Illustrazione realizzata da Elisa Patti, neodiplomata presso l'Istituto Superiore Alberti-Dante, Firenze

Carta di Firenze contro l'ageismo. In sanità non c'è spazio per l'ageismo.

Descrizione

A. Ungar, L. Ferrucci, A. Cherubini, L. Fratiglioni, L. Fried, M. Tinetti, B. Vellas, M. Cesari, V. de la Fuente-Nùñez, M. S. Krasovitsky, A. Officer

Introduzione

Il *"United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)"* ha identificato l'ageismo come una sfida globale, un ostacolo che limita le opportunità delle persone anziane di contribuire alla società, realizzare il loro pieno potenziale e condurre una vita appagante. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha istituito la *"*Campagna Globale contro l'ageismo*"*,*Global Campaign to Combat Ageism*", http://bit.ly/combatageism), che si ripropone di cambiare il modo in cui pensiamo, sentiamo e agiamo rispetto all'età, al fine di promuovere un'attitudine positiva verso l'invecchiamento e la costruzione di un mondo adatto a tutte le età. Per fornire un supporto basato sulle evidenze scientifiche alla "*Global Campaign to Combat Ageism"*, l'OMS, in collaborazione con altre agenzie delle Nazioni Unite, ha pubblicato il "*Global Report on Ageism*" nel 2021 (http://bit.ly/ageismreport). Recentemente, la "*Global Roadmap for Healthy Longevity*" della *U.S. National Academy of Medicine* ha ribadito l'importanza della lotta all'ageismo e ha identificato nella formazione, nell'istruzione e in una nuova infrastruttura sociale che valorizzi e favorisca il contributo degli anziani, i passaggi cruciali per promuovere una longevità in salute, considerando quest'ultima una delle missioni principali dei sistemi sanitari e dell'intera società. Nonostante il considerevole aumento del numero e della percentuale di anziani nella popolazione e l'aumentata prevalenza, tra questi, di multimorbilità e disabilità, l'assistenza ai pazienti in età più avanzata si basa anche su un approccio focalizzato sulle singole malattie, che risulta del tutto inadeguato ad affrontare la complessità del soggetto anziano.

Numerose evidenze in letteratura dimostrano che l'ageismo è diffuso nella società, nelle istituzioni, nelle relazioni interpersonali e nella nostra percezione dell'età avanzata, con importanti ripercussioni negative. In ambito sanitario, l'ageismo influisce negativamente sul mantenimento di un buono stato di salute e sulla possibilità di raggiungere un invecchiamento libero da malattia e limita quindi la capacità dei soggetti più anziani di contribuire agli obiettivi della società. Pertanto, contrastare l'ageismo in ambito sanitario può portare benefici non solo ai singoli individui, ma anche all'intera collettività.

In tale contesto, un *panel* internazionale di ricercatori esperti in geriatria ha costituito un gruppo di lavoro che si ripropone di analizzare le manifestazioni e le conseguenze dell'ageismo e le possibili strategie per contrastarlo (*Tabella 1*).

