

## Uno sguardo sanitario sul corso della vita anziana

**Gianni Tognoni, Vito Lepore\***

RPS

*L'articolo si propone come riflessione di un gruppo di lavoro, eterogeneo per ruoli e competenze, su un ampio spettro di esperienze (studi osservazionali in medicina generale, analisi epidemiologiche di grandi data base amministrativi, sorveglianza e valutazioni di efficacia e sicurezza di interventi) su popolazioni di anziani-sempre-più-anziani in contesti domiciliari e/o residenziali. A partire dall'ambiguità del rapporto tra medicina e società che invecchia gli autori propongono*

*alcuni concreti scenari di lettura di dati sanitari relativi a spesa farmaceutica, costi ospedalieri e percorsi assistenziali. La distribuzione-frammentazione dell'universo-anziani, apparentemente compatto, in popolazioni o coorti straordinariamente differenti per gravità clinica, gravosità assistenziale, contesti e complessità di vita, appare condizione obbligatoria per ricercatori capaci di attenzione ai molteplici percorsi della vita anziana.*

### 1. Quadro di riferimento

Gli autori di questo contributo rappresentano un gruppo di competenza e di ruoli molto eterogenei: medici con lunga esperienza clinica, responsabili di programmazione e gestione sanitaria, infermieri con ruoli di insegnamento e ricerca, storie e competenze di ricerca sperimentale ed epidemiologica, economisti e farmacisti interessati allo studio delle disuguaglianze e dei diritti. Per strade e ragioni diverse ci si è incrociati e si è lavorato insieme, ormai da anni, in progetti che avevano/hanno come oggetto di interesse (e soggetti protagonisti) l'essere anagraficamente anziani, o grandi anziani. I contesti di assistenza-ricerca in cui ci si muove comprendono la medicina generale, l'analisi epidemiologica dei grandi database amministrativi che documentano i percorsi e i carichi assistenziali (dalla prescrizione farma-

\* Il contributo si basa sull'elaborazione di un gruppo di lavoro costituito anche da: Vito Samarelli, Giovanna Dorotea Cecchetto, Mario Saugo, Luisa Saiani, Paola Di Giulio, Veronica Scurti, Marta Valerio, Marilena Romero.

ceutica alle ospedalizzazioni alle anagrafi-registri di mortalità), le cure domiciliari e le Rsa, la valutazione dell'efficacia e della sicurezza degli interventi<sup>1</sup>. Le riflessioni che qui vengono proposte su quella fase del «corso della vita» che viene etichettata come «l'età anziana» non ne vogliono proporre una analisi esaustiva: sono «provocazioni», a partire da dati raccolti direttamente da uno spettro molto ampio di esperienze, che hanno come obiettivo principale quello di rompere l'immagine e la pretesa di pensare-gestire l'essere anziani-vecchi come una realtà specifica e compatta, per ridare anche a questo tempo la caratteristica di essere parte e non chiusura del «corso della vita». Il percorso proposto si articola in tre momenti: *a*) una riflessione sull'ambiguità della medicina; *b*) una serie di scenari concreti; *c*) uno sguardo in avanti.

## 2. L'ambiguità

Il rapporto della medicina con il «corso della vita» – e in modo specifico con quella età «anziana» che finisce inevitabilmente per essere evocata per prima, e come centrale, quando si parla di modelli, bilanci, costi sociosanitari – è molto ambiguo: sia che ci si metta ad esaminarlo dall'interno della medicina stessa, sia ancor più nei rapporti della medicina con le istituzioni e gli attori sociali. Questa connotazione di «ambiguità» è, al meglio, rappresentato da una delle «misure» più di successo del corso della vita: la «aspettativa di vita», o la sua durata, o l'età media di morte delle popolazioni. La medicina si attribuisce una gran parte del «merito» dell'innalzamento di questo indicatore, e lo ha incorporato (con il consenso generale) tra gli obiettivi e le misure di successo di molti dei suoi interventi: prolungare la vita (di due mesi, o di anni, o di poche settimane) ricorre come un «*mantra*» in tutti i protocolli che vengono proposti per sperimentare farmaci e strategie terapeutiche; la vita media degli abitanti di un paese è inclusa tra i suoi indicatori di «benessere». Gli esempi potrebbero continuare ad essere declinati nei modi più diversi: l'idea di una situazione assolutamente chiara, univoca, su cui c'è consenso. Eppure «l'ambiguità» non può essere più profonda. È noto dalla storia di sempre, e da quella recente e attuale, che:

- a) il contributo della medicina al prolungamento della vita è, al massimo, marginale, essendo *una* delle espressioni delle condizioni so-

<sup>1</sup> Si veda in bibliografia un promemoria di progetti di ricerca curati dagli autori e citati nel presente articolo.

