quell'assistenza che, se mercenaria, diventa insostenibile e se istituzionalizzata difficilmente tiene conto degli aspetti morali e psicologici.

E' quindi evidente che l'opera del gerontologo nella sua attività geriatrica, cioè in quella parte che riguarda più specificamente la cura dell'invecchiamento e delle malattie della vecchiaia, non può dissociarsi da tutte quelle provvidenze che la società deve necessariamente offrire agli anziani, non soltanto indigenti. Non si tratta solo di migliorare le possibilità economiche della vecchiaia difendendo il risparmio o prolungando l'attività lavorativa o favorendo il pensionamento; il miglioramento economico, se pur necessario, non sarà mai sufficiente ed adeguato alle crescenti necessità, perchè le progressive difficoltà di vita della moderna società industriale, distruggendo la famiglia tradizionale, rendono impossibile il reperimento su base individuale di tutti quei servizi che la comunità deve organizzare ed offrire in maniera differenziata e variabile a seconda dei bisogni. Ciò non si ottiene creando istituzioni contrarie alla psicologia e alle necessità di un vecchio che aborre dalla vita comunitaria.

Nasce a questo punto un immediato raffronto con i giovani la cui istituzionalizzazione in orfanotrofi, collegi ed altre spesso inevitabili forme di segregazione arreca sovente più danni che vantaggi che però vengono per lo più dimenticati nella vita che segue. Così, sempre in paragone, se è giusto che la società dia molto ai giovani, oltre quello che i genitori offrono, la società deve intervenire anche per i vecchi, cioè per chi non può ricevere aiuto dalla famiglia ed a cui la vita non offre stimoli e sollecitazioni importanti come l'essere utile e amato da qualcuno.

La vecchiaia porta ovviamente all'isolamento ed all'egoismo, ma oltre alla maggiore insofferenza dei vecchi si associa nella vita comunitaria la presenza inevitabile di individui che per ineducazione e depauperamento fisico e psichico recano un continuo disturbo ed un decadimento ambientale che se è mal sopportato in un ospedale di breve degenza, diviene assolutamente intollerabile nelle istituzioni che dovrebbero sostituire la casa e la famiglia.

Non è compito mio, di medico, parlarvi di sociologia, ma come medico sento il dovere di stimolare la società a riconoscere il diritto all'assistenza.

Basti pensare che la vecchiaia come l'invecchiamento di una comunità è il frutto esclusivo della protezione che la società dà a questi individui. Non si diventerebbe vecchi, come oggi la maggioranza di noi diventa, se non ci fosse la società che ci protegge. Nell'antichità la vecchiaia era un fenomeno eccezionale. Non si trovano negli scavi altro che scheletri di individui giovani. L'uomo nell'antichità moriva giovanissimo; la vita media all'epoca greca e romana non era più di 30 anni ed è salita molto lentamente fino all'epoca della rivoluzione francese. Da allora un grande sbalzo fino a quella attuale. Non è stata solo l'introduzione degli antibiotici, ma il miglioramento del livello di vita, i mezzi di comunicazione (che riducevano le carestie) e soprattutto la nascita delle comunità moderne, l'igiene sociale e la nutrizione. Un progresso non soltanto della medicina, ma più ancora una maggior difesa che la comunità ha offerto al singolo individuo. Evidentemente sono esistiti anche prima i grandi longevi e questi diventavano famosi, sia perchè erano rari, sia perchè, in mancanza di memorie scritte, erano testimoni della storia

passata e depositari della tradizione. Ma questo avveniva nell'epoca biblica, nel periodo greco-romano fino all'epoca cristiana. Ma prima d'allora, nella preistoria? Probabilmente la vecchiaia non si conosceva, così come non esiste la vecchiaia tra gli animali liberi non protetti dall'uomo e neppure tra gli uomini selvaggi di società molto primitive. Qui le difficoltà naturali sono talmente forti e la selezione ha un ruolo così preminente da eliminare presto i deboli, gli imperfetti e gli adulti che cominciano ad invecchiare. Dove non esiste una società organizzata la lotta per la vita è talmente feroce e le difficoltà naturali così importanti da escludere che si possa sopravvivere come vecchi. Si dice comunemente che gli animali in cattività abbiano una vita più corta di quella normale per la loro specie. In effetti è certamente più corta di quella che sarebbe loro destinata se fosse possibile tenerli liberi in condizioni protette. Ma libero nella natura in competizione con gli altri e con le difficoltà naturali l'animale muore giovanissimo.

La differenza è enorme ed è la stessa differenza tra l'uomo preistorico o anche quello oggi isolato nella giungla, rispetto all'uomo nella società moderna. Lo *span of life* fino ad oggi sicuramente constatato per l'uomo è 110 anni. D'altra parte come l'uomo avrebbe potuto così perfezionarsi se non fosse stato selezionato da dure difficoltà?

La vecchiaia è contraria alle leggi della selezione e quindi della evoluzione. Un uomo oltre l'età riproduttiva, così come ogni altro animale, non interessa più la natura; è un sopravvissuto che la natura tende ad eliminare perché inutile e dannoso ai fini della specie.

E' quindi soltanto la natura sociale dell'uomo che rende possibile e non eccezionale nel regno animale il fenomeno della vecchiaia. La saggezza dei vecchi, frutto dell'esperienza, la comparsa di una vita politica e legislativa in opposizione all'uso della forza, la possibilità di insegnare ai più giovani, sono motivi che hanno giustificato la valorizzazione dei vecchi fino ai nostri giorni.

Ma se i romani ponevano i vecchi quasi a livello di divinità e davano al capo famiglia autorità di vita e di morte sui discendenti, con il cristianesimo non è più il capo famiglia responsabile della famiglia stessa; c'è un altro responsabile a cui è attribuita tutta l'autorità. Nel medioevo il vecchio resta pur sempre il capo famiglia, per le necessità di lavoro agricolo e per l'unità e l'opportunità difensiva del gruppo familiare. Nell'epoca moderna cambia totalmente il ritmo di vita. La rapida evoluzione tecnica fa sì che un vecchio venga rapidamente e necessariamente superato. Le cognizioni scritte, facilitando l'istruzione, riducono l'importanza esclusiva dell'esperienza. Spesso l'attaccamento alle tradizioni di un vecchio e la sua mentalità sono un *handicap* che gli impedisce di aderire alle nuove esigenze di vita. Di qui la necessità nelle nuove civiltà industriali di una società dinamica che con precoce pensionamento tende all'esclusione dall'attività delle persone anziane e il tentativo dei vecchi di mimetizzarsi coi giovani (pseudogiovanilismo) per non essere rapidamente esclusi o isolati.

Questa tendenza è talmente connessa con la vita moderna che supera perfino le barriere delle diverse concezioni politiche dei vari Paesi. Così come non si può impedire la tendenza ad una moderna industrializzazione, non si può impedire

l'urbanizzazione nè i rapidi spostamenti e l'allontanamento dal luogo di origine, né la riduzione numerica del nucleo familiare che per tutte le esigenze già descritte deve essere agile ed adattabile. Inutile recriminare il tempo passato e sostenere che il vecchio deve vivere come nel passato. Bisogna trovare nuove forme di vita e poiché i differenti popoli, nonostante le caratteristiche etniche e di tradizione, tendono oggi per le rapide comunicazioni ed informazioni, oltre che per la necessità di scambi economici, a livellarsi nei gusti e ad assumere un comune modo di vivere, non c'è che osservare quello che le società tecnicamente più progredite hanno realizzato o cercano di realizzare per la sicurezza sociale e l'assistenza ai vecchi. E' ovvio che persistendo ancora differenze molteplici e soprattutto differenze economiche dobbiamo procedere con cautela nell'adottare così, senza modifiche, le realizzazioni di altri Paesi più sviluppati; così com'è bene tener presenti i numerosi errori tra cui quello di considerare le loro soluzioni come punti di arrivo invece che iniziative empiriche ancora del tutto inadeguate. Ma bisogna anche ricordare che mentre nei Paesi industrializzati il problema dell'invecchiamento è stato affrontato molto più efficacemente che da noi e ha avuto il tempo di svolgersi gradualmente, nel nostro Paese che ha subito una industrializzazione rapida solo in questi ultimi anni, in cui la vita di tipo agricolo va scomparendo sia per necessità economiche sia ancor più per il modificarsi della concezione del modo di vivere (imitazione, gusti, educazione politica e religiosa ecc.) con repentina e disordinata urbanizzazione, il problema dell'assistenza e della sicurezza sociale dei vecchi sta diventando sempre più urgente ed assumerà, stando almeno alle previsioni statistiche, proporzioni così imponenti che si resta allarmati vedendo come nei confronti di tale fenomeno ciechi e irresponsabili siano l'amministrazione pubblica e gli organi politici non provvedendo con tempestivi interventi, ma cercando di minimizzare e mimetizzare gli urgenti bisogni e sacrificando ingiustamente una sola categoria di cittadini. I vecchi attuali sono proprio quelli che, dopo aver sopportato le ingiurie delle due guerre e subito la polverizzazione dei loro risparmi, hanno ancora un livello di pensionamento talmente basso che circa il 90% degli anziani in Italia non riceve in media più di 20.000 lire mensili.

A questo punto non basta più nè la carità cristiana né l'opera delle piccole istituzioni per i poveri vecchi, né costruire qualche ospizio o qualche casa per gli anziani. Si tratta di un problema legislativo che deve riconoscere il diritto a ricevere per primi e non per ultimi l'interessamento dello Stato, non come elemosina di quello che avanza, ma come precedenza assoluta nell'ambito della sicurezza sociale. Ci si potrebbe contentare dell'assistenza, ma dato che si vocifera di piani governativi per arrivare al sistema di sicurezza sociale, piani che non possono nella situazione economica attuale essere modernamente attuati, secondo le attuali esigenze di vita, è indispensabile che siano limitati a quella categoria di persone che non hanno le armi per difendersi dall'aggravarsi della loro situazione economica, in quanto non hanno capacità di lavoro, né possono far sentire la loro voce colla forza dello sciopero.

Cominciamo con l'abolire la legge, che sembra la più umana di tutte, che obbliga i figli a mantenere i genitori. Vi può sembrare un provvedimento impietoso ma vi assicuro che nei Paesi socialmente più evoluti è stato uno dei primi provvedimenti in favore dei vecchi; togliere il vecchio dalla dipendenza economica dei propri figli, vuol dire liberarlo dall'angoscia di non poter chiedere il proprio

diritto senza denunciare pubblicamente allo stesso tempo il fallimento completo della propria vita familiare e senza danneggiare apertamente il figlio stesso. Qual è quel genitore che trova la forza nella sua estrema miseria e depressione di compiere un atto così grave e doloroso?