Tabella 1

Punti della Carta di Firenze	In sintesi	Esempi/Manifestazioni

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

1. *Ageismo endemico e intrinseco: un ostacolo all'assistenza*	L'ageismo, profondamente radicato nella nostra cultura (spesso anche in noi stessi – "*auto-ageismo*"), ostacola l'assistenza e la salute degli anziani. Servono interventi educativi per smantellare i pregiudizi e promuovere una visione positiva dell'invecchiamento.	Gli anziani vengono esclusi da trattamenti avanzati o sperimentali solo per la loro età anagrafica. Inoltre, essi stessi tendono ad interiorizzare lo stereotipo secondo cui invecchiare significa andare incontro a un declino inevitabile della salute, per cui "si lasciano andare" e smettono di cercare attivamente soluzioni o cure.
2. Ageismo educativo: la mancanza di una cultura geriatrica	Non viene dato spazio al tema dell'invecchiamento nei curricula formativi dei professionisti sanitari. È necessario integrare la Geriatria nei programmi educativi e promuovere attività intergenerazionali per contrastare l'ageismo.	Molti corsi di Lauree sanitarie, sia in Europa che nel Mondo, non prevedono nei loro piani di studio l'insegnamento della Geriatria come materia obbligatoria, nonostante l'invecchiamento progressivo della popolazione renda sempre più necessario formare professionisti capaci di affrontare le complessità della cura degli anziani.
3. Ageismo clinico: l'attenzione al trattamento piuttosto che alla prevenzione	L'attenzione sanitaria si concentra sul trattamento delle malattie anziché sulla loro prevenzione, nonostante quest'ultima sia efficace anche in età avanzata. E' necessario promuovere la medicina preventiva in ogni fascia d'età per ritardare l'insorgenza di malattie e disabilità.	Ai pazienti anziani vengono spesso consigliate terapie "sintomatiche" (es. antidolorifici per la gestione del dolore nelle patologie osteoarticolari), senza che venga loro spiegata l'importanza di interventi preventivi che potrebbero contribuire al mantenimento delle loro autonomie e alla prevenzione della disabilità a lungo termine (es. l'esercizio fisico, il rinforzo muscolare, le strategie per prevenire le cadute).
4. Ageismo clinico: il trattamento della singola malattia, basato su evidenze non applicabili agli anziani	Le linee guida su diagnosi e trattamento delle singole patologie si basano su trial clinici condotti su giovani adulti, quindi non applicabili agli anziani. Servono quindi cure personalizzate per i pazienti geriatrici, mirate a garantire qualità di vita e autonomia.	Il coinvolgimento degli anziani negli studi clinici sul trattamento di patologie croniche (che, peraltro, colpiscono soprattutto questa popolazione) è ancora oggi molto limitato: nell'ambito degli studi sul trattamento di patologie oncologiche, ad esempio, mediamente solo il 20-25% dei pazienti arruolati ha più di 65 anni e appena il 8-10% ne ha più di 70.
5. Ageismo clinico: il mancato coinvolgimento nelle scelte di cura	Vengono spesso prese decisioni cliniche che ignorano le priorità degli anziani, escludendoli dalle scelte di cura e limitando il loro coinvolgimento. E' necessaria una maggior condivisione del percorso di cura col paziente e i suoi *caregiver*	Di fronte a un paziente anziano con diagnosi di patologie croniche-progressive (es. patologie oncologiche), i medici spesso propongono trattamenti più o meno intensivi (es. chemio/radioterapia, interventi chirurgici) o, viceversa, conservativi (es. palliazione), senza prendersi il tempo di discutere col paziente stesso o con i *caregiver* riguardo le sue preferenze, priorità e aspettative sul trattamento e sulla qualità di vita.
6. Ageismo clinico: negare cure o strategie di prevenzione disponibili	L'ageismo esclude ingiustamente gli anziani da trattamenti salvavita e misure di prevenzione volte a preservare l'autonomia e la qualità di vita. Le scelte terapeutiche e l'allocazione delle risorse dovrebbero basarsi su età biologica e autonomia funzionale, non solo sull'età anagrafica.	Molti programmi di *screening* (es. lo *screening* mammografico per il tumore al seno) escludono i pazienti più anziani, basandosi unicamente sulla loro età anagrafica.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

7. Ageismo nella ricerca: la mancanza di una medicina basata sull'evidenza	Gli anziani, specialmente con comorbilità, sono spesso esclusi dai *trials* clinici, compromettendo la validità dei risultati per questa popolazione. È necessaria una ricerca più inclusiva, con dati stratificati per età e salute e studi che riflettano meglio la realtà geriatrica.	Sebbene gli anziani siano tra i principali utilizzatori di terapie farmacologiche, spesso vengono esclusi dagli studi di efficacia di nuovi farmaci, specialmente se risultano affetti da multiple comorbilità. Questo avviene perché le loro fragilità vengono considerate fattori "inquinanti" per la ricerca, che renderebbero necessario l'uso di studi più sofisticati e maggiori controlli.
8. Ageismo nel sistema sanitario: la frammentazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale	La frammentazione delle cure compromette la continuità dell'assistenza agli anziani, causando gestione inadeguata e ricoveri ripetuti e impropri. Serve un sistema di cure integrate, avente il geriatra come figura di coordinamento dell'assistenza tra i vari servizi.	I pazienti geriatrici affetti da multiple comorbilità ricevono spesso cure frammentate da diversi specialisti, uno per ogni singola patologia, senza che vi sia comunicazione tra di loro. Questo porta frequentemente ad eventi avversi come interazioni farmacologiche, visite ripetute, ricoveri frequenti, oltre a dispendio economico.
9. Ageismo clinico: la mancanza di priorità nell'erogazione delle cure acute ed emergenziali	Per gli anziani non è prevista alcuna priorità in pronto soccorso, con tempi di attesa più lunghi per loro rispetto ai più giovani. Serve un trattamento tempestivo e prioritario per prevenire complicanze irreversibili e migliorare gli esiti di salute.	I pazienti anziani che accedono in Pronto Soccorso in seguito, per esempio, ad una caduta, seppur lamentino dolore e ipomobilità, ricevono codici di priorità più bassi rispetto a pazienti più giovani con quadri apparentemente acuti. Durante l'attesa, spesso le condizioni di questi pazienti peggiorano ulteriormente innescando eventi a cascata (es. *delirium*, infezioni, globo vescicale ecc.) che portano inevitabilmente a ricoveri più lunghi e, di conseguenza, a perdita di autonomia ed istituzionalizzazione.
10. Ageismo nella progettazione e nella gestione delle strutture sanitarie	Le strutture sanitarie spesso non sono progettate per venire incontro alle esigenze degli anziani, con spazi inadeguati per riabilitazione e socializzazione, causando complicanze potenzialmente evitabili. È necessario creare ambienti "*age-friendly*" che supportino recupero fisico e cognitivo.	Le strutture sanitarie (ospedali, RSA ecc.) sono progettati per pazienti allettati o con scarse possibilità di movimento, con stanze affollate e rumorose, bagni piccoli e poco accessibili. Questo rende difficoltose attività quali la cura della persona, l'attività fisica, la socializzazione e il riposo notturno, che potrebbero invece favorire il recupero e prevenire complicanze quali il *delirium*, le cadute, il decondizionamento, l'incontinenza e la depressione.
11. Ageismo nell'accesso alle cure mediche	L'ageismo limita l'accesso alle cure mediche per gli anziani, spesso ostacolati da difficoltà economiche e di trasporto. Sono necessario cure adeguate e accessibili, inclusi servizi odontoiatrici, oculistici, protesici e trasporto pubblico verso le strutture.	Gli anziani che vivono in condizioni socio-economiche svantaggiate o in zone geograficamente isolate, molto spesso non hanno accesso a mezzi di trasporto adeguati e/o a cure specialistiche reperibili solo nei grandi centri o privatamente. Pertanto, questi pazienti spesso rinunciano a tali percorsi di cura, andando incontro a un peggioramento delle loro condizioni di salute, all'isolamento sociale e al declino delle autonomie.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

