

Malattie croniche nell'anziano, una sfida di civiltà

di Fausto Fantò

L'invecchiamento della popolazione rappresenta l'evento più importante che sta caratterizzando i paesi occidentali, determinando una trasformazione senza precedenti della struttura demografica, con profonde influenze sulle dinamiche culturali, sociali, economiche e politiche.

L'allungamento della vita, che si è verificato soprattutto negli ultimi 70 anni, è un evento straordinario; basti pensare che all'inizio del secolo scorso, l'aspettativa di vita alla nascita era di poco superiore ai 40 anni e che oggi la vita media nei paesi ad alto reddito è superiore agli 80 anni.

In Italia, paese tra i più vecchi al mondo, la speranza di vita alla nascita è di poco superiore agli 80 anni nell'uomo e supera gli 85 anni nella donna.

L'allungamento della vita tenderà ad aumentare ancora nel prossimo futuro, e le previsioni più ottimistiche prevedono che l'uomo, alla fine del secolo, potrà avvicinarsi alla soglia dei 100 anni. Se in passato, gli studi demografici rappresentavano con una piramide la struttura della popolazione con, alla base, molti giovani e al vertice pochi anziani, oggi si tende a raggiungere la forma di parallelepipedo dove, il numero di giovani ed anziani si equivalgono.

L'allungamento della vita ha determinato un aumento della popolazione anziana in generale, ma percentualmente più alto è stato l'aumento della fascia di popolazione molto anziana (ultra 80 enne o grandi vecchi) e si prevede che nel 2030 ci sarà un ultra80enne per 3 giovani-adulti.

Se l'aumento dell'aspettativa di vita consente a molti soggetti di raggiungere l'età avanzata in discreto benessere ed indipendenza (secondo i dati ISTAT, in Italia nel periodo 2009/12 il numero di anni vissuto in *buona salute* è aumentato di più di 2 anni), contemporaneamente stiamo assistendo ad un aumento esponenziale di una *nuova categoria di malati* (malati cronici, pluripatologici, fragili) che pone problematiche assistenziali così complesse da rappresentare una "sfida" non solo per il sistema sanitario, ma

per l'intero sistema economico e sociale del paese. Se questo è il quadro del prossimo futuro, la sfida potrà essere superata solo mettendo in campo tutte le energie e le professionalità che devono lavorare in sinergia ed in modo inter- multidisciplinare, con l'obiettivo di aumentare la quota di persone che invecchiano bene e che vivono più a lungo "in buona salute" e liberi da malattie e disabilità.

È necessario dunque, prepararsi e saper gestire in maniera adeguata problematiche mai prima affrontate; l'operato del medico, per esempio, è profondamente diverso in quanto *"è cambiato il quadro epidemiologico e la tipologia dei malati: da un sistema sanitario costruito nei secoli per la lotta alle malattie infettive, basato sull'identificazione, eliminazione o controllo dell'agente eziologico, si è passati ad una realtà nella quale sono le malattie croniche a prevalere, che non riconoscono uno specifico e singolo agente causale, alla cui patogenesi concorrono numerosi fattori..."* (Plsek P.E., Greenhalgh T., 2001).

Le gravi patologie

Le società occidentali, sempre più nel prossimo futuro, dovranno farsi carico di soggetti sempre più portatori di patologie croniche in cui gli interventi sanitari dovranno raccordarsi con situazioni economiche articolate e condizioni personali sempre più complesse che portano addirittura a pensare a trasferire i pazienti in paesi dove il costo dell'assistenza risulta meno cara, ma con rischi sulla qualità della medesima.

In Italia, attualmente, ci sono 25 milioni di malati che presentano almeno una patologia cronica; 8 milioni risultano affetti da 3 o più malattie croniche e di questi oltre 7 milioni presentano una grave patologia (diabete mellito, cardiopatie ischemiche, bronchiti croniche, tumori maligni, demenze, Parkinson, ecc). Le donne sono più colpite e presentano una prevalenza di malattie croniche doppie rispetto agli uomini.

Le patologie che prevalgono nel sesso femminile sono l'artrosi e l'artrite, l'osteoporosi, l'ipertensione arteriosa, malattie che, presentano un basso rischio di mortalità ma un alto tasso di disabilità e di perdita dell'autonomia.

La cronicità della patologia, indotta dal potenziamento delle capacità curative, viene considerata dal sistema stesso, una conseguenza quasi indesiderata, gestita spesso in modo non adeguato. Per molte patologie, l'aspettativa di vita di coloro che ne sono affetti spesso non differisce sostanzialmente da quella della restante popolazione: ne consegue, che i principali problemi di salute dei pazienti cronici non sono più legati alla sopravvivenza, ma alle complicanze che possono influenzare il loro stile di vita.

Condizione necessaria per migliorare la qualità di vita di un soggetto affetto da patologie croniche, è in primis, disporre di una rete di servizi integrati e coordinati. La qualità del singolo intervento da solo costituisce una condizione necessaria, ma non più sufficiente, in quanto l'approccio alle malattie croniche presuppone una presa di coscienza generale e una crescita culturale che travalicano gli stessi confini della sanità per coinvolgere tutta la società.