- cioeconomiche e delle scelte politiche dell'uno o dell'altro paese.
- b) Il prolungamento della vita non coincide necessariamente, né in modo particolarmente frequente, con un suo miglioramento, sia a livello degli indicatori «macro» che nelle storie individuali.
- c) Nonostante questo quadro di riferimento, si è riusciti a costruire un immaginario collettivo, evocato e sfruttato nei modi più diversi (ambigui, appunto), che rimanda alla medicina (in tutte le sue forme più eclatanti, dai farmaci soprattutto, alle promesse della genetica) come disciplina, cultura, strumento ed esperto imprescindibile, quando si deve promettere e rassicurare individui e collettività che qualcosa, o molto, si può fare per aumentare il «corso della vita».
- d) La medicina generale (nel rapporto con i singoli, con la politica, con la propria immagine) accetta senza batter ciglio, anzi con un crescente senso di soddisfazione, il ruolo di «regolatore del corso della vita»: anche se sa – molto bene da anni, in molti campi, che la «vita» degli anziani non entra per niente né nei suoi interessi né nei suoi saperi:
- ♦ le «ricerche» *sugli* anziani sono tra quelle metodologicamente meno qualificate e produttive in termini di conoscenze innovative (dai banali, ma molto presenti, disturbi del sonno, al problema della complessità/fragilità che si associa alla compresenza di tante patologie);
  - ♦ i farmaci per i problemi che più sono specifici per gli anziani (e dei loro contesti di vita) sono molto propagandati, pur sapendo che non sono in grado di modificare in modo significativo il corso delle vite con disturbi cognitivi, demenza, ecc.;
  - ♦ le «grandi» malattie che costituiscono la maggioranza degli interessi della medicina (dalle cardiovascolari all'oncologia, ai disturbi di comportamento) sono per lo più studiate su «adulti con più o meno anni», che sono profondamente diversi da quegli anziani (donne e uomini) che più frequentemente sono i destinatari degli eventuali risultati.
- e) Un'ultima nota per integrare (certo senza pretese di completarlo) questo profilo di ambiguità: nella sua versione di «benefattrice - esperta dei corsi di vita», la medicina (con il grande supporto dell'industria) medicalizza intensivamente tutti i problemi degli anziani, pur non avendone ragioni-«ragionevoli», aumentando inevitabilmente anche i carichi e i costi assistenziali; «assiste» d'altra parte, con falsa neutralità, alla crescente trasformazione della

vita anziana in una minaccia per le risorse della società: sono «loro» che consumano; quasi dicendo: noi abbiamo regalato anni di vita, ed ecco ci ricompensano «consumando» sfrenatamente.

Il percorso di ambiguità, che si attribuisce il merito del prolungamento <=> miglioramento del corso delle vite si conclude così con un «chiamarsi fuori», quando si tratta di entrare in gioco, nella sanità e nella società, per creare una cultura non punitiva, ma progettuale, della presa in carico degli anziani-sempre-più anziani.

### 3. Scenari di analisi disincantata, e propositiva, della ambiguità

#### 3.1 Il «denominatore» delle prescrizioni farmaceutiche e dei costi assistenziali

La tabella 1, ricavata da un rapporto nazionale ufficiale (Osmed, 2007) riassume in modo esemplare l'atteggiamento di fondo nel rappresentare l'età anziana nel corso della vita. Il primo decennio dell'età anziana (65-74a) consuma il 26,7% delle risorse, i decenni superiori (cumulati) il 29,1%, corrispondendo ad una intensità media di prescrizioni farmaceutiche giornaliere rispettivamente di circa 2 e 2,5 per ogni soggetto (è il significato dell'indicatore Ddd/1000 ab/die di 1.985,8 e di 2.563,8)<sup>2</sup>. La figura 1 entra nel tempo >75 anni documentando che l'andamento della spesa non è uniforme (il campione è quello di alcune Asl con una popolazione complessiva di 1.280.262 residenti).

La tabella 2 propone un'analisi più articolata della situazione, collegando i costi pro capite delle prescrizioni farmaceutiche (come spesa media in euro in un anno) e carichi assistenziali (esemplificati dai costi medi delle ospedalizzazioni in un anno) a problemi «classici» dell'età anziana (>65 anni): è la complessità delle patologie che determina il carico assistenziale di popolazioni, che diminuiscono progressivamente in termini di numerosità (dall'11,2% per anziani affetti soltanto da diabete allo 0,5% per anziani affetti da diabete più broncopatia più scompenso cardiaco), e che «pesano» circa 3 volte in più per le ospedalizzazioni rispetto alle prescrizioni (4.517 euro *vs.* 1.568 euro, tabella 2). La tabella 3 propone una lettura complementare: è l'indice di comorbidità<sup>3</sup> che definisce al meglio i rapporti tra carichi assistenziali in-

<sup>2</sup> Ddd = *Defined daily dose* per 1.000 abitanti per giorno.

<sup>3</sup> Indice di comorbidità (Charlson Comorbidity Index): individua il rischio di mortalità entro un anno in funzione della presenza di definite patologie; il valore di 0 indica il rischio più basso, valori crescenti indicano rischi via via maggiori.