12. Ageismo nelle tecnologie sanitarie	Le tecnologie sanitarie spesso sono progettate senza tener conto delle esigenze degli anziani, con interfacce complesse e costi elevati che ne limitano l'accesso. È essenziale coinvolgere gli anziani nella progettazione di strumenti "*age-friendly*", inclusa l'intelligenza artificiale, per garantire che le tecnologie migliorino realmente l'accesso e la qualità delle cure.	Per poter prenotare visite mediche, monitorare i propri parametri clinici, consultare il proprio fascicolo sanitario, ad oggi sono necessarie competenze digitali (es. utilizzo di *smartphone*, applicazioni, internet ecc.) che difficilmente i pazienti anziani possiedono. A causa di ciò, devono fare affidamento sull'aiuto dei più giovani (familiari, *caregiver*), limitando quindi la loro indipendenza e, di fatto, impedendo loro di sfruttare i benefici della sanità digitale.

Ageismo e assistenza sanitaria

In questo documento verranno descritti gli effetti dell'ageismo sull'assistenza sanitaria e sulla società. Verranno quindi discusse le possibili strategie e gli interventi, educativi e istituzionali, utili a combattere l'ageismo e promuovere un invecchiamento in salute.

Per molto tempo, l'approccio alla salute in ambito medico-sanitario si è concentrato su diagnosi, gestione e cura delle singole malattie. In un'epoca in cui nella popolazione generale gli anziani erano pochi e raramente longevi, la maggior parte dei pazienti che necessitavano di assistenza sanitaria erano soggetti di età adulta con singole malattie, generalmente acute. Il paradigma più comune era quello di trattare la malattia al momento dell'acuzie tramite la prescrizione di terapie specifiche e la successiva dimissione a domicilio, dove il paziente poteva guarire o morire. Il dogma "un paziente, un problema" ha guidato per secoli le strategie di cura. Tuttavia, questo approccio non considerava i pazienti con multiple comorbilità, fragilità e disabilità, condizioni che venivano considerate "normali conseguenze dell'invecchiamento", oppure quadri "troppo complessi" e con "bassa probabilità di risposta alle cure". Fino a pochi decenni fa, questo approccio non è mai stato messo in discussione dalle evidenze che dimostrano l'importanza della prevenzione delle malattie, della promozione della salute e dell'occupazione produttiva, anche nelle fasce di età più avanzate. Con l'invecchiamento della popolazione e la notevole riduzione della mortalità in età avanzata, anche il profilo dei pazienti che accedono ai servizi sanitari è cambiato. Questi pazienti, infatti, sono per lo più affetti da multiple patologie croniche che impattano negativamente sulle loro capacità fisiche e cognitive. Finora, i sistemi sanitari hanno solo in parte risposto alla profonda trasformazione della società e delle sue esigenze di cura, ad esempio introducendo la geriatria tra le specialità mediche. L'assistenza medica rimane infatti ancorata alla cura delle singole malattie, approccio che tuttavia entra in conflitto con una popolazione anziana in continua crescita e con l'emergere di nuovi modelli di malattia e nuovi obiettivi di salute che richiederebbero una trasformazione dei servizi assistenziali. L'ageismo è un ostacolo sostanziale sia alla valorizzazione che al miglioramento della assistenza sanitaria e sociale e allo sviluppo di servizi adatti a rispondere ai bisogni di una popolazione che sta invecchiando. Di conseguenza, è necessario combattere l'ageismo che pervade la sfera sanitaria e assistenziale, per poter soddisfare le esigenze e le preferenze dei soggetti più anziani utili a mantenere lo stato di salute.