D'altra parte i figli, in una vita così difficile e piena di sempre nuove esigenze, hanno appena le possibilità di pensare alla propria famiglia; e il costo dell'assistenza ai vecchi in abitazioni separate, spesso lontane, la riduzione del numero dei figli, sì che l'onere spesso grava su uno soltanto, rende veramente difficile provvedere ai propri genitori senza ridurre il livello di vita raggiunto a condizioni del tutto inadeguate a quelle che sono le aspirazioni attuali della vita in città anche per una famiglia modesta.

Si passa sopra la propria coscienza, si cerca disperatamente di lasciare i propri vecchi alla custodia di ospizi o di case di riposo, alcuni soltanto dall'apparenza esteriore rispettabili, ma non dissimili da quelli notori per poveri vecchi, dove si verifica un continuo sfruttamento sotto l'apparenza di opera di pubblica utilità, profittando che il vecchio non saprà nè potrà nè vorrà protestare; né i figli lo vorranno per il timore di dover esser chiamati a pagare di più. Neppure le autorità pubbliche sono interessate a sorvegliare accuratamente per non dover sollevare un problema che ricadrebbe in gran parte tra i doveri degli Enti locali preposti alla tutela dei vecchi indigenti. Né i partiti politici finora hanno dimostrato interesse, almeno ad alto livello, né quelli di destra, per ovvii motivi, né quelli di sinistra per paura che le maggiori spese per i vecchi finiscano per pesare in ultima analisi sulle spalle dei lavoratori più giovani. Né si preoccupano i religiosi, non cambiando le forme caritative che hanno usato con molto merito nei secoli passati. Si faceva in proporzione molto di più nel passato, dove l'iniziativa privata veniva incoraggiata dalla Chiesa in questo settore, sì che nei secoli è nata la tradizione che l'assistenza ai vecchi fosse praticamente amministrata dagli ordini religiosi. Ma oggi questo tipo di carità, anche se altamente benemerito, non essendo più sufficiente ed adeguato al livello della vita attuale non fa che attenuare l'urgenza del problema e permetterne continuamente un rinvio, non perché l'attività degli enti privati in questo campo non sia gradita, ma perché deve rimanere soltanto marginale, come complemento e integrazione dell'opera necessariamente più rigida e meno differenziata che la società deve fornire tramite la pubblica amministrazione (Stato ed Enti locali). Bisogna impedire che sotto il manto della carità e dei doveri filiali si continui a perpetrare la lesione di un diritto fondamentale: quello di una assistenza adeguata alle necessità e al livello di vita in cui attualmente vive il resto della popolazione. Non è vero che invecchiando diminuiscono i bisogni: diminuiranno le ambizioni, ma aumenteranno le necessità più elementari. E' solo avendo osservato e studiato quello che si tenta di fare all'estero che si può capire quanto siamo ancora oggi arretrati, ipocriti ed ingiusti. E non è soltanto questione di economia, ma di buona amministrazione e di giusta distribuzione della spesa.

Si tratta di dare lo stesso aiuto e non minore a chi, con ugual diritto, ha maggiore e più urgente bisogno.

In Inghilterra, se le mie informazioni non sono errate, si spende per l'assistenza sanitaria, estesa ugualmente a tutti i cittadini, ricchi e poveri, lavoratori o meno, senza discriminazioni per i vecchi, la stessa entità di danaro che si spende

in Italia. Ma con quali differenti risultati! Non si costruiscono edifici monumentali né scale di marmo, né si vuole aumentare indiscriminatamente il numero dei letti degli ospedali senza preoccuparsi del loro funzionamento. E questo vale in particolare soprattutto per il problema dei vecchi.

Non è facile a questo punto riferire in dettaglio tutte quelle forme di assistenza sia pubbliche o private che i vari Paesi del Nord Europa e del Nord America hanno pian piano perfezionato avvantaggiandosi di un maggior reddito economico, di una più profonda coscienza sociale e di sistemi di sicurezza che non sono soltanto riservati alle persone anziane, ma si estendono a tutta la popolazione.

Il confronto sarebbe oltremodo istruttivo perché questi stessi Paesi 50 anni fa erano nelle stesse condizioni in cui noi ci troviamo attualmente, non soltanto da un punto di vista sanitario e sociale ma anche per la situazione economica e di sviluppo industriale che, come abbiamo visto, è la causa principale dei motivi di disagio e dell'isolamento del vecchio nei confronti della società e della famiglia.

Le differenze fra Paese e Paese, specialmente per quanto riguarda l'assistenza e la sicurezza dell'anziano, diventano in sostanza sempre minori via via che il tipo di vita economica ed industriale (urbanizzazione, trasformazione della famiglia, dei metodi di lavoro ecc.) si va uniformando, secondo i bisogni e la competizione economica nell'attuale società.

Non sono tanto le condizioni storiche, le differenze etniche, culturali, climatiche, ecc. che rendono difficile il trasferimento e l'assimilazione dei moderni sistemi assistenziali da un Paese ad un altro e che rendono necessaria l'adozione in ciascuna nazione di forme particolari, poiché se si guarda storicamente lo sviluppo di queste forme assistenziali esse hanno subito nei differenti Paesi praticamente la stessa evoluzione.

I problemi sono diversi così come differenti sono le esigenze di un uomo nelle varie età della vita; ma gli uomini, quando avranno raggiunto la stessa età, avranno più o meno gli stessi bisogni: un vecchio, nonostante la propria spiccata personalità, assomiglierà molto di più agli altri vecchi che a se stesso giovane.

I sistemi assistenziali per l'anziano che ho potuto osservare direttamente negli Stati Uniti, in Inghilterra, in Olanda e nei Paesi Scandinavi sono talmente simili nella loro concezione, anche se diversi nell'estensione delle loro applicazioni, che praticamente, possono essere considerati come un sistema unico in varie fasi di sviluppo. Sia che si tratti di Paesi con indirizzo politico socialista (Scandinavia, Inghilterra) od a prevalente economia liberale (Olanda, Stati Uniti d'America) i principî informatori dell'assistenza all'anziano sono del tutto paragonabili.

A differenza di quanto si faceva nel passato, e che purtroppo è quanto si fa ancora in Italia, non si cerca di segregare il vecchio negli ospizi tradizionali con lo scopo di allontanarlo come elemento indesiderabile (v. provvedimenti che accomunano i vecchi poveri con gli accattoni, gli alcoolizzati ecc.). Si cerca invece con tutte le forme di assistenza pubblica e privata di stimolare l'anziano, anche infermo, a mantenere l'inserimento nella vita sociale tramite l'autosufficienza e quindi

una pure relativa indipendenza, permettendo così una certa autonomia economica e fisica che è alla base della libertà individuale e — soprattutto per un vecchio — è interesse e motivo di vita.

Ricoverare un vecchio in un ospizio o in cronario non è oggi fare dell'assistenza utile ai vecchi; tutt'al più è un aiuto offerto alle famiglie che non possono più sopportare per vari motivi l'assistenza domiciliare o nel caso dei vecchi soli e indigenti un provvedimento inadeguato che tende ad allontanare lo spettacolo pietoso di solitudine, di sofferenza e di pericolo che turba la coscienza pubblica.

Si tratta di permettere la sopravvivenza fisica di molti individui, togliendo loro ogni ragione di vita tranne quella dettata dal puro istinto di conservazione.

Lo scopo della società, invece, deve essere quello di tentare di rimediare a quei danni di cui essa stessa è causa per le trasformazioni cui è andata incontro.

Abbiamo già detto come la società sia responsabile da un lato dell'allungamento della vita media e della stessa longevità e dall'altro della distruzione della famiglia di tipo patriarcale, della società di tipo prevalentemente agricolo dove il vecchio trovava fino alla fine dell'esistenza protezione, assistenza e soprattutto la possibilità di sentirsi utile e considerato.

Anche se si riconosce che questo tipo di vita era ed è la più adatta per gli anziani non è possibile pensare che il rimedio sia quello di ritornare al passato, anche se tutti lo desiderassero; è invece necessario trovare nelle moderne forme di vita delle possibilità di intervento che, nonostante profondi cambiamenti, cerchino di mantenere il vecchio integrato il più possibile nel tessuto sociale, fisicamente attivo e psichicamente impegnato. Purtroppo è estremamente difficile allontanare l'individuo dalla sua famiglia senza fargli soffrire il peso e i danni dello isolamento, così come è altrettanto difficile far interrompere l'attività lavorativa con un pensionamento precoce, evitando allo stesso tempo le conseguenze fisiche e psicologiche dell'inoperosità e del senso di inutilità che ne consegue. Dobbiamo riconoscere che in nessun Paese, anche fra i più avanzati, si sono raggiunte fino ad ora forme di vita nuove che possano compensare i vecchi di quello che hanno perduto, ma dobbiamo anche riconoscere che tutto quello che si è cercato di fare è stato indirizzato al recupero ed al reinserimento del vecchio nel nuovo tipo di società, piuttosto che al suo isolamento. Questo indirizzo corrisponde non soltanto a ciò che ognuno desidera per la propria vecchiaia, non solo libertà dal bisogno ma prolungato mantenimento delle proprie attività, indipendenza ed autosufficienza, ma anche all'osservazione comune e soprattutto del medico che vede dipendere la salute fisica e mentale dalla continuazione di quelle attività che, sia pur relativamente ridotte, debbono proseguire senza interruzione fino alla più tarda età.

In ogni settore dell'assistenza non si deve mai perdere di vista questo principale obiettivo, sia che si tratti di un vecchio sano o di un vecchio malato.

Negli ospedali come nelle abitazioni o nelle case di salute come nei pensionati si deve sempre temere la perdita della attività e dell'autosufficienza come il peggiore dei mali. Ecco quindi nascere un sistema di assistenza che in ogni nazione ha questo denominatore comune: mantenere un uomo — nonostante l'età, le infermità e le malattie — nelle condizioni più idonee per conservare la propria attività fisica e l'impegno mentale, oltre ai legami colla famiglia e colla società e la sensazione di essere ancora utile e desiderato. L'ospedale non è quindi più

sinonimo di letto e di cure mediche tradizionali, non è più soltanto la camera o la corsia dove il malato degente a letto aspetta passivamente che il medico e l'infermiera gli prestino soccorso; è un ambiente dove oltre le cure mediche utili alla sua malattia, ma non sufficienti alla sua salute, esistono tutte quelle opportunità che cercano di attenuare i danni psicologici e fisici derivanti, soprattutto negli anziani, da una prolungata ospedalizzazione. Pensate ad un vecchio che per necessità di malattia o di assistenza venga ricoverato in un ospedale tradizionale. Non importa pensare obbligatoriamente ad un ospedale per cronici di cui conosciamo tutti le attuali inadeguatezze ed insufficienze. Immaginiamo pure di ricoverarlo in un ospedale comune. Qualunque sia la causa morbosa l'ammalato viene posto in un letto, per lo più in corsie comuni o, se privilegiato, in camere singole. Egli riceve così quelle terapie tradizionali utili a migliorare il suo stato di salute, ma non sufficienti a risolvere e guarire malattie per lo più croniche e più o meno invalidanti. Niente viene però tentato per cercare di mantenere o di recuperare quell'attività fisica che non soltanto la malattia di per sé, ma anche la semplice prolungata degenza a letto inevitabilmente compromettono.