I pazienti cronici diventano sempre "meno autonomi" nell'espletamento delle abituali attività quotidiane e progressivamente vedono sempre più compromesse e a rischio le proprie condizioni di vita. La perdita della propria autonomia e la necessità di dipendere dagli "altri" anche per attività elementari della vita quotidiana incide profondamente sulla qualità di vita del paziente ma anche su chi si prende cura.

La medicina tradizionale che storicamente si è andata costruendo sul soggetto giovane-adulto, di solito affetto da una sola malattia, non è in grado di far fronte ad un quadro complesso quale quello che colpiscono i pazienti anziani o grandi anziani, affetti da patologie che durano nel tempo e di regola coesistono con altre malattie (comorbidità).

La medicina geriatrica pone al centro del suo intervento il malato e non la malattia, operando una innovazione metodologica di approccio al paziente che potremmo definire un modello biomedico della "*medicina centrata sul paziente*" e non della "*medicina basata sulla patologia*". In definitiva la medicina geriatrica con la sua visione olistica, opera nel prevenire la perdita dell'autonomia prevenendo la disabilità.

Da anni la medicina geriatrica utilizza uno strumento operativo e di gestione: la Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD). una metodologia validata e ampiamente utilizzata da molti anni che ci permette di "... *identificare e spiegare i molteplici problemi dell'individuo anziano, valutare le sue limitazioni e le sue risorse, definire le sue necessità assistenziali ed elaborare un programma di cura complessiva per commisurare gli interventi a tali necessità...*" (Salomon DH. 1988).

Le aree della VMD geriatrica sono :

- Lo stato fisico
- Lo stato cognitivo ed affettivo
- Lo stato funzionale
- Lo stato socio-economico
- Condizioni ambientali

Numerosi sono gli studi, effettuati nei diversi setting assistenziali, che hanno dimostrato l'efficacia di tale metodologia.

L'anziano fragile (frail elderly)

L'aumento della popolazione anziana, ed in particolare della popolazione con età più elevate (ultra80enni), ha determinato, oltre all'aumento delle patologie croniche-degenerative, una nuova condizione clinica di comune riscontro nel paziente anziano: la "fragilità" o "sindrome della fragilità".

La fragilità (frailty) è un termine comunemente usato nella pratica clinica ed è una condizione clinica descritta da oltre 40 anni.

Linda Fried (la maggiore studiosa della fragilità nell'anziano) descrive la sindrome della fragilità come; *"una condizione dinamica di aumentata vulnerabilità che si associa ad un rischio elevato di eventi avversi, che deriva dalla diminuzione delle riserve fisiologiche e da una disregolazione degli organi e da una ridotta capacità a rispondere alle sollecitazioni interne ed esterne ed a mantenere l'omeostasi"*.

Qualche anno fa Hazzard W.R. così definiva il paziente fragile:

... pensa al paziente più anziano, al più malato, al più complicato ed al più fragile dei tuoi pazienti... un uomo, o più spesso una donna, che vive sul filo del rasoio, in bilico tra il mantenimento della propria indipendenza ed il rischio di una tragica cascata di eventi patologici, disabilità e complicanze, che troppo spesso si dimostrano irreversibili...".

In altre parole la fragilità è determinata dalla combinazione di influenze biologiche (in primis le malattie), fisiologiche (i cambiamenti e le modifiche che intervengono in tutti gli organi e tessuti di un organismo) e socio-ambientali (povertà, solitudine, ecc), il cui risultato è quello di rendere l'organismo meno resiliente e meno capace di rispondere agli eventi stressanti e conseguentemente un aumento del rischio di eventi negativi per la salute. Dal punto di vista clinico con il termine di anziano fragile si intendono quei soggetti di:

- Età molto avanzata
- Cronicamente affetti da patologie multiple
- Stato di salute estremamente instabile
- Elevato rischio di disabilità
- Elevato rischio di cadute e fratture
- Ospedalizzazioni prolungate e ripetute
- Elevato rischio di perdita dell'autosufficienza
- Elevato rischio di istituzionalizzazione
- Elevata mortalità (anche per eventi di per sé di modesta entità)

La prevalenza della fragilità aumenta in modo esponenziale con l'avanzare dell'età, ed in particolare dopo i 75 anni. In USA la prevalenza degli anziani

fragili che vivono in comunità è del 7% negli ultra 65enni e sale al 30% nel sottogruppo degli ultra80enni.

Il concetto di fragilità deve essere distinto da quello di disabilità, anche se spesso queste due condizioni coesistono nello stesso paziente.

La fragilità è presente in moltissimi soggetti anziani che non sono disabili, ma ad alto rischio di futura disabilità.

La fragilità è per definizione una condizione dinamica ed instabile, per cui piccole alterazioni (una semplice riacutizzazione bronchitica) possono provocare effetti devastanti fino all'immobilità ed all'exitus.