L'ageismo è definito come "l'insieme degli stereotipi (come pensiamo), dei pregiudizi (come ci sentiamo) e delle discriminazioni (come agiamo) basate sull'età, diretti verso gli altri o verso sé stessi". La transizione demografica della società, improntata alla longevità, ha portato ad una crescita senza precedenti della popolazione anziana interessata da patologie croniche e disabilità, rendendo gli anziani i principali fruitori dei servizi sanitari. Questa graduale transizione richiede ora una trasformazione profonda e globale dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria, individuale e collettiva, al fine di promuovere un invecchiamento in salute. A questo scopo sarà necessario sviluppare l'educazione del personale sanitario e degli operatori della sanità pubblica, e favorire una maggiore partecipazione di tutti coloro che contribuiscono all'assistenza, compresi gli assistenti sociali e i *caregiver* informali. La letteratura supporta l'evoluzione dei sistemi sanitari verso modelli integrati di assistenza sanitaria e sociale, incentrati sulla persona e attuati da *team* di professionisti adeguatamente formati per l'assistenza ad anziani con variabili condizioni, di vita e di salute e diverse priorità. Nella collettività, l'approccio alla salute deve necessariamente includere l'identificazione di obiettivi per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute degli anziani. Purtroppo però, mentre l'invecchiamento della popolazione rappresenta un fenomeno globale, i bisogni specifici delle persone anziane sono riconosciuti solo in un numero limitato di organizzazioni sanitarie e nei programmi universitari solo di pochi Paesi (ageismo istituzionale).

Lo scopo di questo documento è quello di indicare gli interventi che dovrebbero essere attuati per ridurre al minimo l'impatto negativo dell'ageismo sull'assistenza sanitaria e sulla prevenzione delle malattie nell'invecchiamento. Affrontare l'ageismo potrebbe richiedere un investimento iniziale, ma porterebbe poi ad un sostanziale risparmio di risorse riducendo l'incidenza

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

delle malattie e la necessità di cure e allineando gli obiettivi dell'assistenza sanitaria alle preferenze individuali di ogni anziano. Questa trasformazione potrebbe inoltre beneficiare dell'integrazione di servizi di cure riabilitative, palliative e di supporto sociale, utile a consentire un'assistenza globale e probabilmente meno costosa rispetto alla gestione delle singole malattie.

In questo documento la discussione si focalizza su alcuni temi che riteniamo essenziali e più urgenti, che esprimono le manifestazioni dell'ageismo nella sanità, nella salute pubblica e le loro possibili conseguenze (*Tabella 1*). Vengono inoltre proposte possibili soluzioni a breve e lungo termine.

Ageismo in sanità: principali manifestazioni, conseguenze e azioni

1. Ageismo endemico e intrinseco – Un ostacolo all'assistenza

Manifestazioni: La svalutazione delle persone anziane è profondamente radicata nella nostra cultura ed è alla base dell'ageismo nell'assistenza sanitaria. L'ageismo può anche essere interiorizzato fino ad essere applicato a sé stessi (autoageismo). In particolare, le persone anziane possono assorbire lo stereotipo secondo cui l'età avanzata corrisponde ad un periodo di malattia e di declino inevitabili. Questo processo mentale può ostacolare l'adozione di comportamenti che promuovono la salute e limitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali in età più avanzata.

Conseguenze: Tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria, dall'educazione all'assistenza nei *setting* acuti e cronici fino alle strategie di prevenzione, rimangono obsoleti e inadeguati a soddisfare i bisogni della popolazione anziana. E' improbabile che l'ageismo possa essere eradicato dalla sanità, fino a quando non verrà affrontato come fenomeno endemico. Gli anziani che interiorizzano l'ageismo vanno incontro ad un peggioramento della salute fisica e cognitiva e hanno un'aspettativa di vita più breve rispetto agli anziani che manifestano un'attitudine positiva nei confronti dell'invecchiamento. Infatti, le persone con stereotipi negativi sull'invecchiamento tendono più facilmente ad abbandonare comportamenti e interventi utili per la salute, quali terapie farmacologiche, uno stile di vita attivo e una dieta sana, in quanto non vedono i potenziali benefici di tali comportamenti. Inoltre, potrebbero rinunciare ad accedere ai servizi sanitari e sociali perché percepiscono di non averne diritto o ne temono i pregiudizi.

Azioni: È necessaria un'educazione sull'invecchiamento e sull'ageismo nella popolazione generale, inclusa la popolazione più anziana, per smantellare i preconcetti esistenti, promuovere la salute lungo tutto il corso della vita e per rafforzare l'idea che tutte le persone hanno lo stesso valore, indipendentemente dalla loro età. È possibile incoraggiare un'attitudine positiva nei confronti dell'invecchiamento, mediante l'attuazione di specifici interventi che migliorano la percezione dell'età e della salute.

2. Ageismo educativo – La mancanza di una cultura geriatrica

Manifestazioni: l'invecchiamento viene ignorato nei curricula dei programmi formativi per i professionisti dell'assistenza in ambito sociale e sanitario. In particolare, vi è scarsa consapevolezza in merito al fatto che un invecchiamento in salute è fortemente influenzato dalle scelte che facciamo lungo l'intero arco della vita.

Conseguenze: La mancanza di formazione sul processo di invecchiamento e sugli anziani in generale può lasciare inalterati gli stereotipi culturali e portare ad atteggiamenti negativi nei confronti dei pazienti anziani. Ad oggi, la maggior parte degli operatori sanitari e sociali non ha ricevuto una formazione adeguata in campo geriatrico e non sono quindi adeguatamente preparati a rispondere ai bisogni di assistenza, cura e prevenzione dei pazienti anziani che incontrano nella loro professione.