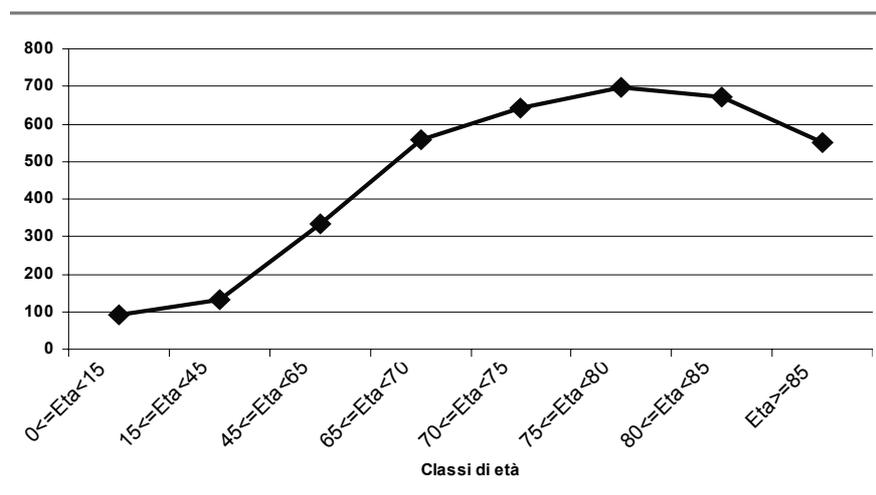
Tabella 1 - Distribuzione per età-sesso della spesa e dei consumi territoriali di classe A - Ssn

Fascia d'età	Spesa lorda pro capite			Spesa totale		*DDD/1000 ab die			*DDD totali	
	uomini	donne	totale	%	% cum	uomini	donne	totale	%	% cum
0-4	39,3	32,6	36,0	0,9	0,9	82,3	70,8	76,6	0,5	0,5
5-14	38,7	30,3	34,6	1,6	2,5	68,7	56,5	62,8	0,7	1,2
15-24	37,6	35,9	36,7	1,8	4,3	73,4	121,3	96,8	1,2	2,4
25-34	46,4	56,1	51,2	3,8	8,1	105,2	206,9	155,5	2,9	5,2
35-44	75,1	87,0	81,0	7,1	15,2	204,6	297,3	250,4	5,4	10,7
45-54	145,8	145,8	145,8	10,5	25,7	531,5	559,9	545,8	9,7	20,3
55-64	294,7	270,8	282,4	18,6	44,2	1238,5	1098,1	1166,2	18,8	39,1
65-74	492,7	430,9	459,3	26,7	70,9	2156,3	1841,2	1985,8	28,2	67,3
≥75	646,7	506,7	557,8	29,1	100,0	2872,4	2386,1	2563,8	32,7	100,0

\* Ddd = *Defined daily dose*; per 1.000 abitanti per giorno; oppure totale.

Fonte: Osmed, 2007.

Figura 1 - Spesa media farmaceutica per Trattato in euro in un campione di Asl nell'anno 2004\*



\* Le prescrizioni interessano il 68% della popolazione residente di 1.280.262.

Tabella 2 - Epidemiologia dei carichi assistenziali in un campione di 3 Asl con 292.765 anziani ultra65enni residenti. Spesa media in euro per prescrizioni farmaceutiche e per ospedalizzazione nell'anno 2003, distribuzione per sottogruppi affetti da patologie croniche singole o concomitanti

	ANNO 2003 Pop. N. 292.765	Prescr. farmac. Spesa media in euro	Ospedalizzazioni Spesa media in euro
Solo DIAB	32.651 (11,2%)	667	1.218
Solo BPCO	12.592 (4,3%)	987	1.527
DIAB + BPCO	2.238 (0,8%)	1.232	2.016
Solo CHF	15.994 (5,5%)	703	2.048
CHF + DIAB	6.142 (2,1%)	1.062	2.836
CHF + BPCO	3.870 (1,3%)	1.216	3.306
CHF + BPCO + DIAB	1.353 (0,5%)	1.568	4.517

Nota: Diab = Diabete; Bpco = Broncopatia cronica ostruttiva; Chf = Scompenso cardiaco.

Tabella 3 - Epidemiologia dei carichi assistenziali in un campione di 3 Asl con 292.765 anziani ultra65enni residenti. Spesa media in euro per prescrizioni farmaceutiche e per ospedalizzazione nell'anno 2003, distribuzione per sottogruppi con indice di comorbilità (Charlson Comorbidity Index) crescenti

2003 - Charlson Comorbidity Index*	ANNO 2003 Pop. N. 292.765	Prescr. Farmac. Spesa media in euro	Ospedalizzazioni Spesa media in euro
"0"	251.210 (85,8%)	370 euro	290 euro
"1 - 2"	24.600 (8,4%)	778 euro	4.037 euro
"3 - 4"	11.280 (3,9%)	955 euro	5.754 euro
">=5"	5.675 (1,9%)	1.490 euro	8.862 euro

\* La mortalità entro un anno per indice di comorbilità cresce dal 4,4 % per Charlson Comorbidity Index = 0 al 49 % per Charlson Comorbidity Index >= 5.

dividuali e carico assistenziale di popolazioni specifiche: l'85% della popolazione che ha il più basso indice «consuma» pro capite 660 euro per prescrizioni e ospedalizzazioni, l'11,9% con indice di comorbilità più alto consuma 10.352 euro.

*Conclusioni n. 1.* L'universo «compatto» proposto dalla tabella 1 è tutt'altro che compatto: la sua «maggioranza» consuma «poco», ci sono tante popolazioni, fortissimamente eterogenee, per problemi e carichi assistenziali: il loro «corso di vita» richiede focalizzazioni precise, che devono corrispondere a strategie profondamente diverse, sia per assicurare percorsi assistenziali appropriati, sia per garantirne diritti personalizzati, che modalità di presa in carico ottimizzata anche dal punto di vista dei costi (e dei risultati). Non sono osservazioni «originali»: sono attese. Chiedono solo di essere prese come punto di osservazione e di valutazione prioritario, non secondario. La visibilità delle minoranze è uno dei primi modi per dare loro un *habeas corpus*: nelle pianificazioni generali, e nei comportamenti dei singoli medici, e/o dei diversi livelli di assistenza.