La questione “badanti”

La presenza di momenti acuti obbliga ad interventi di carattere sanitari, anche complessi che però una volta risolti, non “restituiscono” il paziente alle sue normali attività, ma lo “passano” ad altre forme di assistenza, interne alla sanità (lungodegenza o riabilitazione) oppure esterne alla sanità (la famiglia del malato o strutture più o meno idonee). La carenza di strutture tende ad aggravare il carico di lavoro del settore sanitario, ed in particolare della sanità pubblica.

Molti anziani non autosufficienti vengono assistiti dai cosiddetti “badanti”, privi di qualsiasi formazione, assunti e gestiti all'esterno delle logiche istituzionali, anzi spesso senza l'osservanza di una qualsivoglia regolamentazione. Ne consegue una profonda difformità di trattamenti dettati da variabili del tutto casuali, dove anche adeguate disponibilità economiche del singolo individuo non permettono di acquisire forme di assistenza adeguata, correndo il rischio di essere oggetto di attenzioni inutili per poter giustificare maggiori costi. I “badanti” sono spesso privi di qualsiasi formazione e per di più provenienti di solito da altri paesi, con le conseguenti difficoltà di adattamento reciproco legate alle differenti lingue e culture.

L'andamento demografico che porta a dover assistere un numero sempre crescente di anziani e la necessità di adeguamento all'evoluzione tecnologica, rende improbabile ogni affermazione di mantenere la spesa sanitaria stabile rispetto al periodo precedente.

La (eccessiva?) medicalizzazione dei soggetti cronici non produce spesso i risultati sperati. Ovviamente, non si tratta di negare nessuna prestazione o cura a questi malati, ma di assicurare che vengano fornite le cure appropriate e nel setting assistenziale adeguato.

Assodato che non è più possibile pensare di curare queste persone con i parametri organizzativi fin ora utilizzati, occorre predisporre un approccio interdisciplinare volto a coinvolgere tutte le conoscenze necessarie.

L'ipotesi di attivare forme di self-care nello svolgersi delle patologie croniche risponde all'esigenza di un individuo di accentuare la capacità di auto-assistersi, in alternativa o in supporto ad un bisogno di nursing offerto dalla famiglia o da una struttura socio sanitaria.

Ciò non risponde tanto ad un'esigenza economico-finanziaria (risparmio di risorse), quanto alla necessità di mantenere un ruolo sociale all'individuo facendolo sentire parte attiva di un processo. Prima "patologia" di molti anziani è proprio quella di essere esclusi e l'episodio malattia, con la necessità di superare alcune problematiche quotidiane, può costituire la ragione per affrontare una nuova sfida.

Il mix di tali interventi fin ora sviluppati, tendono a coinvolgere *le cure domiciliari, i centri diurni integrati, le unità operative specializzate, i servizi di supporto alla persona/famiglia, il sostegno al volontariato impegnato nel settore.*

La richiesta di attenzione alla persona sta infatti diventando un aspetto dominante nei processi di cura in una moderna società, dove i pazienti non accettano più un processo meccanicistico di diagnosi/prescrizione (sul modello di domanda/offerta) ma richiedono una presa in carico in grado di soddisfare una serie multipla di esigenze. Se in passato l'aspetto predominante era la cura di una singola patologia, oggi il baricentro della attività sanitarie si sta spostando sul rapporto "individuo/sistema di cura", con la conseguente necessità di mantenere alto il livello tecnico professionale dei singoli interventi collocandoli in un contesto armonioso di interventi per ottimizzare i benefici.

In questo contesto il prendere in considerazione le ragioni di un eccesso di domanda inappropriata generata da fattori riconducibili a cause esogene al paziente permette di invertire i termini dell'approccio al problema.

Il sistema ospedale-centrico che si è sviluppato nei decenni precedenti e che ha assorbito la maggioranza delle risorse destinate alla sanità non è più in grado di rispondere alle esigenze ed ai bisogni di questi nuovi pazienti. *"... L'ospedale, oltre a non essere stato concepito ed organizzato per accogliere questa tipologia di malati, si trova in una fase di progressiva modificazione del proprio ruolo, sempre più orientato verso la cura dell'acuzie (vedi sistema DRG). L'anziano malato cronico, disabile e/o fragile necessita di un sistema assistenziale in grado di garantire risposte tempestive ed efficaci a bisogni complessi, che sono nel frattempo sociali e sanitari e mutevoli nel tempo"* (U. Senin).

La risposta è il modello della Continuità Assistenziale organizzata in un modello a "rete" in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei pazienti con pluripatologie croniche, disabilità e fragilità.

La "sfida" che il nostro Sistema Sanitario e la Società nel suo insieme si

troveranno ad affrontare nei prossimi decenni sarà una sfida di civiltà; l'uomo, da quando si ha conoscenza, ha sempre lottato per vivere il più a lungo possibile, ottenendo risultati eccellenti negli ultimi decenni, si tratta ora di affrontare l'altra faccia della medaglia che l'invecchiamento determina, dando risposte adeguate ai bisogni dei più deboli e bisognosi di cure e di assistenza, appunto *i fragili più fragili*.