Azioni: è necessario che la Geriatria diventi parte integrante di qualsiasi curriculum educativo rivolto ai professionisti dell'area sanitaria e sociale. Questi ultimi dovrebbero inoltre avere l'opportunità di partecipare ad attività intergenerazionali insieme ai soggetti più anziani, attività che hanno dimostrato di poter efficacemente contrastare l'ageismo.

3. Ageismo clinico – L'attenzione al trattamento piuttosto che alla prevenzione

Manifestazioni: numerose evidenze hanno dimostrato che i comportamenti in età giovanile e adulta influenzano il processo di invecchiamento, la salute e l'autonomia dell'anziano e che gli interventi di prevenzione e di promozione della salute sono efficaci anche in età avanzata. Nonostante questo, l'invecchiamento è ancora considerato un processo inevitabile di declino fisiologico che non può essere modificato.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Conseguenze: in ambito sanitario, l'attenzione si concentra prevalentemente sul trattamento delle malattie, cioè sulle cure che vengono attuate quando la malattia è già clinicamente evidente, piuttosto che sulla prevenzione o sulla promozione della salute nel corso della vita. Il progresso della scienza medica si è quindi tradotto principalmente in un prolungamento della vita durante la malattia, con scarsi benefici sulla sopravvivenza libera da malattie e in salute.

Azioni: E' necessario privilegiare l'attuazione di interventi di medicina preventiva e di sanità pubblica, dalla giovane età e lungo tutto il corso della vita, con lo scopo di favorire un prolungamento dell'aspettativa di vita libera da malattie. Lo scopo principale dell'assistenza sanitaria non dovrebbe essere solo quello di curare le malattie, ma piuttosto quello di ritardare l'insorgenza delle malattie stesse, della fragilità e della disabilità.

4. Ageismo clinico: Il trattamento della singola malattia, basato su evidenze non applicabili agli anziani

Manifestazioni: la diagnosi e il trattamento delle singole malattie si basano su evidenze e linee guida derivate da studi condotti in giovani adulti con poche comorbilità. Questa forma di ageismo potrebbe condurre a trattamenti inappropriati o futili, basati cioè su evidenze specifiche della singola malattia ottenute su adulti più giovani e poi applicate anche ai più anziani.

Conseguenze: Questo processo decisionale, malattia-specifico, non considera le priorità e le preferenze del singolo individuo e potrebbe sfociare in interventi futili o potenzialmente dannosi per la salute dell'anziano. Ad esempio, il *focus* esclusivo sul trattamento delle singole malattie può portare ad effetti avversi derivanti dalla polifarmacoterapia, a possibili complicanze e a ricoveri non necessari, poiché si affrontano le singole malattie, che progressivamente aumentano, mentre la funzione e le preferenze del singolo individuo vengono ignorate.

Azioni: è necessario acquisire e utilizzare evidenze specifiche, derivanti da studi condotti in pazienti anziani con comorbidità, che analizzino *outcome* di interesse geriatrico, quali l'autonomia funzionale, la qualità di vita e il controllo dei sintomi. Lo scopo principale dell'assistenza dovrebbe essere quello di identificare gli obiettivi di cura e le preferenze di ogni singolo individuo, al fine di sviluppare interventi in linea con il raggiungimento di questi obiettivi. Le strategie di cura dovrebbero essere concordate col paziente, tenendo conto delle sue comorbilità, dell'autonomia funzionale, del supporto sociale e dell'ambiente di vita.

5. Ageismo clinico – Il mancato coinvolgimento nelle scelte di cura

Manifestazioni: Le decisioni prese in ambito clinico non tengono adeguatamente in considerazione alternative di cura che potrebbero essere più in linea con le priorità e le preferenze dei pazienti anziani, compresa la scelta di astenersi dal trattamento per evitare potenziali complicanze. Ad esempio, i soggetti anziani spesso non vengono coinvolti nello sviluppo di programmi di cura finalizzati alla prevenzione della fragilità e della disabilità.

Conseguenze: Ai pazienti anziani e ai loro *caregiver* vengono proposti specifici programmi di trattamento senza fornire un'adeguata informazione su possibili alternative che potrebbero meglio corrispondere alle loro priorità e preferenze. Il limitato coinvolgimento del paziente nelle decisioni relative ai percorsi terapeutici potrebbe determinare una scarsa aderenza alla terapia stessa.

Azioni: L'identificazione degli obiettivi di salute di ciascun individuo attraverso un approccio focalizzato sulla persona, la discussione e la condivisione delle scelte terapeutiche e delle relative conseguenze dovrebbero diventare parte integrante della formazione e della pratica medica. Questo è particolarmente importante per gli anziani, che spesso affrontano problemi di salute complessi non risolvibili con una semplice "cura". La prevenzione quaternaria ("*primum non nocere"*), incluso il *deprescribing* (quando appropriato), e i risultati e le esperienze riportati dai pazienti ("*Patient-Reported Outcome Measures – PROMs*" e "*Patient-Reported Experienxce Measures – PREMs*") dovrebbero ricevere la giusta attenzione nell'ambito della formazione del personale medico e sanitario. I *caregiver* dovrebbero inoltre essere coinvolti nelle decisioni cliniche, quando appropriato, tenendo conto delle preferenze e delle priorità delle persone di cui si prendono cura.