Non soltanto manca nel medico l'abitudine a preoccuparsi di questa perdita della capacità fisica del malato, ma manca il personale di assistenza adatto ad ogni terapia fisica e di riattivazione, mancano soprattutto gli ambienti dove il malato potrebbe muoversi liberamente, ricevere quelle terapie fisiche necessarie a mantenerlo in attività, distrarsi e impegnarsi con giochi od occupazioni adeguate alla sua età e al suo stato di salute, tali da mantenerlo impegnato in un tipo di vita il più possibile vicino a quella normale. Allontanare il più possibile la paura dell'ospedale, la visione della morte del vicino di letto, la sensazione che la malattia sia irreversibile e che l'ospedale sia l'ultima dimora: mantenere invece viva la speranza di poter riprendere la propria vita normale, sia pure con qualche limitazione indotta dall'età o dalla malattia, conservare la possibilità di essere almeno autosufficiente e non di peso totale alla famiglia od alla società: tutto questo è essenziale, soprattutto in un ospedale dove è facile esser presi da paura maggiore di quanto non comporti la gravità della propria malattia.

Mentre per un giovane, specie se malato acuto, i danni psicologici sono per lo più transitori, in quanto la spinta che riceve dalla famiglia e dal lavoro è tale da fargli superare il temporaneo disinserimento dalla collettività e riportarlo alla vita normale, per un vecchio il ricovero in ospedale non significa solo paura della morte, ma soprattutto perdita dei contatti sociali e inizio di quel distacco familiare che molto spesso diventa definitivo.

Infine, tenere un vecchio nel letto continuamente, per più giorni, vuol dire iniziare spesso un circolo vizioso negativo che ne diminuisce progressivamente tutte le funzioni, non soltanto muscolari, ma anche vegetative e soprattutto psichiche. Dal punto di vista psicologico la paura di morire o di aggravarsi che viene spesso dal contatto con malati più gravi fa sì che difficilmente egli voglia abbandonare spontaneamente il letto, neppure se sollecitato; alla naturale stanchezza muscolare per l'età e per il disuso, si aggiunge una tendenza ipocondriaca, una sfiducia nelle proprie forze e nella propria capacità di ricupero, una dipendenza sempre crescente ed una progressiva richiesta di cure mediche e di ogni forma di assistenza.

Spesso per comodità di servizio il malato viene consigliato a rimanere il più possibile a letto ed egli finisce per richiedere anche tutti quegli aiuti che non gli sarebbero affatto necessari, sì che rapidamente egli perde quasi completamente quella autosufficienza necessaria per un ritorno a domicilio. Anche l'eccessiva assistenza finisce per distruggere quelle residue capacità di autonomia e soprattutto la fiducia nelle proprie forze e la volontà di abbandonare il letto e l'ospedale.

La società lo respinge, la famiglia lo allontana, il suo mondo si chiude; egli desidera rimanere per sempre in quel letto e in quell'ospedale per paura di non ricevere quelle cure e quelle attenzioni che ritiene indispensabili alla sua sopravvivenza e per timore che il mondo al di fuori sia troppo pericoloso per la sua fragilità. E' dimostrato che se un vecchio rimane in un ospedale più di tre mesi, difficilmente riuscirà a ritornare alla vita normale.

Anche se dimesso dall'ospedale, ne cercherà un altro fino alla fine: ha perduto così la fiducia e la speranza di vita autonoma. Più ospedali e più letti di questo genere e con questo tipo di assistenza si creeranno e più aumenterà il numero dei malati ed infermi cronici.

Prima in Inghilterra e poi in altri Paesi si è cercato con nuove e moderne forme di assistenza di porre rimedio a questa tendenza ad aumentare indiscriminatamente il numero dei letti per vecchi infermi, con la creazione nei grandi ospedali di unità geriatriche di riattivazione che hanno lo scopo non soltanto di curare le malattie nel modo tradizionale, ma di ridare al vecchio malato, il più presto possibile, durante la degenza, quella autonomia necessaria al sollecito ritorno a domicilio o comunque in altre abitazioni che possono in mancanza sostituire la propria casa.

Per raggiungere questi scopi, queste unità geriatriche devono essere allo stesso livello medico e assistenziale dell'ospedale generale e non declassate come sono gli attuali reparti per cronici e per vecchi.

Altro principio è la differenziazione del malato e la diversa distribuzione degli spazi.

Anche se le malattie del vecchio possono essere simili a quelle del giovane, diversi sono il trattamento e l'assistenza.

Principalmente occorre effettuare il ricovero e le cure fin dal primo manifestarsi della malattia acuta per prevenire i rapidi scompensi, le complicanze o sequele responsabili delle frequenti cronicizzazioni.

Le cure sollecite in reparti adeguatamente attrezzati ad alto livello medico hanno, oltre che un risultato terapeutico migliore, anche un buon effetto psicologico sia sul paziente che sui familiari costretti, qui da noi, a lunghe attese in ospedali meno attrezzati, con scarso interessamento da parte dei sanitari e del personale di assistenza, ancora scettico sulle possibilità terapeutiche oggi a disposizione per gli anziani ammalati, le quali sono spesso grandemente efficaci se impiegate tempestivamente, e con il massimo impegno.

Camere individuali, sotto la continua osservazione di infermiere competenti e di personale medico specializzato, isolamento dei malati più gravi, tende a ossigeno, aria condizionata, isolamento dai rumori e dalla diffusione di infezioni; eventualmente possibilità di un controllo automatico, continuo, della pressione, del polso, del respiro, della temperatura, di un elettrocardiogramma ed altro.

Accanto a queste poche stanze bene attrezzate per malattie gravi acute dove si pratica la *intensive care*, esistono inoltre i reparti normali con camere a due o più letti di minore impegno costruttivo, cosiddette « a breve degenza », ma con tutte quelle facilitazioni che permettono al personale di assistenza di tenere sempre alzati i malati, in ambienti adeguati di soggiorno, dove viene sollecitata continuamente la conversazione e la vita in comune di tipo familiare (*progressive care*).

Piccoli gruppi, sotto la costante influenza di personale che deve dare psicologicamente al paziente la sensazione che può fare di più e deve far de sè. Scopo fondamentale, a parte la cura medica della malattia di cui è affetto o della invalidità conseguita, è quello di stimolare il paziente alla maggiore autosufficienza e di sollecitarlo verso una partecipazione attiva alla vita intesa come indipendenza personale, in un primo tempo per le necessità più semplici e poi per quelle più complesse; indipendenza e autosufficienza, requisiti necessari per il ritorno sollecito a casa o in altro ambiente che ne possa sostituire la funzione (*reactivation therapy rehabilitation*).

Da questi reparti vengono rapidamente allontanati quei malati che, dopo una degenza minima necessaria per il recupero della malattia acuta, restano purtroppo gravemente invalidi, o che dopo i primi orientamenti diagnostici non danno illusione per un recupero sia pur parziale (*long-stay*).

La convivenza di malati completamente invalidi o allettati insieme ai parzialmente invalidi in via di recupero indebolisce psicologicamente questi ultimi, togliendo loro quella sicurezza o quella speranza che derivano da ambienti dove il continuo miglioramento degli altri stimola la volontà di guarigione.

Il precoce intervento dei fisioterapisti nei primi giorni al letto del malato e successivamente in stanze contigue a quelle di riunione, o, nei casi migliori, in piccole palestre, impegna anche i più pigri e negativisti ad una riattivazione delle funzioni lese o, nella peggiore ipotesi, ad una migliore utilizzazione di quelle residue: la ripetizione, frequente e per brevi periodi di tempo, di manovre e di movimenti progressivamente più impegnativi, sempre adeguati alle capacità individuali, sotto la costante sorveglianza del medico che conosce le gravi limitazioni organiche e funzionali di questi malati, ci rende conto dei buoni risultati raggiunti e della brevità della degenza in questi reparti (tra inizio della malattia e recupero non vengono superati in media i due mesi).

Per la funzione della unità « a breve degenza » è necessario che vi siano attigui reparti « lungo-degenti », sia per i pazienti che non hanno speranza di un rapido recupero, sia per i convalescenti che, pur essendo notevolmente migliorati e in grado di attendere ai propri bisogni personali, non sono ancora totalmente autonomi né abili alle faccende domestiche (*Welfare houses*).

Purtroppo tra le malattie della senilità hanno larga prevalenza quelle che interessano non soltanto il sistema nervoso, ma soprattutto lo stato mentale dei pazienti. Spesso alle malattie fisiche si accompagnano stati confusionali che rendono difficile la permanenza di questi malati nell'ospedale geriatrico. Il loro ricovero negli ospedali psichiatrici da un lato rende arduo il trattamento medico delle affezioni morbose d'interesse geriatrico e dall'altro aggrava la pleora dei manicomi dove questi pazienti non possono ricevere un trattamento adeguato in quanto l'al-

terazione mentale è per lo più la conseguenza di malattie organiche multiple e complesse di cui l'aspetto psichiatrico è solamente una manifestazione secondaria.

Per questi malati sembra oggi più opportuno creare reparti appropriati o nell'ambito degli stessi ospedali geriatrici, per i casi più lievi suscettibili di regressione, o anche nell'ambito degli ospedali psichiatrici, per i casi in cui si renda necessario un trattamento ed una assistenza più specializzati, o anche reparti indipendenti dislocati nei vari quartieri della città, cosiddetti « reparti aperti », dove la famiglia nei momenti più difficili può ricoverare temporaneamente il malato e andarlo a trovare quotidianamente, facilitando così quel recupero che diventa molto meno probabile nell'isolamento e nella segregazione del tradizionale manicomio.

L'utilità di questi reparti aperti, psico-geriatrici, distribuiti nei vari quartieri della città, viene sempre più riconosciuta sia nell'interesse di quei pazienti che manifestano solo saltuariamente stati di agitazione alternati a periodi di compenso, del tutto tollerabile per la vita familiare, sia nell'interesse dei diversi istituti geriatrici (dalle case di riposo agli ospedali veri e propri) in cui la presenza di confusi o agitati è di grave intralcio ad una buona efficienza dell'istituto e riduce l'efficacia dei trattamenti per gli altri ricoverati.

Inoltre, sempre nell'ambito dell'ospedale geriatrico, accanto ai reparti degli acuti, a quelli dei lungo-degenti ed a quelli dei confusi mentali si creano alcune piccole comunità dove, ancora con sorveglianza medica, ma più blanda, e minima assistenza infermieristica, può essere iniziata, con minor costo assistenziale, una vita più vicina a quella familiare, protetta ma sufficientemente indipendente; sono le cosiddette *Welfare houses*, o convalescenziari: piccole case di cura dove fra l'altro viene continuata la terapia di mantenimento, la fisioterapia e la terapia occupazionale.