### 3.2 Per una visibilità di maggioranze e minoranze nella medicina generale

Il quadro di riferimento di questo scenario è una delle ricerche più originali e importanti realizzate negli ultimi anni nella Regione Veneto, con un titolo che è un programma metodologico, «Osservare per conoscere» (Opc)<sup>4</sup>. Oltre il 22% dell'intera popolazione ultra75enne residente a domicilio è stato incluso in una rilevazione condotta dall'80% dei 3.456 medici iscritti negli elenchi regionali della Mg (medicina generale) per documentarne lo stato di salute e autonomia. Il profilo che ne è derivato non è più quello dei database amministrativi dello scenario precedente, ma la fotografia diretta e dettagliata di quella popolazione «compatta» che faceva da «denominatore» nella tabella 1. La tabella 4 propone un quadro riassuntivo delle popolazioni divise per quinquenni: il 5,5% delle 46.340 femmine e il 6,7% dei 25.047 maschi soggetti non presenta malattie e/o problemi medici attivi; l'autosufficienza passa, per entrambi i sessi, da circa il 70% nella fascia 75-79 anni al 30% negli ultra90enni. L'assistenza domiciliare interessa complessivamente (media di M + F) un quinto della popolazione. Uno sguardo più generale nell'universo degli oltre 71.000 individui «osservati-per-essere-conosciuti» documenta che circa il

<sup>4</sup> Lepore, Saugo, D'Ettore, Poli, Pellegrini, Pellizzari, Tognoni e il gruppo di lavoro del progetto «Osservare per Conoscere», 2006.

35% è portatore di 1-2 malattie, e circa il 55% è affetta da 3 o più patologie. Ma la semplice misura del numero-di-malattie-contemporaneamente-presenti-nel-soggetto-anziano è comunque largamente insufficiente a delineare un quadro anche sommario del fenomeno comorbidità. Nella popolazione anziana le malattie non sono distribuite né quantitativamente né qualitativamente in modo omogeneo. Ad esempio applicando l'indice di comorbidità di Charlson<sup>5</sup> la «coorte» osservata viene nuovamente distribuita/frammentata in funzione del minore o maggiore rischio di decesso entro un anno. Dei 71.000 ultra75enni il 38% (con indice di comorbidità di Charlson di 0 e 1) presenta un basso rischio, mentre quote progressivamente inferiori del 7, 5, 3% presentano elevato o elevatissimo rischio di morte con un indice di comorbidità di Charlson rispettivamente di 5, 6, 7 o superiore.

*Tabella 4 - Osservare per conoscere: valutazione multidimensionale della popolazione anziana nel Veneto. Indicatori sullo stato di salute e di malattia della popolazione anziana (≥ 75aa). Distribuzione di alcune caratteristiche per classi di età e sesso (tra parentesi è riferito il valore % entro la classe di età)*

Classi di età	maschi				totale
	75-79	80-84	85-90	≥90	
<b>Numero soggetti</b>	13250	6148	4399	1250	25047
Soggetti «sani»	1020 (7.7)*	353 (5.7)*	241 (5.5)*	66 (5.3)*	1680 (6.7)
Soggetti autosufficienti	9879 (74.6)	3804 (61.9)	2238 (50.9)	488 (39.0)	16409 (65.5)
Soggetti con tumori	2274 (17.2)	1043 (17.0)	817 (18.6)	177 (14.2)	4311 (17.8)
Ricoveri ospedalieri	2359 (17.8)	1099 (17.9)	854 (19.4)	249 (19.9)	4561 (18.2)
Soggetti con assistenza domiciliare	1563 (11.8)	1019 (16.6)	1096 (24.9)	456 (36.5)	4134 (16.5)