6. Ageismo clinico – Negare cure o strategie di prevenzione disponibili

Manifestazioni: L'ageismo porta all'esclusione ingiustificata e discriminatoria dei pazienti anziani da trattamenti che possono essere salvavita o essenziali per preservare l'autonomia e/o la qualità della vita. Gli anziani possono inoltre subire discriminazioni nell'accesso a misure di prevenzione come lo *screening* mammografico.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Conseguenze: I pazienti anziani, in base alla loro età anagrafica, spesso non vengono considerati idonei a ricevere cure intensive o trattamenti medici e chirurgici complessi, indipendentemente dalla gravità della loro condizione di base o dalla loro capacità intrinseca.

Azioni: Le scelte terapeutiche e l'allocazione delle risorse dovrebbero essere guidate da parametri quali l'età biologica, l'autonomia funzionale, le preferenze e gli obiettivi di salute del singolo individuo, piuttosto che dalla sola età anagrafica (vedi punto 4). È auspicabile l'introduzione di specifiche normative che impediscano il razionamento delle cure in base all'età. Inoltre, deve essere garantita un'assistenza adeguata nel fine vita che sia di qualità e rispettosa della dignità dell'individuo.

7. Ageismo nella ricerca – La mancanza di una medicina basata sull'evidenza

Manifestazioni: Gli anziani, e in particolare coloro con multiple comorbilità fisiche e cognitive e con disabilità, vengono spesso esclusi dai *trials* clinici che valutano l'efficacia e la sicurezza di interventi, farmacologici e non. Questo accade anche negli studi che indagano condizioni più comuni in età avanzata. I dati che si riferiscono ai pazienti più anziani sono spesso dati aggregati che si riferiscono a soggetti ultrasessantenni o ultrasessantacinquenni e difficilmente esprimono l'eterogeneità della popolazione geriatrica. Ciò compromette la validità dei risultati per la maggior parte degli anziani; inoltre, sono generalmente scarsi i finanziamenti indirizzati alla ricerca sull'invecchiamento bio-gerontologico.

Conseguenze: i dati relativi all'efficacia e alla sicurezza dei trattamenti spesso non sono applicabili agli anziani, specialmente a coloro con maggiore complessità sul piano clinico e sociale. Inoltre, mancano strumenti che possano essere utilizzati su larga scala per la stratificazione del rischio e questo impedisce una corretta valutazione prognostica del paziente anziano e quindi l'accesso a cure specifiche e ai percorsi clinici più appropriati.

Azioni: Gli anziani dovrebbero essere inclusi negli studi clinici che valutano gli interventi a loro dedicati. È utile quindi sviluppare normative che favoriscano l'inclusione dei soggetti più anziani nei progetti di ricerca, affinché questi siano realmente rappresentativi della popolazione geriatrica. I dati scientifici dovrebbero essere stratificati in base all'età e a parametri relativi allo stato di salute e dovrebbero indagare *outcome* relativi all'autonomia funzionale, alla qualità di vita e al controllo dei sintomi, oltre alla sopravvivenza e ai tradizionali outcome specifici di malattia. È necessario sviluppare nuovi disegni di studio (es. *pragmatic trials*) e *outcome* per un approccio più inclusivo alla ricerca scientifica, che consenta la partecipazione indipendentemente dall'età e dalle comorbilità.

8. Ageismo nel sistema sanitario – La frammentazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale

Manifestazioni: C'è una mancanza di comunicazione e collegamento tra i diversi servizi sociali e sanitari e tra i relativi professionisti che si prendono cura della stessa persona, in particolare negli anziani con decadimento cognitivo.

Conseguenze: Una mancanza di integrazione e di continuità tra assistenza medica e sociale, compresa l'assistenza informale, aumenta il rischio di una gestione inadeguata degli anziani con molteplici malattie croniche, compromissione cognitiva, polifarmacoterapia, fragilità e/o disabilità. Tale mancanza di integrazione e comunicazione può portare ad eventi avversi, polifarmacoterapia e interazioni farmacologiche, ridondanza di interventi diagnostici e terapeutici e molteplici ricoveri.

Azioni: è necessario sviluppare un sistema di cure integrate, sanitarie e sociali, per promuovere un'assistenza più completa ed efficace. La geriatria può svolgere un ruolo cruciale nella supervisione di questo processo, favorendo la connessione e l'integrazione tra i servizi specialistici (ad esempio progettando, supervisionando e coordinando un piano di cura dal *setting* per acuti, a quello sub-intensivo, alle strutture riabilitative, fino alle lungodegenze) e le cure primarie.

9. Ageismo clinico – La mancanza di priorità nell'erogazione delle cure acute ed emergenziali

Manifestazioni: è ben noto che, nell'anziano, gli eventi clinici acuti spesso provocano un rapido deterioramento delle condizioni di salute e dell'autonomia funzionale, che spesso conducono al ricovero dopo la valutazione in pronto soccorso. Tuttavia, per i pazienti anziani con malattie o eventi acuti non è prevista alcuna priorità in fase di *triage* e di trattamento. Ad esempio, un paradosso determinato dall'ageismo è legato ai tempi di attesa in pronto soccorso, che sono spesso molto più lunghi per gli anziani rispetto ai pazienti più giovani.