Accanto a questi reparti funzionano anche i cosiddetti *Day Hospitals*, cioè servizi soltanto diurni dove vengono accolti i malati esterni dimessi dagli ospedali o anche gli altri vecchi normali; questi lasciano la mattina le loro case per ritornarvi la sera — come negli asili per bambini — condotti dai propri parenti o con i mezzi degli enti assistenziali. Viene in tal modo fornita, oltre la possibilità di svaghi e di lavoro e di cure fisioterapiche, l'assistenza dei medici e delle infermiere per eventuali controlli e la prosecuzione della cura ospedaliera anche dopo le dimissioni.

Negli ospedali geriatrici esistono anche dei servizi sociali che, prima ancora della dimissione del paziente, si interessano di stabilire i rapporti con la famiglia o, in mancanza di questa, di riadattare l'abitazione privata ai nuovi bisogni dell'anziano parzialmente inabile, affidando il vecchio alle varie organizzazioni sociali periferiche, comunali o private. Queste se ne interessano procurando i mezzi indispensabili di vita e una certa sorveglianza, eseguendo visite frequenti, fornendo pasti caldi, occupandosi del cambio e del lavaggio di biancheria, non solo quando l'anziano non ha più nessuno che l'aiuta, ma anche se vive in una famiglia che non è in condizioni di offrire una assistenza adeguata.

Al di fuori dell'ospedale esistono anche numerose case di riposo, case albergo ecc. gestite su basi familiari: piccole comunità dove l'individuo si può sentire come in una vecchia pensione.

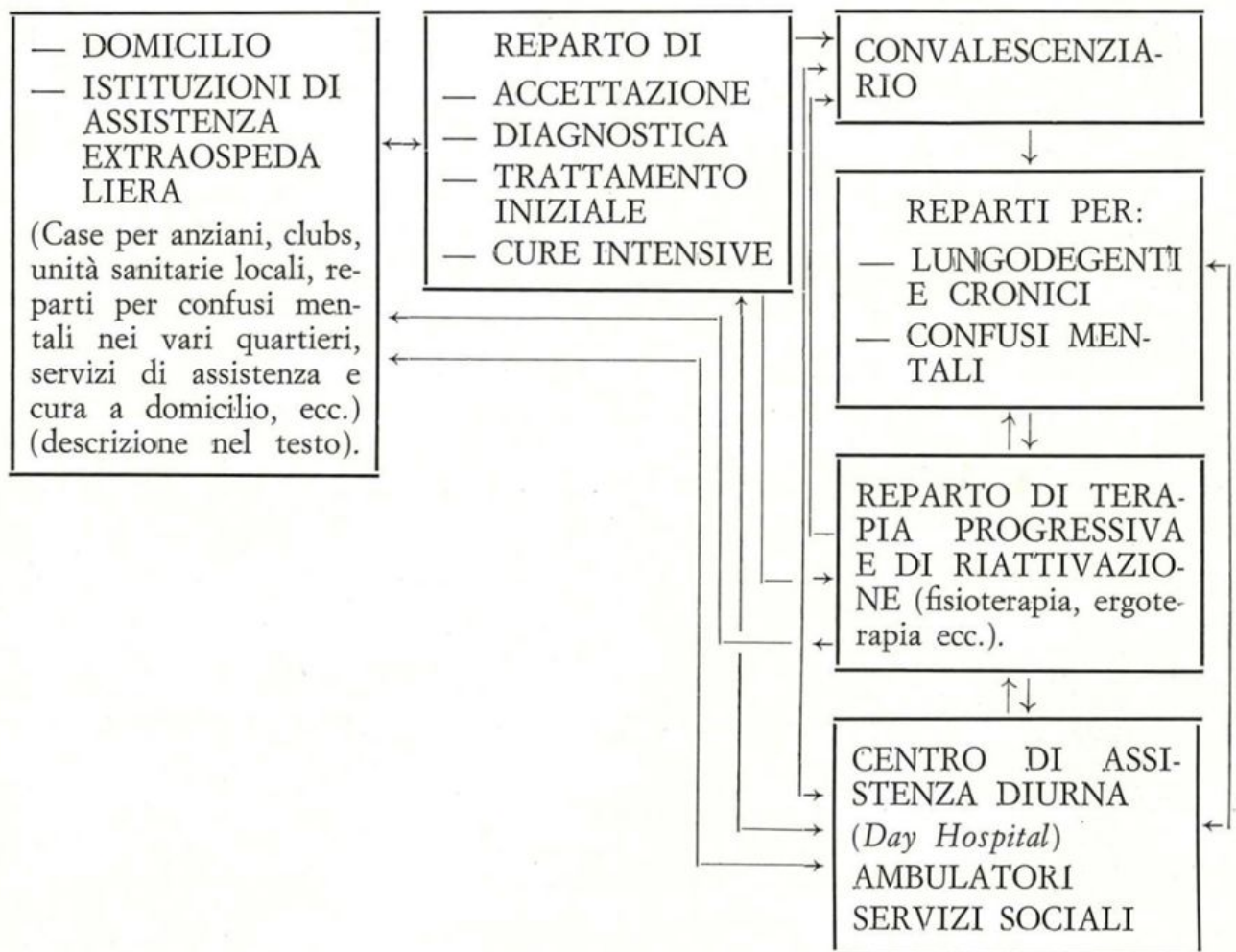
Qualora insieme al reparto acuti non si riesca a creare una serie di reparti

differenziati, non è possibile mantenere questo tipo di assistenza progressiva e l'ospedale geriatrico (v. schema) non può svolgere più la sua funzione di riattivazione, di restituire cioè l'autosufficienza per una vita indipendente a casa.

L'apparente complessità e il costo dei servizi accessori vengono sicuramente compensati dal minor periodo di degenza. In quasi tutti gli ospedali che abbiamo visitato, abbiamo con sorpresa osservato che dei malati che entrano, solo il 5-15% rimangono inabili permanentemente nei reparti di lunga degenza con età media intorno agli 80 anni. L'indice di mortalità dei ricoverati è circa il 20%, mentre le dimissioni si aggirano sul 70% dopo una degenza media di due mesi circa.

L'aumento del costo in questi ospedali specializzati è giustificato dagli ottimi risultati ottenuti e viene compensato dal più breve periodo di ricovero. Un ospedale così concepito rappresenta il nucleo intorno al quale viene organizzata l'assistenza a domicilio che, pur restando gestita da altri enti, ha nell'ospedale specializzato il punto più importante di appoggio.

SCHEMA DI ASSISTENZA OSPEDALIERA E DOMICILIARE PER GLI ANZIANI



Una vecchia classificazione inglese ci può essere di aiuto nel pianificare dei servizi geriatrici moderni. La popolazione sopra i 60 anni si può così dividere:

- 1) Vecchi così detti sani
- 2) Vecchi inabili ed infermi
- 3) Vecchi malati:
 - a) acuti
 - b) cronici e lungodegenti
- 4) Vecchi con alterazioni mentali:
 - a) che non hanno bisogno dell'ospedale psichiatrico I) che possono stare al proprio domicilio II) che necessitano di assistenza nei reparti di lungodegenza degli ospedali geriatrici
 - b) che hanno bisogno di trattamenti attivi e cure in ospedali psichiatrici.

Si riconosce oggi, quindi, la necessità di creare reparti differenziati nell'ambito degli ospedali generali o universitari, cosiddette unità o divisioni geriatriche, per la cura medica specializzata e la riabilitazione dei vecchi malati. In questi reparti si dovranno trovare tutte le tecniche moderne di indagine e di trattamento simili a quelle degli altri reparti medici dell'ospedale a cui appartengono. Questi reparti, inoltre, devono avere lo stesso tipo di ammissione, diagnosi e trattamento dei reparti di medicina generale, con un personale adeguato per numero ed istruzione. La direzione ed il controllo saranno preferibilmente affidati a consulenti specialmente educati nella medicina geriatrica. E' essenziale per il rinnovo dei pazienti che vi sia un numero sufficiente di letti per un trattamento continuo e di riabilitazione. Altrettanto necessari per la funzione dell'ospedale sono i reparti per lungodegenti. Il dipartimento geriatrico dell'ospedale generale deve essere responsabile anche della organizzazione degli ambulatori esterni, dei centri di cura diurna e anche dell'assistenza a domicilio. Una certa estensione dell'attività dell'ospedale nella comunità è essenziale, per cui i servizi degli ospedali devono rimanere in stretto contatto con i servizi domiciliari e tutorii gestiti dagli Enti locali.

Via via che i vecchi saranno ammessi per breve periodo di tempo in ospedali per l'indagine ed il trattamento, con un sollecito ritorno al loro domicilio, sparirà la paura dell'ospedale stesso e sarà possibile con il servizio di assistenti sociali e di infermiere del distretto seguire per qualche tempo il malato dimesso; favorirne da un lato il reinserimento nella vita sociale, dall'altro la prevenzione di eventuali recidive, tramite una nuova ammissione in ospedale prima che le complicanze portino alla completa infermità. Tutto ciò necessita educazione speciale per studenti, medici, infermieri, assistenti sociali, logopedisti, fisioterapisti ed ergoterapisti perché vadano di pari passo le cure mediche e di riabilitazione; cure e trattamenti che non possono essere praticati negli ospedali generali.

Un servizio geriatrico che integri l'ospedale nella comunità, oltre che offrire cure più sollecite ed efficaci sarebbe meno oneroso, visto nel suo insieme, di quanto oggi viene speso, senza successo, per il semplice mantenimento dei cronici infermi e degli anziani negli ospedali tradizionali e nei ricoveri ed ospizi.

Per la funzione di un ospedale geriatrico di riattivazione è d'altra parte necessaria una breve degenza. Abbiamo già detto che una permanenza in ospedale più lunga di quella indispensabile alla terapia specifica della malattia ed alla riattivazione fisica e psichica rende il malato psicologicamente depresso e disinserito. E' necessario perciò che parallelamente alla prognosi si reperiscano in tempo quelle forme di assistenza extra-ospedaliera che permettano la continuazione delle cure a domicilio e rendano possibile una vita autonoma e indipendente anche se parzialmente protetta.

L'assistenza sociale dell'ospedale dovrà mettersi prontamente in contatto con i servizi forniti dagli Enti locali e dalle associazioni private, oltre che interessarsi a mantenere stretti collegamenti colle famiglie stimolando la loro responsabilità e facilitando nei limiti del possibile il rientro dei pazienti al proprio domicilio. Per i vecchi che possono mantenere una certa autosufficienza l'assistenza più utile ed auspicabile è quindi quella domiciliare. Ciò può essere facilitato non soltanto con aiuti economici, purtroppo sempre inadeguati ai crescenti bisogni e del tutto insufficienti a procurare quei servizi domiciliari individuali di un costo ormai proibitivo anche per le categorie abbienti, quanto coll'organizzare e rendere reperibili quei servizi collettivi che alle famiglie permetteranno di mantenere ancora il vecchio nel proprio ambiente e al vecchio solo di restare, fino a che è possibile, nella propria casa, o in una abitazione in cui si possa vivere anche soltanto con questa forma di assistenza.

Ecco alcuni servizi forniti dal *National Health Service* tramite le autorità sanitarie distrettuali:

- Servizio domestico e di sorveglianza diurna o notturna, parzialmente pagato dall'assistito o dagli Enti locali, a seconda delle possibilità economiche del paziente
- Possibilità da parte del medico curante di inviare un'infermiera, per più o meno tempo, che possa somministrare le cure, lavare, cambiare, nutrire il paziente e educare i familiari all'assistenza
- Servizi di lavanderia e fornitura di biancheria
- Pulizia e bagno del malato
- Pedicure
- Pasti caldi a domicilio, con diete sorvegliate
- Ambulanze e mezzi di trasporto
- Visite sanitarie per prevenire le ricadute e dare consigli sul modo di vivere a domicilio; protezione dai pericoli; problemi dietetici
- Cure fisiche, protesi dentarie, ecc.
- Facilitazioni nel provvedere ai pazienti parzialmente sordi o ciechi i mezzi necessari
- Tutela amministrativa per gli incapaci a provvedere ai propri interessi
- Assistenza in senso preventivo e nella convalescenza, facilitando il soggiorno in località climatiche
- Profilassi della salute mentale

— Forzato allontanamento dal proprio domicilio di infermi e inabili quando l'ambiente sia malsano e le condizioni di vita e di assistenza inadeguate. E' ovvio che viene fornita gratuitamente l'assistenza medica e farmaceutica oltre a tutti quei mezzi che si rendano necessari per la cura a domicilio (letti snodabili, materassi speciali, aspiratori bronchiali, apparecchi ortopedici, sedie per invalidi ecc.). I servizi di assistenza nazionale, forniti dalle autorità locali (Comuni e Province), offrono anche aiuti di ogni genere agli inabili di qualsiasi età, informazioni e consigli, facilitazioni per attività sociali e di lavoro e altre cure domiciliari.

Esistono poi organizzazioni volontarie private, coordinate da una associazione nazionale (*National Old People's Welfare Council*) che accoglie tutti quelli che vogliono dedicare parte del proprio tempo libero all'assistenza ai vecchi. I servizi che oggi vengono offerti da questa associazione sono così numerosi e vari che è difficile elencarli. Il primo problema è conoscere il bisogno individuale dei vecchi e portare soccorsi in tempo, anche se non richiesti. Alcuni vecchi ricevono troppe cure, altri troppo poche. E' necessario quindi valutare tutte le differenti necessità spesso sconosciute; bisogna perciò rendere nota ai vecchi l'esistenza di queste possibilità di aiuto: riunioni nei clubs, bollettini locali di informazioni, conferenze ed incontri, organizzazioni di giornate o settimane speciali che dimostrino ed illustrino le varie forme di assistenza, visite agli anziani, aiuti a domicilio, aiuti per il trasloco, riadattamento delle case e fornitura di speciali mezzi per rendere possibile agli inabili la vita a domicilio, preparazione della casa quando essi ritornano dall'ospedale, e ancora fornitura di pasti, pedicure, lavanderia, assistenza notturna, attività di svago, servizi religiosi, dischi, radio, TV, films, librerie e mobili, vacanze in gruppo ed individuali, trasporto in automobili specialmente adattate per gli infermi, trasmissioni televisive speciali, mezzi per attività artigianali, informazioni e assistenza per molti altri bisogni.

Una parte speciale viene dedicata dalle autorità locali alle abitazioni: nuove case per i vecchi soli, dove è più facile vivere anche con pochi aiuti e con minori pericoli, evitando però la segregazione e la solitudine col riunire più nuclei di vecchi nello stesso casamento. Tali case, per lo più a pian terreno, sono poste in genere in prossimità dei trasporti pubblici, di negozi, di chiese e di altri edifici di pubblico interesse, sì da rendere possibile ai vecchi la partecipazione alla vita della comunità. Le abitazioni, per lo più di 2 ambienti, non devono guardare nei cortili, possibilmente essere mescolate ad abitazioni per giovani e devono essere provviste di tutti quegli accorgimenti per evitare i più comuni incidenti (cadute, incendi, fughe di gas, ecc.).

Molte case di vecchia costruzione sono adattate alle necessità delle persone anziane (riscaldamento, acqua calda, scale, corrimani, ecc.). Così vengono rinnovati i vecchi ospizi e trasformati in piccoli appartamenti o case residenziali dove vengono forniti anche i pasti, svaghi, vestiti, tabacco, dolci, cure mediche e modeste somme di danaro per i bisogni personali, favorendo la suddivisione delle grandi unità del passato in piccoli pensionati che mantengono le caratteristiche della vita familiare piuttosto che istituzionale. In questi ambienti preferibilmente si manderanno persone più vecchie e meno autosufficienti dove potranno essere assistite per malattie intercorrenti di lieve entità evitando in tal modo l'ospedalizzazione. Vi saranno piccoli salotti, piuttosto che grandi stanze di ritrovo, e possi-

bilmente camere singole. Vi si potrà portare la propria mobilia, mantenere la propria individualità, uscendo liberamente e ricevendo amici e parenti. Interessi e occupazioni vengono continuamente stimolati. In genere questi pensionati misti di uomini e donne non ospitano più di 30-35 persone. Recentemente, specie per i più infermi, si sono raggiunti i 50-70 letti.

Tra le varietà di alloggi con maggiore o minore assistenza, per i gravi infermi, come per i confusi, sono da ricordare anche quelle dove è prevista una breve permanenza dopo la dimissione dall'ospedale e prima del rientro alla propria casa. Sono case di salute dove il paziente può in breve tempo riadattarsi alla vita normale o soggiornarvi nei periodi in cui il resto della famiglia si allontana per le vacanze.

La varietà degli alloggi dimostra l'alto livello di assistenza che rispecchia i differenti bisogni individuali e condanna le antiquate forme collettive, che, come abbiamo già detto, sono dannose per i vecchi anche se nelle intenzioni dovrebbero essere di aiuto alla comunità.

Purtroppo queste forme di assistenza non possono prescindere da un certo livello economico, stabilito da un adeguato sistema di pensionamento che renda possibile una sia pur relativa indipendenza economica che è la base della libertà individuale.

Descrivere i sistemi integrativi con cui lo Stato e gli Enti locali concorrono a garantire il minimo indispensabile, indipendentemente dal lavoro prestato ma in rapporto inverso al reddito personale, sarebbe troppo complesso e difficile a condensare in breve spazio e ciò esula inoltre dalla mia specifica competenza. Mi basta a questo punto invitarvi a rendervi conto direttamente del problema perché ritengo vostro compito interessarvi a nuove forme di assicurazioni private, individuali o di gruppo, che possano non soltanto garantire una certa integrazione economica di ciò che lo Stato assicura obbligatoriamente con le pensioni, ma fornire dei servizi difficilmente reperibili ai singoli e non suscettibili della inevitabile svalutazione economica. Soprattutto i ceti medi hanno in Italia bisogno di tali servizi. A differenza dei ricchi essi non hanno mezzi adeguati per procurarseli ed a differenza dei poveri non hanno quegli aiuti familiari spesso legati allo spirito di sacrificio ed alla maggior riconoscenza per i disagi sofferti per loro dai genitori. E' ovvio che le stesse ragioni che hanno reso possibile l'alto numero dei figli rendano anche più facile l'assistenza dell'anziano nelle famiglie abituate a livelli di vita più modesti.

Le assicurazioni private potrebbero quindi fornire ai propri assicurati abitazioni singole o case albergo provviste di quelle facilitazioni e di quei servizi in comune che rendano possibile la permanenza dei vecchi fino a tarda età con una relativa indipendenza e sicurezza.

L'uomo moderno non è affatto consolato dall'allungamento della vita che si accompagna per lo più ad un allungamento della vecchiaia e ad una più precoce cessazione dell'attività lavorativa. Questa giusta preoccupazione di come e dove vivere da vecchio comincia fin dalla giovinezza, prima per i propri genitori, poi per se stessi. Le tradizionali forme di previdenza, rese inutili dalla svalutazione ormai sistematica nella attuale economia e dal costo progressivamente crescente dei servizi e dalla loro difficile reperibilità, fanno dubitare ciascuno sulla possibilità di poter mantenere fino alla fine della vita le proprie abitudini e soprattutto la propria indipendenza. Lo spettro dell'ospedale, del cronicario, dell'ospizio o del pensionato per vecchi distrugge ogni illusione di una vecchiaia serena.

Non basta assicurare un po' di denaro; secondo me il compito degli assicuratori privati oggi è quello di trovare nuove forme assicurative che contribuiscano a garantire un modo decente di vivere nell'epoca del pensionamento. L'unico modo è quello di una vita autonoma, indipendente, con quelle protezioni, sorveglianze ed aiuti di cui un vecchio solo ha sempre più bisogno. Non sempre è possibile ottenere questo con il danaro: bisogna piuttosto facilitare la creazione dei servizi necessari alla autonomia di un vecchio sì da poterne usufruire con un costo ragionevole.

E' questa per me la vera funzione delle assicurazioni private: garantire entro certi limiti ed a chi lo voglia quel senso di sicurezza che la moderna evoluzione della società ha completamente distrutto e che siamo stati finora incapaci di ricostruire.



Prof. Gino Bergami

Direttore dell'Istituto di Fisiologia Umana dell'Università di Napoli

PROBLEMI TERAPEUTICI DELL'ANZIANO

In una società medicalmente evoluta, il gruppo iniziale e quello terminale dello spettro completo della popolazione, vale a dire l'infanzia e la vecchiaia, sono da considerarsi come i due gruppi a più elevata morbilità e, conseguentemente, a più elevato consumo di farmaci.

Le necessità terapeutiche di questi due gruppi sono peraltro nettamente diverse, perché mentre nel caso della terapia pediatrica, oltre alle terapie richieste da eventuali deficit di accrescimento e di sviluppo, prevalgono quelle atte a debellare agenti morbigeni che vengono dall'esterno ad aggredire l'organismo, nel caso della terapia geriatrica, oltre alle terapie volte ad opporsi ad una senescenza precoce, prevalgono le terapie volte a curare le malattie di tipo degenerativo, inevitabile conseguenza del logoramento cellulare e dei tessuti.

Questa netta differenza tra le necessità terapeutiche di questi due gruppi di popolazione, l'infanzia e la vecchiaia, spiega perfettamente perché l'innegabile progresso terapeutico di questi ultimi decenni, caratterizzato prevalentemente dalla disponibilità di una vasta gamma di nuovi farmaci attivi contro molti agenti morbigeni esterni, abbia portato una nettissima diminuzione della mortalità infantile e ad un notevole allungamento della vita media, mentre ha purtroppo, dobbiamo riconoscerlo, di poco migliorate le probabilità di vita dell'ultrasessantenne.

Infatti, esaminando alcune statistiche attuariali statunitensi possiamo rilevare che un sessantenne, per esempio, aveva nel 1901 una *life expectancy* di 14,39 anni, cioè una possibilità di vita residua di poco inferiore a quella che un sessantenne ha oggi, pari a circa poco più di 15 anni.

Evidentemente scarsi progressi sono stati fatti nella terapia delle malattie più frequentemente mortali negli anziani, ed infatti, in base ad un'altra rilevazione statistica nord-americana su 1700 pazienti ultra sessantacinquenni, si rileva che tumori e malattie circolatorie, specialmente arteriosclerotiche, sono causa di malattia grave per oltre il 60% dei casi, percentuale globale che varia di poco anche se si esaminano gruppi di pazienti ancora più anziani, perché la diminuzione dei casi di tumori, caratteristica coll'avanzare dell'età, viene ampiamente compensata dall'aumento della morbilità per arteriosclerosi e malattie circolatorie. Due malattie quindi, tumori e malattie circolatorie, arteriosclerosi in particolare, per le quali dobbiamo riconoscere di essere terapeuticamente male armati, e questo

porta naturalmente ad una evidente limitazione di quella che può essere considerata una efficiente terapia dell'anziano.

E' questa la ragione per la quale io ho voluto dare a questa mia conversazione il titolo « Problemi della terapia dell'anziano », anziché terapia dell'anziano, volendo così dire che in realtà non disponiamo ancora di una sufficiente documentazione che permetta di precisare una particolare e ben definita specializzazione terapeutica. In effetti siamo ancora nella fase di impostazione dei problemi terapeutici della persona anziana e pertanto non è il caso che l'auditorio si aspetti da me una specie di prontuario della terapia gerontologica, perché in realtà io sarò costretto a presentarvi più quesiti che risposte, più speranze che realtà concrete.

Per amor di chiarezza converrà subito distinguere due categorie di problemi: una prima categoria che si riferisce ai tentativi terapeutici miranti ad attenuare le alterazioni di struttura e di funzione causate dall'invecchiamento, ed una seconda categoria che si riferisce all'adattamento alle particolari condizioni dell'individuo anziano della terapia che potremmo definire in un certo senso « convenzionale », atta ad alleviare determinate deficienze funzionali particolarmente rilevanti durante l'età senile.

Per esemplificare potremmo indicare come un esempio della prima categoria i ben noti tentativi terapeutici di trapianto testicolare del Woronoff, mentre potrebbe rappresentare un esempio della seconda categoria la somministrazione di vasodilatatori del tipo, per esempio, dell'acido nicotinico e derivati, per migliorare le condizioni circolatorie di questo o di quel distretto vascolare. Pur avendo entrambe le categorie notevole importanza pratica, è evidente che i tentativi terapeutici intesi a ritardare la senescenza sono di gran lunga i più interessanti per la maggior parte delle persone e rappresentano la moderna versione dell'ancestrale ricerca dell'elisir di lunga vita.

Converrà pertanto cominciare con un giro d'orizzonte che ci permetta di riconoscere i tentativi sinora compiuti, gli insuccessi che purtroppo sinora li hanno coronati ed i nuovi indirizzi sperimentali che si vanno via via concretando e che rappresentano invece le nostre speranze.

Il volere esaminare con una critica obiettiva tutti i vari tentativi di terapie di ringiovanimento che sono stati sinora compiuti è in fondo, mi si perdoni il funereo paragone, come leggere le lapidi di un cimitero: nacque il tal anno, visse più o meno bene per tot anni, scomparve definitivamente l'anno tale.

E non si tratta di un cimitero diremo così monumentale, o di carattere storico, dato che nuovi defunti vi vengono continuamente deposti, dopo una vita più o meno breve, perché vi sarà sempre un notevole numero di coloro che saranno pronti a seguire i dettami di chi, in buona fede, promette di realizzare il sogno di Faust.

Per rimanere nel campo diremo così storico dei tentativi a base scientifica si può iniziare questa cronistoria con la famosa storica seduta della Società di Biologia di Parigi che ebbe luogo nel 1889, quando il vecchio Brown-Sequard comunicò all'assemblea che con poche iniezioni di estratto di testicoli di toro si poteva ringiovanire di decenni. Comunicazione storica che ebbe il merito di essere il seme della moderna endocrinologia, ma che indusse inutilmente chissà quanti

anziani dell'epoca a sopportare fastidiosi ascessi e dolorose iniezioni nella speranza di un meraviglioso ritorno di gioventù.

L'insuccesso non scosse minimamente una concezione che, si può dire, è basata ancestralmente nella nostra mente e che è molto diffusa, e cioè che si possa mettere in stretto rapporto l'attività sessuale con il vigore del corpo e che quindi prolungando e potenziando l'attività delle ghiandole sessuali si possa ritardare o attenuare la senescenza.

Confondendo l'effetto (diminuzione della virilità) con la causa (senilità) si è per molti anni insistito su questa illusoria via, cercando con vari mezzi di perfezionare la primitiva tecnica di Brown-Sequard; nacquero così la terapia con innesti di testicoli di scimmie antropomorfe di Woronoff, la legatura dei deferenti dello Steinach, il chirurgo viennese che legava i deferenti, ipotizzando che con la soppressione della produzione degli spermatozoi potesse aumentare l'attività del tessuto interstiziale.

Entrambe queste terapie vissero quanto vissero i loro propugnatori, scomparendo praticamente dopo l'isolamento e la identificazione degli ormoni sessuali, che appena furono facilmente disponibili dettero anch'essi origine a vari fugaci e disilludenti tentativi sperimentali.

Sempre per rimanere nel campo degli ormoni, rimase sterile anche il tentativo di utilizzazione degli ormoni sessuali associati a quelli surrenocorticali, pur essendo basato su una razionale interpretazione di un fatto, e cioè che coll'aumentare dell'età è possibile osservare un progressivo calo degli androgeni urinari, e quindi la possibilità di poterli somministrare artificialmente faceva pensare di potersi opporre al processo dell'invecchiamento.

Tentativi in questo senso furono fatti dall'endocrinologo Pincus, creatore delle ben note pillole antifecondative, con una speciale pillola formulata per questo preciso scopo, contenente cortisolo, corticosterone, androsterone e testosterone, in proporzioni adatte a sopperire ai deficit precedentemente determinati, col risultato che effettivamente si riusciva a controllare l'eliminazione urinaria di tutti gli steroidi interessati, si che le cifre ritornavano alla norma, ma i vecchi rimanevano purtroppo vecchi; praticamente non si aveva nessun fenomeno di ripristino delle caratteristiche funzionali alterate dal processo di invecchiamento.

Vani parimenti risultarono tutti i tentativi fatti con estratti tiroidei, o tessuti embrionali, o associazioni di ormoni maschili e femminili, o ormoni anabolizzanti, e tutt'altro che probativi e statisticamente accertabili possono essere considerati i risultati che tuttora qualcuno dichiara di ottenere con estratti di placenta o con estratti di organo più o meno selezionati misteriosamente, iniettati sottocute, ecc.

Come giustamente diceva Patrono, un illustre endocrinologo italiano, pochi anni or sono, proprio alla Società di Gerontologia, bisogna riconoscere che il problema di una ormonoterapia per la vecchiaia si è, finora per lo meno, concluso con un nulla di fatto.

Ma tanto radicato è il desiderio di illudersi, così forte è nel nostro io il rimpianto della perdita giovinezza, che qualsiasi audace illazione che venga tratta da una osservazione fatta magari su un insetto, sia che si tratti di un principio attivo necessario all'ape regina, o del principio attivo del « corpora allata » che man-

tiene la forma giovanile delle larve impedendone la trasformazione in insetto adulto, viene considerata come una possibile terapia e talvolta addirittura adottata e diffusa.

Non mi meraviglierei affatto se, in breve lasso di tempo, e senza attendere la necessaria sperimentazione, qualcuno pensasse di utilizzare il recentissimo ritrovato di un nuovo ormone delle piante, della classe delle kinetine, e precisamente la zeatina, attivissima pare nello stimolare la divisione cellulare delle cellule vegetali coltivate in vitro e che a minime dosi (0.001 per cento) riesce a mantenere fresche le foglie tagliate, i fiori recisi, ecc.

Non mi meraviglierei se vedessi diffondere sempre di più l'uso terapeutico dell'acido nucleico e dei suoi derivati, magari estratti dell'embrione di giovani animali, senza che vi sia ancora alcuna prova che questi possono penetrare intatti nei nostri tessuti, come non mi sono meravigliato di vedere nascere, crescere ed invecchiare la terapia con il discusso siero antireticolocitossico di Bogomoletz o la terapia con le iniezioni di procaina, o altre cose del genere che hanno un fugace periodo di maggiore o minore adozione.

Chiunque abbia dimestichezza con gli straordinari effetti terapeutici che si possono ottenere con una pillola di amido in una certa percentuale di persone, dette perciò placebo-sensibili, non si deve meravigliare se sentirà che in questo o quel vecchio questa o quella terapia hanno potuto provocare effetti mirabili. Però basta chiedere di rivedere lo stesso paziente uno o due anni dopo per convincersi che la meta è ancora lontana.

E' ancora molto lontana, ma non è, secondo me, irraggiungibile, come taluno ha sostenuto, perché stiamo passando fortunatamente dalla biologia cellulare alla biologia molecolare che apre infiniti orizzonti all'interpretazione, con termini fisici e chimici, di fenomeni biologici fondamentali, compreso il fenomeno dell'invecchiamento.

L'avvenire è proprio nell'abbandono dell'empirismo più o meno scientifico per l'adozione di una rigorosa razionale applicazione delle metodologie che hanno portato agli attuali brillantissimi risultati nella chimica e nella fisica.

Noi sappiamo ancora pochissimo, quasi nulla, in realtà delle basi chimiche e fisiche dell'invecchiamento delle cellule, ma via via che le metodologie si perfezionano, noi potremo sostituire a termini più o meno empirici, nozioni sempre più precise, foriere naturalmente di future ulteriori conoscenze.

Le possibilità di sperimentazione sono ormai estremamente numerose e forse non sarà inutile, e di un certo interesse, cercare di puntualizzare quali siano gli attuali più promettenti indirizzi di ricerca in questo campo.

In una analisi sommaria, quale io posso fare in questo breve intervento, converrà distinguere anzitutto due indirizzi nettamente distinti e che possono essere considerati i due indirizzi principali, l'uno rivolto allo studio delle modificazioni indotte dall'invecchiamento a livello della cellula, invecchiamento cellulare, e l'altro a quello delle modificazioni a livello molecolare, cioè addirittura delle molecole che costituiscono gli elementi che sono contenuti nella cellula.

A livello cellulare sono rilevabili due fenomeni basali, la progressiva diminuzione del numero delle cellule (atrofia parenchimale) e l'accumulo in varie cel-

lule di sostanze previamente scarsamente contenute o addirittura assenti nelle cellule non invecchiate.

La diminuzione del numero delle unità funzionali, vale a dire un fegato con meno cellule, un muscolo con meno cellule, un cervello con meno cellule, pur non rappresentando di per sé stessa una condizione di ipofunzionamento, perché c'è sempre un eccesso di unità funzionali rispetto alla funzione da svolgere, è da considerare come una decurtazione delle attività funzionali di riserva. In altre parole la conseguenza pratica della diminuzione del numero delle unità funzionali di un muscolo, per esempio, o di un fegato, ecc., non vuol dire che non funziona più normalmente, ma che quel muscolo o quel fegato, quando siano sottoposti alla necessità improvvisa di rispondere con un maggior numero di unità funzionali, si dimostrano incapaci di farlo perché hanno meno riserve, meno uomini da poter chiamare in servizio attivo, potremmo dire, usando un paragone militare.

Tale è per esempio la diminuzione del numero dei glomeruli del rene, delle fibre muscolari del cuore, dei neuroni cerebrali e delle fibre elastiche del sottocutaneo.

Strettamente collegata a questa perdita di unità funzionali è la minore efficienza circolatoria periferica dell'individuo anziano, sì che appare logico ipotizzare che una delle cause principali, se non forse la causa primigenia, della riduzione del numero delle unità funzionali cellulari sia da ricercarsi proprio nella mancanza di una efficiente circolazione a livello intercellulare, capace di assicurare una perfetta efficienza degli scambi nutritivi.

In altre parole l'atrofia di un certo numero di unità funzionali potrebbe essere la conseguenza di una localizzata fame cellulare o inanizione cellulare che dir si voglia, cioè l'inefficienza dell'apporto dei principî nutritivi in un certo punto di un determinato organo, inefficienza che naturalmente porterebbe alla morte per fame delle cellule più vicine al punto in cui la circolazione è minima o addirittura inattiva, con conseguente arresto degli scambi nutritivi, e quindi accumulo degli escreti e mancanza dell'arrivo del materiale nutritivo.

Da ciò deriva il crescente interesse per lo studio del secondo fenomeno rilevabile a livello cellulare del processo di invecchiamento, caratterizzato dall'accumulo di sostanze previamente non esistenti, specialmente nei riguardi della struttura delle pareti vasali.

Oggidì si è sempre più propensi ad ammettere che la deposizione dei lipidi, delle sostanze grasse, per spiegarmi con termini non tecnici, nell'intima vasale, tipica dell'arteriosclerosi, sia l'ultimo evento di una serie di profonde alterazioni della parte intermedia della parete vasale.

Queste lesioni, caratterizzate da un accumulo di mucopolisaccaridi acidi, successivamente sostituiti da polisaccaridi neutri, porterebbero alla progressiva distruzione di molte fibre di elastina, con fibrosi generalizzata e conseguentemente calcificata, ed infine, in rapporto al tipo particolare di individuo e al suo particolare metabolismo lipidico, all'eventuale deposito anche di colesterolo.

Da ciò deriva il grande interesse potenziale degli studi sul meccanismo di azione e sulle proprietà di alcuni enzimi, e particolarmente dell'elastasi, e lo studio delle particolari modalità di fissazione del calcio a determinati costituenti del tessuto connettivo.

Passando poi al secondo indirizzo, cioè ad esaminare l'indirizzo di ricerca a livello molecolare, due settori appaiono fin d'ora molto promettenti. Uno dei settori si riferisce allo studio dei meccanismi di produzione dei pigmenti senili: io stesso ho sul dorso delle mani una quantità di macchie brune che non avevo quando ero giovane, ma che ora ho essendo ultrasessantenne e credo che molti di voi, guardandosi il dorso delle mani, vedranno delle macchie brune che non c'erano all'epoca della gioventù.

Ora queste macchie si riferiscono a depositi di sostanze speciali, colorate, che non si depositano soltanto sulla cute, ma si depositano in molti altri organi, e ancora ben poco sappiamo sul rapporto tra il deposito di queste sostanze colorate e la funzionalità cellulare.

Questi pigmenti, descritti come lipofuscine, o di tipo ceroide, sono stati osservati nel muscolo cardiaco, nei neuroni, nelle placche ateromatose, nell'elastina, e sembra siano il risultato di una particolare ossidazione di sostanze grasse, lipidi, in rapporto, forse, con una maggiore disponibilità di radicali liberi.

Non è certo il caso di addentrarci nel complesso problema delle eventuali variazioni, durante la senescenza, dell'efficienza delle varie serie di reazioni metaboliche che l'organismo utilizza per trasformare l'energia chimica degli alimenti in quei particolari legami fosforici ad alto potenziale energetico che rappresentano, per così dire, l'unica moneta energetica spendibile nell'organismo, ma non possiamo non farne accenno dato che non si può escludere che in una eventuale minore efficienza del sistema stia appunto la causa della formazione di questi ancora misteriosi pigmenti della senilità.

Numerose osservazioni preliminari indicano già alcuni fattori che ne favoriscono la produzione e alcuni fattori che la ostacolano.

Per esempio, le sostanze del tipo dell'ematina, dei perossidi, di alcuni metalli in tracce, lo stesso ossigeno, favorirebbero la formazione di questi depositi colorati che sarebbe, invece, ostacolata da un'ampia disponibilità di acido ascorbico, di vitamina A e di niacina, tutte vitamine la cui disponibilità pare sia in genere minore nell'anziano.

Interessante a questo riguardo è l'osservazione che la vitamina E eserciterebbe anch'essa un'azione preventiva sul deposito di questi pigmenti ceroidi, specialmente in rapporto al contenuto in acidi polinsaturi della dieta.

Un altro promettente indirizzo di ricerca sul processo di invecchiamento a livello molecolare parte dal presupposto che, a livello dei capillari, il tessuto connettivo, che rappresenta una specie di sostegno per tutte le nostre cellule, funzioni come una barriera selezionatrice che deve essere superata da tutti i principî nutritivi e metabolici per arrivare alle cellule.

In altre parole questa concezione suppone che quando una molecola di una qualsiasi sostanza nutritiva arriva nel sangue capillare per penetrare nelle cellule del tessuto essa non deve soltanto superare la parete del capillare, ma una volta entrata nel liquido interstiziale deve superare anche l'impalcatura che sorregge la cellula, il tessuto che unisce cellula a cellula, cioè il tessuto connettivo.

E' perfettamente giustificabile l'ipotesi che all'origine della malnutrizione di certe unità cellulari vi possa essere una difficoltà di diffusione delle sostanze nutritive e dei metaboliti del ricambio determinata da una modificazione molecolare

dei principali costituenti chimici proprio di questo tessuto connettivo di sostegno e precisamente del collagene, dell'elastina e della reticolina. Il collagene, ampiamente diffuso nei vari tessuti, rappresenta una specie di matrice strutturale onnipresente, tanto da rappresentare, per esempio nel ratto, una notevole percentuale delle proteine corporee, ed è pertanto comprensibile quale importanza possa avere in un ratto che invecchia una alterazione di questo tipo di proteine nel senso di rendere più difficili gli scambi a livello cellulare attraverso il tessuto connettivo costituito appunto da collagene.

L'elastina si presenta sotto forma di filamenti fibrosi riconoscibili specialmente nei tendini e nelle pareti vasali, la reticolina, meno nota, forma sottili fibre ramificate particolarmente presenti nei tessuti giovani, fibre che poi non troviamo più nel tessuto vecchio. Numerosi dati sperimentali indicano che nell'animale che invecchia, il collagene modifica la sua struttura, come risulta da una sua diversa solubilità e da modificazioni che fanno supporre addirittura la comparsa di una diversa forma molecolare.

Per fare un paragone banale, avviene forse qualcosa di simile quando si rileva che un oggetto di gomma non è più elastico perché la gomma si è indurita e ha perduto la sua elasticità per un cambiamento di struttura.

Nel caso del collagene si pensa che la modifica strutturale sia dovuta ad un aumento del *cross-linking* molecolare delle molecole con legami di idrogeno delle unità di idrossiprolina.

Per quanto meno studiata del collagene, anche la costituzione molecolare dell'elastina pare che si modifichi con l'età, con l'aumento degli aminoacidi dicarbossilici (glutammico ed aspartico), probabilmente in rapporto ad una variazione del metabolismo del calcio nei tessuti.

E' evidente che l'approfondimento delle nostre conoscenze sulle strutture molecolari delle proteine intercellulari, e specialmente del materiale di tipo mucopolisaccaride degli spazi intercellulari, permetterà la identificazione dei vari fattori che le influenzano, e tra questi in special modo gli ormoni.

Quello che fin d'ora è chiaro è che il processo di progressiva soppressione cellulare, caratteristico dell'invecchiamento, non può essere considerato un fenomeno generale in grado di colpire con eguale intensità tutte le cellule dell'organismo: vi sono tessuti come il rene, il fegato e l'epitelio intestinale che sono in grado, per la loro natura, di rigenerare rapidamente, mentre vi sono altri tessuti, come il tessuto muscolare, connettivo e nervoso, che rigenerano solo in limiti molto ristretti o, in qualche caso, non rigenerano affatto.

Determinare se ciò dipenda da un processo controllato geneticamente, oppure da una modificazione dell'ambiente extra-cellulare, e quindi teoricamente passibile di influenze terapeutiche, è uno degli obiettivi più interessanti di questo indirizzo sperimentale.

Da questo rapido e superficiale giro di orizzonte mi pare risulti evidente che la possibilità di interventi terapeutici intesi a ritardare il processo di invecchiamento, o per lo meno ad attenuarne alcuni aspetti, è una possibilità a lungo termine che non potrà essere che il frutto di lunghe e complicate ricerche, volte principalmente ad identificare i mutamenti a livello molecolare che si accompagnano con il processo dell'invecchiamento.

Dopo questo elenco di passate delusioni e di future speranze, converrà che io completi il mio discorso con un esame, che per esigenze di tempo non potrà che essere breve e superficiale, dei problemi terapeutici dell'anziano, così come si presentano al medico che utilizza l'attuale armamentario terapeutico.

Sull'argomento, in realtà, io avrei ben poco da aggiungere a quanto è stato brillantemente detto dai colleghi Trabucchi, Bertolini, Di Palo e altri al dodicesimo Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Gerontologia e Geriatria nell'aprile di due anni or sono, con ampie relazioni che ne presero in esame i diversi aspetti.