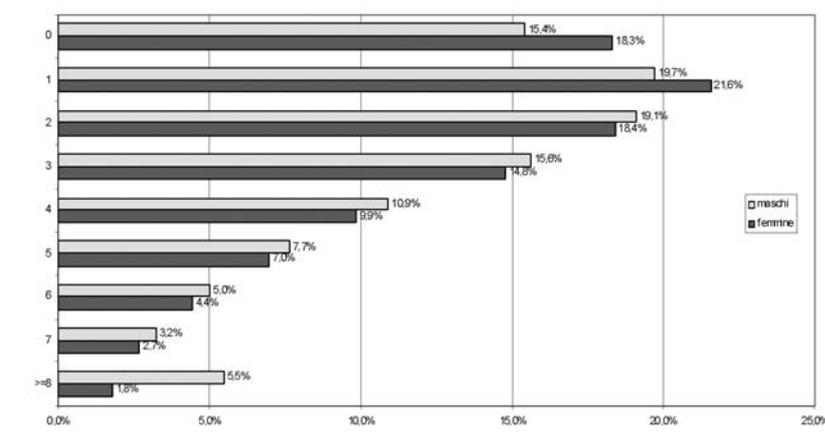
  

Classi di età	femmine				totale
	75-79	80-84	85-90	≥90	
<b>Numero soggetti</b>	21211	11213	9846	4070	46340
Soggetti «sani»	1391 (6.6) <sup>o</sup>	542 (4.8) <sup>o</sup>	407 (4.1) <sup>o</sup>	189 (4.6) <sup>o</sup>	2529 (5.5)
Soggetti autosufficienti	14320 (67.5)	6018 (53.7)	3950 (40.1)	1099 (27.0)	25387 (54.8)
Soggetti con tumori	2747 (11.7)	1352 (12.1)	1138 (11.6)	401 (9.9)	5365 (12.0)
Ricoveri ospedalieri	3021 (14.2)	1791 (16.0)	1680 (17.1)	689 (16.9)	7181 (15.5)
Soggetti con assistenza domiciliare	2822 (13.3)	2399 (21.4)	2949 (30.0)	1858 (45.7)	10028 (21.6)

\* Test per trend lineare:  $p < 0.0001$ . «Sani» = Senza patologie, assenza di problemi medici attivi. Autosufficienti = funzione cognitiva e motoria normale. Con tumori = almeno un tumore maligno presente. Ricoveri ospedalieri = presenza di ricovero ospedaliero negli ultimi 6 mesi. Assistenza domiciliare = presenza di programma di assistenza domiciliare.

<sup>5</sup> Vedi nota 3.

Figura 2 - Osservare per conoscere: valutazione multidimensionale della popolazione anziana nel Veneto. Analisi della comorbidità – Charlson Comorbidity Index corretto per età (Cci\_cEtà) (n. 72.581 questionari di n. 2.753 Mmg)



*Conclusione n. 2.* La «stratificazione» degli anziani intervistati in gruppi a differente rischio di mortalità costituisce un passaggio importante nella comprensione del significato e contributo di un progetto come «Osservare per conoscere» nel contesto della medicina generale:

- ♦ identificare un esito (come la mortalità);
- ♦ osservare un fenomeno (come la presenza di una o più malattie);
- ♦ individuare uno o più indicatore/i (meglio se facile da applicare come l'indice di Charlson).

È lavoro irrinunciabile per il Mmg (medico di medicina generale) e premessa necessaria al successivo lavoro di validazione e interpretazione di dati epidemiologici reali. Dietro ad ogni indicatore ci sono persone e, in questo caso, persone malate. Piccoli gruppi ad altissimo rischio di mortalità coincidono con pochi o singoli pazienti reali in carico a ciascuno dei Mmg partecipanti all'indagine Opc. L'identificazione delle popolazioni percentualmente minoritarie agli estremi della gravità-gravosità assistenziale – il 5,9% di anziani cosiddetti «sani» da un lato, e il 3% con altissimo rischio di mortalità, dall'altro – sottolinea in modo specifico l'importanza di una sorveglianza epidemiologica in grado di differenziare in modo esplicito la distribuzione e il peso di problemi che richiedono strategie e impegni assistenziali altrettanto differenziati e mirati. La responsabilità di un impegno collaborativo che adotti un protocollo comune e degli strumenti comparabili è responsabilità propria della medicina generale di oggi.

### 3.3 La residenzialità: contenitore o risorsa?

Le «case di riposo» e/o le Rsa rappresentano una delle «soluzioni» che si moltiplicano, quasi d'ufficio, un po' dappertutto; sono un «punto d'arrivo»: come tale difficilmente corrispondono ad un «progetto». Le ricerche che vi si fanno hanno il carattere della «constatazione». La visibilità è quella dell'immobilità: non ci si aspetta nulla: il «corso della vita» non ha più nulla da raccontare. È possibile «osservare per conoscere»? Chi dà le risorse economiche, ma soprattutto culturali per andare a vedere se la «compattezza» dell'istituzione corrisponde ad una diversificazione delle esistenze, e dei destini di persone che sono nella fascia alta (spesso al di là della sopravvivenza «media»)? Devono essere ricercatori «esterni», che descrivono per pubblicare sull'uno o l'altro aspetto dello «star male», o possono essere coloro che assistono che rendono visibili i problemi, magari pensandone l'evitabilità, con la presa in carico attiva, non rinunciando a pensare in termini di progetto?

I tanti interrogativi che precedono coincidono con il fatto che i dati in questo ambito sono molto scarsi.

Un «tentativo di sguardo» prende come indicatore l'uso di psicofarmaci che sono rappresentativi dell'alternativa formulata nel titolo di questo scenario: *Rsa, contenitore o risorsa?* In una ricerca condotta in due setting residenziali, in una popolazione di età media di 85 anni (80% donne), 455 soggetti su 794 «ospiti» erano trattati con psicofarmaci (neurolettici o antipsicotici, antidepressivi e ansiolitici): solo il 6,4% li riceveva prima dell'ingresso e ben il 71% era trattato dopo l'ingresso nella struttura residenziale. Dei 231 soggetti trattati con psicofarmaci particolarmente impegnativi (neurolettici o antipsicotici), nel corso del follow-up lungo 12 mesi si sono registrati il più alto numero di decessi, ben 45, con chiara prevalenza nel gruppo in cui la terapia neurolettica rimaneva costantemente invariata rispetto al gruppo nel quale la terapia neurolettica veniva ridotta o sospesa. La forte associazione tra decesso e terapia neurolettica imm modificata rimaneva significativa anche all'analisi multivariata in cui il rischio di decesso era corretto per età, sesso, presenza di eventi sfavorevoli e malattie<sup>6</sup>.

Un progetto di «vigilanza» infermieristica (i cui dati sono ancora in corso di elaborazione completa) offre un altro sguardo su questa realtà: per la prima volta un gruppo di 427 infermieri ha deciso di

<sup>6</sup> Lepore, Cecchetto, Bonati, Tognoni, 2006.

mettersi in rete per verificare la possibilità di tradurre i propri carichi assistenziali in una «visibilità» dei problemi esistenti. In 98 strutture «residenziali» distribuite in 7 regioni (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Toscana, Trentino, Veneto) sono stati «osservati per conoscere» (in 6 giorni/indice distribuiti lungo 3 mesi) 5.468 soggetti, di cui 2.214 erano quelli che presentavano un problema (dolore, agitazione, febbre, lesioni da decubito, stipsi, diarrea, vomito, cadute, ecc.) «che richiedeva un comportamento diverso da quello di routine».

*Tabella 5 - Uso di psicofarmaci negli anziani. Prescrizione di psicofarmaci (neurolettici, antidepressivi e ansiolitici) in 455 anziani rispetto all'ingresso in struttura residenziale*

	N. soggetti	Percentuale
Dopo l'ingresso in struttura	326	71,6
In concomitanza con l'ingresso	100	22,0
Prima dell'ingresso	29	6,4
Totale	455	100,0

*Tabella 6 - Uso di psicofarmaci negli anziani. Associazione tra modifica della terapia con neurolettici in un anno di osservazione e alcune caratteristiche demografiche e cliniche di 231 soggetti in strutture residenziali*

#### Terapia con neurolettici

	Invariata	Modificata Rid e/o sosp	Modificata Altro	Chi-quadro	p
N° soggetti	117	68	46		
Sesso M/F	23/94	17/51	6/40		N.S.
Età (Media + SD)	83,4+8,20	84,0+7,24	85,3+6,54		N.S.
N° deceduti	33	6	6	11,8164	0,0027
% soggetti con età >= 85 aa	45,30%	48,50%	50%		N.S.
% soggetti con uno o più eventi*	47%	57,40%	69,60%		0,029
% soggetti con uno o più eff coll**	16,20%	13,20%	2,20%		0,05

*Note:* Variabili esaminate: sesso, età, decesso, presenza di eventi (\*ospedalizzazione, traumi ecc.), effetti collaterali (\*\*sintomi extrapiramidali, cardiocircolatori, ecc.).

Tabella 7 - Percorsi assistenziali e ricerca infermieristica Progetto di Farmaco-Vigilanza (Pari Fv). Distribuzione dei 10 principali «problemi» segnalati in 2.214 pazienti assistiti a domicilio (n. 893) e in Rsa (n. 1.321) in 6 giornate di osservazione

Lista dei principali problemi	Assistenza Domiciliare - Distretto N° 893 soggetti		RSA N° 1321 soggetti	
	N° soggetti	%	N° soggetti	%
Dolore	121	13.05	199	15.00
Agitazione	50	5.06	146	11.01
Lesioni da decubito	123	13.08	45	3.04
Iperpiressia >38C°	44	4.09	75	5.07
Stipsi	35	3.09	72	5.04
Vomito-nausea	31	3.05	76	5.07
Dispnea-ipossia	25	2.08	72	5.04
Cadute	25	2.08	54	4.02
Diarrea	28	3.01	50	3.08
Astenia, debolezza arti inf	36	4.00	39	2.09
Stato soporoso	21	2.03	44	3.03
Disidratazione	28	3.01	34	2.06
Eritema	33	3.07	20	1.05

Nota: La rete di rilevazione era costituita da 427 infermieri di 36 Distretti e 62 Rsa nelle seguenti regioni: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Toscana, Trentino, Veneto.

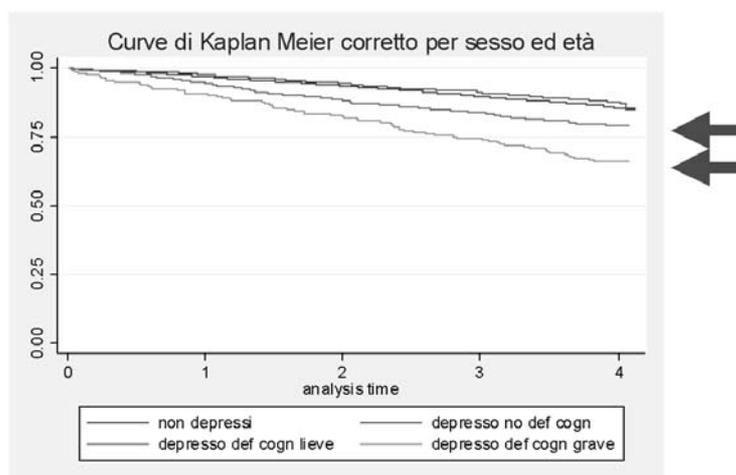
Conclusione n. 3. Il «punto di arrivo» delle residenzialità *può* essere un osservatorio di restituzione di visibilità. Non è semplice: il «può» è un indicatore realistico dello stato in cui ci si trova. Dichiarare questa realtà di «struttura-senza-progetto» una rete di ricerca è un primo passo – culturale, e di civiltà – per ridare, anzitutto agli operatori la responsabilità/dignità/mansione di essere «attori di presa in carico» e non solo garanti/distributori di prestazioni. I «problemi» non sono incidenti di percorso, ma domande aperte di evitabilità: la loro «banalità» (dolore, agitazione, febbre, lesioni da decubito, stipsi, diarrea, vomito, cadute, ecc.) fa parte di un «corso di vita», che *può* essere variato. Le conseguenze possono essere importanti. La domanda del titolo *deve* rimanere aperta: la residenzialità non è una «soluzione». La risposta, è chiara, non è principalmente medico-sanitaria. Decidere se e

come e da chi debba venire una risposta rimanda alle ambiguità su cui si è aperto questo contributo.

### 3.4 *Accompagnare il «corso della vita» dell'età anziana non è una festa*

Ritorniamo allo scenario di OpC della sezione 3.2. Ci si è domandati: se, al di là di «osservare», si osa assumersi le responsabilità di accompagnare, trovando uno spazio e un tempo specificamente per quegli anziani che sono – giustamente? – depressi, e/o – purtroppo – con deficit cognitivi, che cosa si può «conoscere», così da verificare se e come si possano meglio programmare risposte alla realtà di queste persone particolarmente «fragili»? La figura 3 racconta, dall'interno

*Figura 3 - Osservare per Conoscere (OpC): valutazione multidimensionale della popolazione anziana nel Veneto. Analisi della sopravvivenza a 4 anni in soggetti con sintomi depressivi e/o deficit cognitivi della coorte prospettica OpC di 11.722 ultra75enni*



*Nota:* La rappresentazione grafica (Curve di Kaplan Meier) illustra, lungo l'arco dei 4 anni di osservazione, la frequenza di decessi nelle seguenti 4 categorie in ordine crescente: 1) senza depressione; 2) con sola depressione; 3) depressione con deficit cognitivo lieve; 4) depressione con deficit cognitivo grave. Le due frecce indicano le curve riferite alle ultime due categorie significativamente differenti dalle prime due. Analisi corretta per sesso ed età.

della medicina generale, questo pezzo del «corso della vita». Anche questa volta i problemi, e i risultati, non sono nuovi in sé: rendono visibili, e perciò adottabili, quantitativamente e qualitativamente, coloro che sono più fragili; siamo in una realtà domiciliare: significa che la storia di queste persone coincide con la vita, e la fragilità, anche di coloro che stanno loro intorno. Essere depressi non è un rischio specifico di mortalità: è il deficit cognitivo che fa la differenza. Sono pazienti «rari» (1 ogni 2-3 medici): il loro «corso» è più accelerato. Richiedono – loro, e i loro familiari – più attenzione e sostegno. Come? Non lo si sa molto bene. È, anche questo un tema di ricerca: medica? Con farmaci? Forse sì, un poco: per l'uno o l'altro sintomo? Forse no, c'è, forse, bisogno solo di essere (e rendere) capaci di non-stanchezza e di non-solitudine.

*Conclusione n. 4.* Vedi quelle precedenti e il paragrafo successivo.

#### *4. Proposte per vivere, senza rassegnarsi, l'ambiguità della medicina*

Come le conclusioni parziali sopra proposte, non ci sono risposte o soluzioni. Le analisi «provocatorie» possono al massimo generare ipotesi da condividere, dentro e fuori della medicina. Negli scenari che si sono delineati, e in altri che si stanno esplorando<sup>7</sup>.

- 4.1 «Sarebbe bello» riuscire a non cadere più nella trappola delle descrizioni che constatano, denunciano, analizzano, sperando che qualcuna si faccia carico di rischiare progetti.
- 4.2 Il primo progetto obbligatorio è quello di abituarsi a pensare e rappresentare la fase anziana del «corso della vita» come una costellazione estremamente differenziata di popolazioni e di contesti. La fase che conclude la vita ha bisogno, più di tutte le altre, di non essere appiattita su definizioni omogenee e compatte. La progettualità per problemi e per «minoranze» è il passo culturale preliminare per strategie di presa in carico flessibili, mirate alle persone e ai loro contesti di vita.
- 4.3 Gli attori medico-sanitari devono fare un «passo indietro» rispetto alla loro vocazione di competenti protagonisti: non per rinunciare alle loro competenze, ma per collocarle alla pari, senza avocare a sé le risorse più importanti di tipo organizzativo ed economico, in

<sup>7</sup> Vedi in bibliografia un pro memoria di progetti di ricerca curati dagli autori e citati nel presente articolo.

reti di attenzione, di ricerca, di assistenza capaci di sperimentare e ricercare insieme risposte mirate alle diverse «fragilità», minoranze e maggioranze.

- 4.4 Le competenze «infermieristiche» possono e devono giocare un ruolo più importante: come professioni che favoriscano gestioni non da «medici in formato ridotto», che comandano/organizzano operatori/esecutori di procedure (più o meno travestite da «badanti», o Osa/Ota), ma come punto di incrocio e promozione di competenze e ruoli che rappresentino le pluralità dei bisogni delle tante e diverse «fragilità» non principalmente medico-sanitarie.
- 4.5 Nella sua fase anziana, il «corso della vita» – dalla medicina generale alla residenzialità – ha bisogno non di venditori di soluzioni, ma di ricercatori capaci di progettualità di lungo periodo.
- 4.6 La sanità – o il socio-sanitario – «aziendale» o «programmatorio» è capace di, o disponibile a, non pensare a questo pezzo del corso della vita come un capitolo di spesa, ma come un test di diritto esigibile alla vita?

### *Riferimenti bibliografici*

- Berti A., Covezzoli A., De Rosa M., Lepore V., Mezzalana L., Monesi L., Rossi E., Tognoni G., 2003, *Progetto Arno. Rapporto sul profilo prescrittivi della popolazione anziana. Rapporto 2001*, Cineca – Consorzio Interuniversitario – Centauro Ed., Bologna, volume VI, disponibile anche sul sito: <http://sanita.cineca.it/indexpubbl.htm>.
- Gabriele S., Cislighi C., Costantini F., Innocenti F., Lepore V., Raitano M., Tediosi F., Valerio M., Zocchetti C., 2005, *Fattori demografici e profili di spesa sanitaria per età: il caso dell'Italia*, Estratto dal *Rapporto ISAE. Finanza pubblica e redistribuzione*, pp. 31-56.
- Lepore V., D'Ettoire A., Valerio M., Corrado D., De Camillis P., Pellegrini F., Romero M., Scurti V., Monesi L., Tognoni G., Ferrarese A., Mollo F., Monesi G., 2002a, *Valutare la variabilità in Medicina Generale. Il caso dei Pazienti «Gravi Gravosi»*, «Giornale Italiano di Farmacia Clinica», n. 16 (4), pp. 220-225.
- Lepore V., D'Ettoire A., Valerio M., Corrado D., De Camillis P., Romero M., Scurti V., Monesi G., Ferrarese A., Monesi L., Mollo F., Tognoni G., 2002b, *Dalla Farmacoepidemiologia all'epidemiologia dell'assistenza*, «Giornale Italiano di Farmacia Clinica», n. 16 (2), pp. 102-107.

- Lepore V., Cecchetto G., Bonati P.A., Tognoni G. come parte del gruppo di lavoro, 2006, *Uso di psicofarmaci negli anziani. Prescrizione di neurolettici in strutture residenziali*, «Informazione sui Farmaci», n. 30 (3), pp. 75-84.
- Lepore V., Saugo M., D'Etto A., Poli A., Pellegrini F., Pellizzari M., Tognoni G. e il gruppo di lavoro del progetto «Osservare per Conoscere», 2006, *La valutazione multidimensionale della popolazione anziana del Veneto nella pratica della medicina generale*, «Ricerca & Pratica», n. 127, pp. 1-55.
- Lepore V., Samarelli V., Schena G., D'Etto A., 2007, *Le banche dati sulla salute. Verso la costruzione di un'epidemiologia assistenziale*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 111-122.
- Monte S., Fanizza C., Romero M., Rossi E., De Rosa M., Tognoni G., 2006, *Database amministrativi come risorsa accessibile e strumento efficiente per l'epidemiologia cardiovascolare. Metodologia generale e scenari di applicazione ai modelli della cronicità e dello scompenso*, «Giornale Italiano di Cardiologia», n. 7 (3), pp. 206-216.
- Osmed, 2007, *L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto nazionale 2006*, Roma, giugno 2007, [www.agenziafarmaco.it](http://www.agenziafarmaco.it)
- Saugo M., Benetollo P., Toffanin R., Gallina P., Cecchetto G.D., 2007, *Epidemiologia assistenziale nel grande anziano: quali informazioni?*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 123-134.
- Scurti V., Fanizza C., per il Gruppo Lavoro Piemonte, 2005, *Modello di analisi di database amministrativi per identificare la cronicità: il caso dei FANS e delle patologie osteoartrosiche*, «Giornale Italiano di Farmacia Clinica», n. 19, pp. 4-14.
- Scurti V., Font M., Anecchino C., Monte S., Fanizza C., Andretta M., Mirandola M., Pinato S., Romero M., 2005, *Epidemiologia della cronicità: definizioni, metodologia, scenari modello*, «Giornale Italiano di Farmacia Clinica», n. 19, pp. 102-109.
- Scurti V., Romero M., Tognoni G., 2007, *Verso un'epidemiologia multidisciplinare partecipata: il caso del progetto OMG (Epidemiologia della gestione della patologia Osteoartrosica in Medicina Generale)*, «Assistenza Infermieristica e Ricerca», n. 26 (2), pp. 77-83.
- Scurti V., Fanizza C., Orsini A., Allegrini F., Romero M., 2007, *Epidemiologia della complessità dei pazienti con patologia osteoartrosica*, «Giornale Italiano di Farmacia Clinica», n. 21, pp. 2-10.
- Tognoni G., Lepore V., 2002, *Per una lettura epidemiologica orientata alla pratica del Rapporto ARNO sulla prescrizione geriatria*, «Giornale Italiano di Farmacia Clinica», n. 16 (4), pp. 216-219.
- Tognoni G., 2007, *I dati, ovvero dell'ambivalenza*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 83-89.