Conseguenze: il fatto che i soggetti anziani non ricevano un livello di priorità adeguato favorisce l'evoluzione di problematiche acute, potenzialmente trattabili e risolvibili, verso condizioni catastrofiche e irreversibili che modificano

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

sostanzialmente le traiettorie di salute e funzionali del paziente (ad es. la ritenzione urinaria non trattata può evolvere in *delirium* che a sua volta può condurre ad un peggioramento del quadro cognitivo e all'istituzionalizzazione.

Azioni: il potenziamento delle cure primarie e di comunità, una migliore integrazione tra i servizi, l'istituzione di un sistema di sorveglianza per le persone più fragili e la creazione di una procedura per l'attivazione rapida del supporto sociale e dell'assistenza possono essere utili per limitare gli accessi al pronto soccorso. Quando il ricovero in pronto soccorso non può essere evitato, gli anziani dovrebbero ricevere un'attenzione prioritaria e strategie di cura adeguate all'età, al fine di evitare conseguenze sfavorevoli e potenzialmente irreversibili sullo stato di salute. Gli anziani fragili sono maggiormente esposti al rischio di un peggioramento durante la permanenza in pronto soccorso e dovrebbero essere trattati tempestivamente, indipendentemente dalla presenza di un'instabilità clinica conclamata.

10. Ageismo nella progettazione e nella gestione delle strutture sanitarie

Manifestazioni: Le strutture sanitarie spesso non includono spazi appositamente progettati per le esigenze degli anziani, es. spazi utili per la riabilitazione, l'orientamento e la socializzazione. Inoltre, gli ospedali sono progettati per pazienti allettati o con scarse possibilità di movimento e spesso non consentono o rendono difficoltose attività quali la cura della persona, l'attività fisica, la socializzazione e il riposo notturno, che potrebbero invece favorire il recupero e prevenire complicanze quali il *delirium*, le cadute, il decondizionamento, l'incontinenza e la depressione.

Conseguenze: ambienti non adeguati all'interno delle strutture sanitarie portano a un'alta incidenza di complicanze (ad es. *delirium*, sindrome di immobilizzazione) e a una rapida perdita di funzione sul piano fisico e cognitivo, conseguenze che potrebbero essere evitate se venissero forniti spazi idonei a consentire attività più simili a quelle domestiche.

Azione: Ogni struttura sanitaria dovrebbe includere ambienti *"age-friendly"* per l'assistenza agli anziani, ad esempio aree con stanze silenziose, bagni accessibili e senza barriere architettoniche, illuminazione indiretta, e spazi che consentano una riabilitazione precoce, la terapia occupazionale e le visite da parte dei familiari.

11. Ageismo nell'accesso alle cure mediche

Manifestazioni: L'ageismo si associa ad un ridotto accesso alle cure. Gli anziani spesso hanno accesso limitato alle cure mediche, potrebbero non avere mezzi di trasporto adeguato e non potersi permettere forme alternative di assistenza.

Conseguenze: Gli anziani devono spesso affrontare spese sanitarie più ingenti, correlate al verificarsi di molteplici problematiche sanitarie e sociali ed eventualmente alla distanza dai luoghi di cura. Questo si verifica soprattutto nei paesi senza un'assistenza sanitaria universale, dove le cure sono principalmente offerte a livelli secondari e terziari. Questi fattori influenzano la salute, la qualità della vita e la sopravvivenza degli anziani rispetto ai più giovani, indipendentemente dal loro stato di salute iniziale.

Azioni: L'accesso alle cure mediche dovrebbe essere garantito a tutti anziani, soprattutto a coloro che presentano condizioni di disabilità, fragilità, isolamento sociale e un basso livello socioeconomico. L'assistenza garantita dovrebbe comprendere le cure odontoiatriche, oculistiche, la fornitura di protesi acustiche e altri servizi solitamente forniti al di fuori del sistema sanitario pubblico. Infine, dovrebbe essere disponibile e facilmente accessibile per gli anziani il trasporto pubblico verso le strutture sanitarie.

12. Ageismo nelle tecnologie sanitarie

Manifestazioni: l'ageismo nell'ambito delle tecnologie sanitarie si manifesta con lo stereotipo secondo cui gli anziani hanno maggiori difficolta nella comprensione e nell'utilizzo dei dispositivi digitali, che sono tipicamente progettati per i più giovani. Oggi la comunicazione tra il paziente e il sistema sanitario è ampiamente fondata sull'utilizzo della tecnologia e c'è il rischio che le tecnologie basate sull'intelligenza artificiale utilizzate in medicina e nella sanità pubblica possano accentuare o introdurre nuove forme di ageismo, se non opportunamente controllate. Strumenti di stratificazione prognostica e di *decision-making* basati sull'intelligenza artificiale potrebbero utilizzare dati provenienti da studi clinici in cui gli anziani, soprattutto quelli con multimorbidità o limitazioni funzionali, sono stati esclusi o su dati che trascurano gli *outcome* di maggiore interesse geriatrico.