Io mi limiterò quindi a considerare soltanto alcuni aspetti del problema, iniziando da quello più generale che si riferisce al dosaggio delle medicine nel vecchio.

Tutti sono d'accordo che, in linea generale, nell'invecchiamento si rileva maggior sensibilità ai farmaci, una diminuzione della funzionalità degli organi deputati all'assorbimento, distribuzione ed eliminazione dei farmaci e una minore efficienza dei meccanismi omeostatici.

Tutte queste variabili possono agire in senso opposto, sicché, ad esempio, può avvenire che una maggiore sensibilità dell'organo bersaglio possa essere neutralizzata più o meno completamente da un meno efficiente assorbimento, e per conseguenza, tenendo anche in debito conto il fatto che età cronologica ed età biologica non sempre vanno di pari passo, si arriva alla conclusione che la determinazione del più opportuno dosaggio per il vecchio non può essere che il risultato di un attento esame individuale.

A questo riguardo mi è capitata sotto gli occhi una recentissima messa a punto pubblicata sul *Medical Letter* che si riferisce proprio al problema della sensibilità dei vecchi ai medicamenti, di cui ritengo interessante riportare la traduzione letterale: « E' opinione generale che le persone anziane siano più sensibili ai farmaci dei giovani adulti e che, per conseguenza, i dosaggi negli anziani debbono essere ridotti per prevenire effetti tossici e imprevedibili. Per quanto riguarda sieri e vaccini, non c'è alcuna evidenza che giustifichi una riduzione del dosaggio. Per gli altri agenti terapeutici vi è scarso materiale probativo, sia in favore, sia a sfavore di una riduzione del dosaggio. Nulla sappiamo poi circa l'eventuale influenza favorevole o sfavorevole dell'età senile sulle reazioni allergiche ai farmaci. Per quanto si riferisce alla somministrazione dei farmaci per via orale, vi sono dati contraddittori circa la minore capacità di assorbimento gastro-intestinale. Molte osservazioni depongono, infatti, per un minore assorbimento delle vitamine B₁ e B₁₂ nei vecchi, mentre altre osservazioni non rilevano alcuna diminuzione della capacità di assorbimento. L'assorbimento dell'acido ascorbico sembrerebbe, invece, non influenzato dall'invecchiamento. Si dice spesso — continua il *Medical Letter* — che nello stabilire il dosaggio, il vecchio va considerato come un bambino, ma in realtà non v'è prova che nel vecchio gli enzimi detossificanti del fegato e degli altri tessuti siano, come nel caso del neonato, assenti o estremamente ridotti. In una rassegna pubblicata alcuni anni or sono sull'influenza modificatrice esercitata dall'invecchiamento sull'azione dei farmaci, un noto clinico americano, il Lasagna, mise in evidenza che troppo scarsi dati erano disponibili per potere affermare che l'avanzare degli anni predispone alla iperreattività o alla ipo-reattività, oppure che non ha alcuna influenza. Oggi, nove anni dopo, non possiamo dire molto di più ».

Così *Medical Letter*, e fondamentalmente non si può non essere d'accordo: tuttavia io ritengo che non vada sottaciuto che il principio fondamentale di porzionare il dosaggio alla massa metabolicamente attiva del paziente rivesta particolare importanza nel vecchio e debba, secondo me, essere tenuto ben presente dal medico, che oggidì non è più in grado di porzionare facilmente, compilando una ricetta, le singole dosi del medicamento all'individuo.

Per ovvii motivi, le moderne specialità sono confezionate con unità di dosaggio medio calcolato per l'uomo adulto di 70 chili, dosaggio medio che non tiene conto delle ampie variazioni di massa metabolicamente attiva dei soggetti. Sicché avviene che se per un prodotto confezionato in capsule la dose giornaliera è di due capsule al giorno, il medico, che si trova di fronte ad un vecchio che pesa meno di 50 chili e che vuole porzionare il dosaggio giornaliero alla minore massa attiva del vecchio, tenendo presente specialmente la ridotta funzionalità dell'emuntorio renale, non avrà altra alternativa che quella di ridurre il dosaggio giornaliero da due a una capsula, correndo il rischio di cadere nell'eccesso opposto, cioè nell'ipodosaggio.

Infatti, se il dosaggio è stato dal produttore calcolato per l'uomo medio di 70 chili in due capsule da 175 mg. (350 mg. *pro die*) pari a 5 mg. per chilogrammo di peso corporeo, nel caso ipotizzato di un vecchio che pesa 50 chili, il medico riducendo da due a una capsula giornaliera, perché altro non può fare, darà un ipo-dosaggio, ed infatti il vecchio riceverà *pro die* 75 mg. in meno di quanto dovrebbe ricevere per raggiungere la dose di 5 mg. per chilo prevista.

E' mia personale opinione che su questo punto debba essere richiamata la attenzione dei medici e dell'industria farmaceutica, e voglio augurarmi che per la terapia geriatrica ci si convinca dell'utilità di adottare forme farmaceutiche speciali a bassi dosaggi per unità farmaceutica, dosaggi che darebbero al medico la possibilità di attuare facilmente un migliore porzionamento della dose alla massa metabolicamente attiva del soggetto. Questo semplice accorgimento tecnico permetterebbe al medico di adottare con facilità un atteggiamento prudentiale, iniziando la cura con bassi dosaggi, progressivamente elevati in rapporto, non soltanto alla natura o alla gravità della malattia, ma anche alla risposta individuale del soggetto, tenuto conto della sua efficienza metabolica, cardiovascolare e renale.

Volendo poi accennare, così per dare qualche saggio della vastità del tema, a qualche settore terapeutico di particolare importanza geriatrica, converrà richiamare l'attenzione sulla crescente utilizzazione dei nuovi farmaci ad azione tranquillante ed anti-depressiva, che in opportuni dosaggi possono facilitare enormemente il superamento delle crisi psichiche che sconvolgono più o meno profondamente l'individuo quando rileva su sé stesso un chiaro segno di senilità.

Un insuccesso sessuale, una incapacità a sopportare un certo sforzo abituale, una qualsiasi delusione provocata da una minore efficienza fisica o mentale portano il soggetto in genere alla disperata ricerca di una causa morbigena, alla quale poter attribuire la colpa della sua inefficienza.

Volutamente, il paziente, cioè il vecchio che non sa ancora di essere diventato vecchio, si rifiuta di riconoscere che la causa di questa sua insufficienza in questa o in quella evenienza è l'inevitabile incombente vecchiaia e concentra, invece,

tutta la sua attenzione su questo o quel sintomo, aggravandolo inconsciamente con quel meccanismo che ogni cultore di medicina psico-somatica ben conosce.

Grave errore è, in questi casi, dire brutalmente al malato che non c'è nulla da fare e che deve rassegnarsi ai crescenti acciacchi della vecchiaia, come errore sarebbe limitarsi ad una innocua, ingannatrice terapia sintomatica.

Tenendo presente l'ampia gamma di psico-plegici oggi disponibili, il medico dovrà sedare lo stato ansioso o modificare lo stato depressivo, dando contemporaneamente una opportuna terapia sistematica che tranquillizzerà il malato, perché in realtà di un malato si tratta, un malato che sta perdendo contatto con l'ambiente, con crescenti difficoltà di adattamento.

Non credo di essere molto lungi dal vero dicendo che, oltre alla sindrome ipocinetica, queste disfunzioni psichiche del vecchio siano il principale problema terapeutico dell'anziano, e per nostra fortuna in questo settore terapeutico possediamo già ampie possibilità che si ampliano sempre più grazie ad un continuo progresso di ricerca farmaceutica.

Il restante settore della terapia altro non è che la terapia convenzionale, opportunamente adattata, ed io mi astengo dal dilungarmi ripetendo nozioni a tutti ben note.

Strettamente legata poi ancora alla terapia convenzionale degli anziani è, infine, da considerare una razionale alimentazione che, sotto certi aspetti, può rappresentare un vero e proprio intervento terapeutico, ma esula tuttavia dal tema affidatomi e io mi limiterò pertanto a sottolineare la ormai bene accertata necessità di assicurare, oltre al particolare bisogno di determinati elementi minerali, un considerevole apporto di acido ascorbico, di vitamina E e di acidi insaturi, ai fini, tra l'altro, di rallentare i depositi intratissulari dei pigmenti senili.

Come ho detto sin dall'inizio, il tema affidatomi comportava, come risultato, più un elenco di problemi ancora insoluti che un elenco di farmaci specifici per la terapia dell'anziano, e il mio discorso, quindi, sarà stato probabilmente, anzi certamente, piuttosto deludente. Ma non dobbiamo disperare, perché anche in questo campo l'incremento dei risultati sperimentali avviene con velocità sempre maggiore, in quanto ogni risultato ottenuto catalizza i risultati successivi.

In un anno, oggi, si progredisce più di quanto si progrediva in dieci anni all'inizio del secolo e più di quanto si progrediva in un secolo cento anni or sono.

Oggi, in un anno, abbiamo i progressi che prima si ottenevano in più di cento anni. In pochi anni siamo riusciti a vedere una molecola proteica, ad avvicinarsi, forse più di quanto appaia, a leggere completamente il codice genetico e a conoscere molti dei meccanismi di regolazione della sintesi proteica, fenomeno-base della vita.

L'inibizione allosterica degli enzimi, recentissima scoperta, ha aperto una nuova via nella comprensione dei meccanismi di autoregolazione enzimatica e le nostre nozioni di biologia molecolare vanno infittendosi sempre di più, giorno per giorno.

Il contemporaneo progresso delle altre scienze esatte offre sempre nuovi mezzi di sperimentazione al biologo e lo studio del progresso di invecchiamento ha ormai intrapreso la via del più rigoroso tecnicismo scientifico, abbandonando ogni residuo indirizzo empirico.

Molte sorprese ci riserva l'avvenire e chissà se la recentissima scoperta della nuova serie di composti del carbonio con molecole a forma di cubo, realizzata poco tempo fa dal chimico ventenne Philip E. Eaton dell'Università di Chicago, non permetterà nuove impreviste possibilità di interventi terapeutici anche nel processo dell'invecchiamento.

Non credo che vi sia chi si illuda di poter prolungare la vita dell'uomo oltre i limiti genetici della specie, ma non v'è biologo che non riconosca la possibilità teorica di minimizzare gli effetti sfavorevoli ambientali sino ad ottenere la massima utilizzazione delle nostre possibilità genetiche.

Anche se non di più, ci auguriamo almeno di poter vivere meglio la nostra inevitabile vecchiaia e, con lo stesso spirito con cui un anziano contadino pianta un albero di cui forse non vedrà i frutti, noi tutti continuiamo a lavorare augurandoci con l'aiuto di Dio di essere ancora vivi quando le pianticelle di oggi cominceranno a fiorire.