Conseguenze: Il *design* dei dispositivi tecnologici e dei *software* spesso non tiene in considerazione le specifiche esigenze degli anziani. I dispositivi sono spesso di piccole dimensioni e presentano interfacce complesse, che non sono "*user-friendly*" per persone con artrite o problemi di vista. L'uso delle tecnologie esistenti può essere limitato anche da costi

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

elevati, dalla mancanza di un'adeguata formazione e/o di assistenza o da problemi di connessione *internet*. Gli anziani vengono così privati dei potenziali benefici dei dispositivi tecnologici sanitari e delle piattaforme *online*, con conseguenti limitazioni nell'accesso ai servizi di assistenza e monitoraggio basati sulla tecnologia. L'applicazione inappropriata di strumenti di stratificazione prognostica e di *decision-making* generati dall'intelligenza artificiale probabilmente porterà ad esacerbare l'inadeguatezza delle cure per gli anziani descritte nei punti 4, 5 e 7.

Azioni: È fondamentale sensibilizzare le istituzioni e i produttori di servizi e tecnologie sanitarie sulle esigenze specifiche degli anziani legate all'utilizzo dei dispositivi tecnologici. Il coinvolgimento degli anziani nella progettazione e nell'implementazione delle tecnologie sanitarie, inclusa l'intelligenza artificiale, potrebbe contribuire a sviluppare strumenti *"age-friendly"* che consentano agli anziani di beneficiare delle strategie di cura e prevenzione basate sull'utilizzo della tecnologia. Dati scientifici relativi ai pazienti anziani, di ogni età e stato di salute, devono essere inclusi nelle banche dati utilizzate per generare modelli di stratificazione prognostica e strumenti di *decision-making* che dovranno poi essere applicati negli stessi soggetti anziani. Lo stato funzionale e le priorità di salute individuali devono diventare elementi standard nei registri sanitari elettronici. Il livello funzionale e le priorità del singolo individuo in merito allo stato di salute dovrebbero essere riportate di routine nelle cartelle cliniche elettroniche.

Considerazioni finali

L'ageismo invade la maggior parte degli aspetti della nostra vita. Apprendiamo fin da piccoli che essere "*giovani*" è un valore positivo rispetto a essere "*vecchi*" e questa visione culturale ageista persiste per tutta la vita. La "*paura*" di invecchiare e la "*sorpresa*" di raggiungere un'età avanzata sono solo alcuni esempi dell'*imprinting* "*ageista*" che ci accompagna. Questi stereotipi culturali negativi sull'invecchiamento hanno importanti ripercussioni sulla vita dei soggetti anziani, che tendono ad essere emarginati ed esclusi da molte opportunità solo a causa della loro "*vecchiaia*". Il pensionamento obbligatorio è imposto a persone che potrebbero non avere alcun problema fisico o cognitivo e che potrebbero apportare importanti contributi nella comunità o nel loro contesto lavorativo Forse la conseguenza più grave dell'ageismo culturale è il mancato riconoscimento del valore e delle specifiche esigenze degli anziani da parte dei sistemi sanitari e il fallimento nel compiere i cambiamenti imposti dalla trasformazione demografica che sta avvenendo in ogni paese del mondo. In questo documento, abbiamo identificato le principali manifestazioni dell'ageismo in ambito socio-sanitario, dalle quali deriva l'inadeguatezza dell'assistenza che viene offerta oggi alla popolazione geriatrica, in costante crescita. Ci siamo concentrati intenzionalmente su alcune tematiche, consapevoli che questo documento non fornisce un elenco esaustivo dei fenomeni con cui l'ageismo ostacola la salute e la cura delle persone anziane, riducendone la capacità di massimizzare la loro qualità di vita e il loro contributo alla società. Il documento focalizza l'attenzione su quelle che consideriamo le principali manifestazioni dell'ageismo in ambito sanitario che, se affrontate, potrebbero migliorare la qualità delle cure fornite agli anziani e la loro qualità di vita.

L'intenzione del gruppo di lavoro è quello di creare un "*living document*", che si evolverà nel tempo parallelamente alla nostra consapevolezza e conoscenza delle manifestazioni e degli effetti dell'ageismo, attraverso le nostre esperienze, la consultazione di una letteratura in crescente espansione e, auspicabilmente, attraverso i numerosi commenti e suggerimenti che arriveranno da coloro che leggeranno criticamente le nostre raccomandazioni.

andrea.ungar@unifi.it

2 Charta of florence eur ger medDownload

CATEGORY

1. Scienza e professione

Categoria

1. Scienza e professione

Data di creazione
10/02/2026
Autore
redazione-toscana-medica
Campi meta

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Nome E Cognome Autore 1 : A. Ungar, L. Ferrucci, A. Cherubini, L. Fratiglioni, L. Fried, M. Tinetti, B. Vellas, M. Cesari, V. de la Fuente-Nùñez, M. S. Krasovitsky, A. Officer
Views : 769

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze