

LOMBARDIA

2010

RAPPORTO DI LEGISLATURA

FOCUS

**ANZIANI, SANITÀ
E ASSISTENZA**

Carlo Vergani

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

FOCUS
ANZIANI, SANITÀ E ASSISTENZA

Carlo Vergani

LOMBARDIA 2010

RAPPORTO DI LEGISLATURA



**GUERINI
E ASSOCIATI**

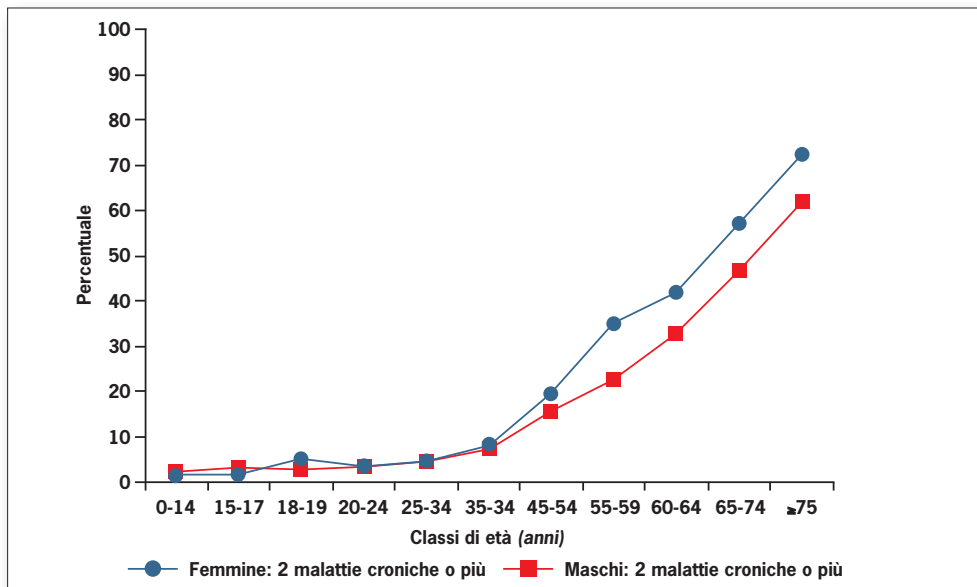
In Lombardia la percentuale delle persone di età superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione totale, che attualmente è pari al 19,7%, salirà al 28,8% nel 2030 e al 35,3% nel 2050. Avanza un mondo diverso che porta con sé nuovi bisogni e richiede nuove soluzioni.

Vengono qui riportati alcuni punti nodali per l'assistenza all'anziano che tengono conto della trasformazione in corso.

Aumenta il carico assistenziale per il prevalere della cronicità. Un tempo si moriva per malattie acute o eventi improvvisi (gastroenterite, TBC, parto, incidente), oggi si muore per malattie di lunga durata. Alle malattie croniche età-dipendenti si aggiungono le malattie croniche dovute a una tecnologia, la *halfway technology* (Hutton, 1994), che salva ma non guarisce e che crea dei sopravvissuti bisognosi di cura. Oggi in Italia l'incidenza degli scompensi cardiaci supera quella degli eventi coronarici acuti.

Il 72% delle donne e il 62% degli uomini ultrasettantacinquenni sono portatori di almeno due malattie croniche (fig. 1) e il 22% delle prime e il 13% dei secondi sono parzialmente o totalmente non autosufficienti.

Figura 1 Popolazione residente per condizione di salute - Italia, 2008



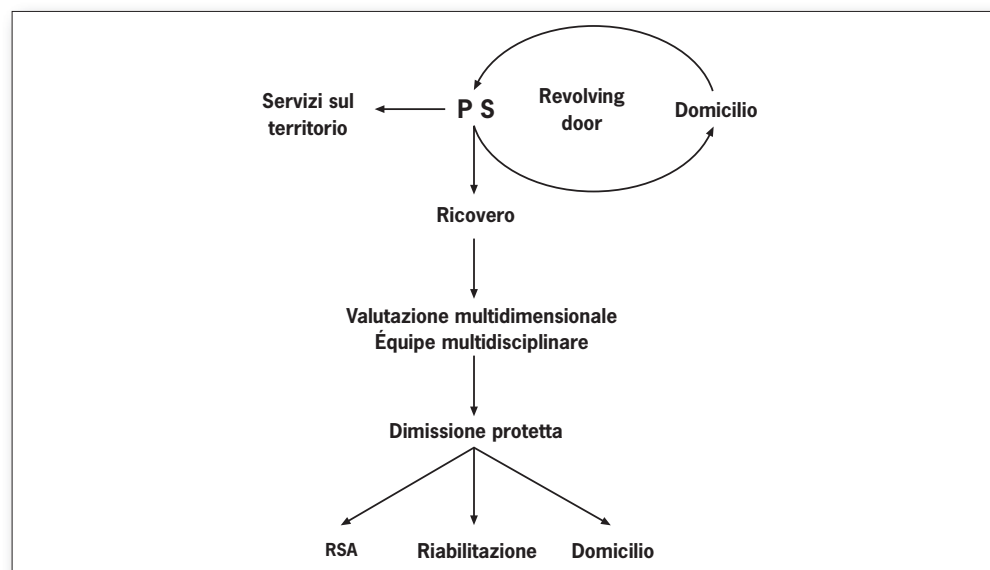
Fonte: ISTAT - Annuario Statistico Italiano, 2008

Per questo il bisogno assistenziale si sposta dall'ospedale, che cura la patologia acuta, al territorio dove vive l'anziano che necessita di un'assistenza continuativa, sull'uscio di casa (la *doorstep medicine* degli americani) (Starfield, 2000) e integrata, cioè a contenuto socio-sanitario. La condizione sociale è un elemento determinante della salute dell'anziano: è importante creare un unico sportello di accesso ai servizi erogati dall'ASL, sul versante sanitario, e dal Comune, sul versante sociale.

In particolare si richiede:

- un lavoro di équipe con diverse figure professionali che pianifichi il tragitto assistenziale;
- l'interazione fra i diversi *setting* (ambulatorio del medico di medicina generale, Pronto soccorso, ospedale, RSA). L'ospedale non viene più concepito come un «mondo a parte». Spesso per gli anziani dimessi dal Pronto soccorso si verifica il fenomeno della «revolving door» (PS-domicilio-PS). Per essi e per quelli dimessi dal reparto di degenza è necessario programmare una dimissione protetta (fig. 2).

Figura 2 Gli anziani in ospedale



La dimissione protetta deve includere un percorso preferenziale presso i poliambulatori territoriali che consenta, senza costringere l'anziano a faticose peregrinazioni, di assemblare il «pacchetto aging» che raccoglie i principali dati clinici, di laboratorio e strumentali.

L'assistenza all'anziano si avvale di personale medico e infermieristico preparato (Institute of Medicine, 2008). L'anziano è spesso portatore delle sindromi geriatriche, cioè di condizioni cliniche che non rientrano in categorie nosologiche ben definite (caduta, malnutrizione, stato confusionale acuto, depressione, deficit sensoriale, incontinenza, osteoporosi) e di *ill-defined conditions* cioè di condizioni non ben classificabili (Walsh B *et al.*, 2008). Negli ospedali inglesi la diagnosi di *ill-defined condition* è presente nel 5% delle cartelle cliniche degli anziani con una frequenza che è raddoppiata nel periodo 1995-2003.

Prevalentemente nelle donne anziane è frequente la *broken heart syndrome* (Wittstein, 2007; Biteker *et al.*, 2008), che è dovuta a un forte stress psicologico come la perdita di una persona cara. Sindromi geriatriche, *ill-defined conditions* e *broken heart syndrome* stanno a dimostrare che per capire il bisogno dell'anziano è necessaria una valutazione globale che prenda in considerazione la condizione fisica, lo stato psico-affettivo e il rapporto sociale della persona, secondo il modello biopsicosociale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organisation, 2001). Questo tipo di valutazione multidimensionale è di competenza del medico di medicina generale e del medico geriatra.

I programmi di formazione universitaria per il conseguimento della laurea in Medicina e chirurgia, prevalentemente finalizzati alla diagnosi e alla terapia della patologia del singolo organo o apparato, sono carenti perché non sufficientemente adeguati al nuovo bisogno assistenziale sul territorio e nelle istituzioni (Health *et al.*, 2009; Holman, 2004).

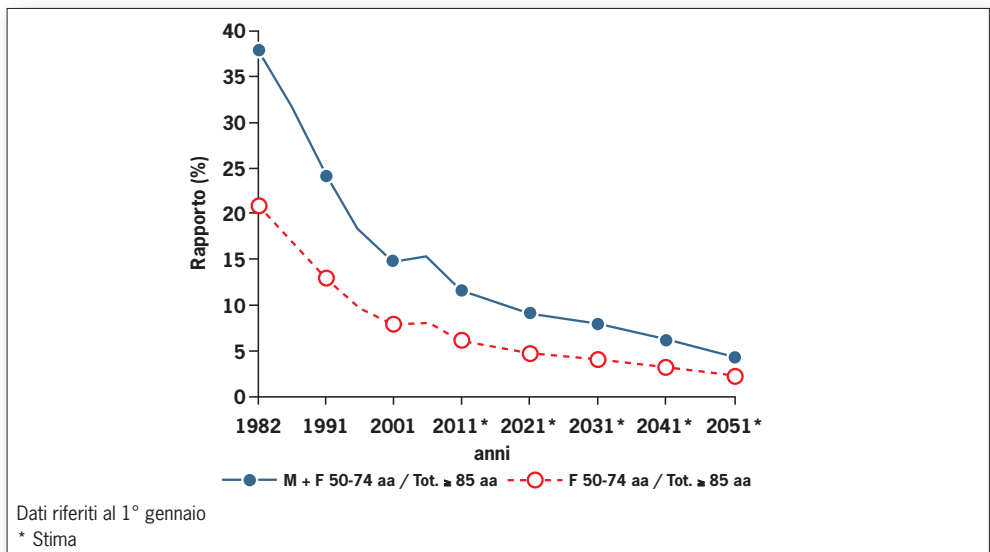
Negli USA, dove oggi gli anziani sono 37 milioni e i geriatri sono 7.000, si prevede per il 2030, quando gli anziani saranno 70 milioni, un fabbisogno di 36.000 geriatri. In Italia, nel 2030, quando gli anziani saranno 15 milioni, il fabbisogno di geriatri sarà di 8.000, il doppio degli attuali. Per questo è necessario aumentare il numero di posti disponibili in Lombardia presso le Scuole di Specializzazione in Geriatria.

Una visione emergente indica cinque punti qualificanti la cura all'anziano: essa deve essere personalizzata, in accordo con la good practice, condotta in équipe, attenta alle risorse e all'ambiente della persona assistita e deve considerare il paziente, esperto della patologia con cui convive da tempo, come partner attivo nel decision making (Reuben, 2007).

Il promuovere questo tipo di formazione del personale medico e infermieristico, secondo le indicazioni della l.r. n. 15 del 6 agosto 2009 che disciplina i rapporti tra la Regione e le Università della Lombardia con Facoltà di Medicina e chirurgia, serve per migliorare la qualità della vita in età avanzata.

I familiari e i parenti sono attualmente la principale risorsa disponibile per la cura dell'anziano non autosufficiente. Secondo una indagine IReR (cfr. cap. 5 Area Sociale del Rapporto IReR 2010) il 74% dei genitori non autosufficienti riceve aiuto da familiari conviventi o da altri parenti non conviventi. In Lombardia l'*Oldest Support Ratio* (OSR) di Robine (Robine *et al.*, 2007), cioè il rapporto fra soggetti d'ambo i sessi di età compresa fra 50 e 74 anni che curano grandi vecchi di età superiore agli 85 anni, era di 14 a 1 nel 2000. Se si considerano solo i *caregiver* di sesso femminile, che sono i più dediti alla cura dell'anziano, il rapporto era di 8 a 1. Tali rapporti, per le modificazioni demografiche in corso, sono destinati a scendere nel 2030 rispettivamente a 8 a 1 e a 4 a 1 con un ulteriore calo nel 2050 (fig. 3).

Figura 3 Rapporto Caregiver informali/Grandi vecchi. Lombardia



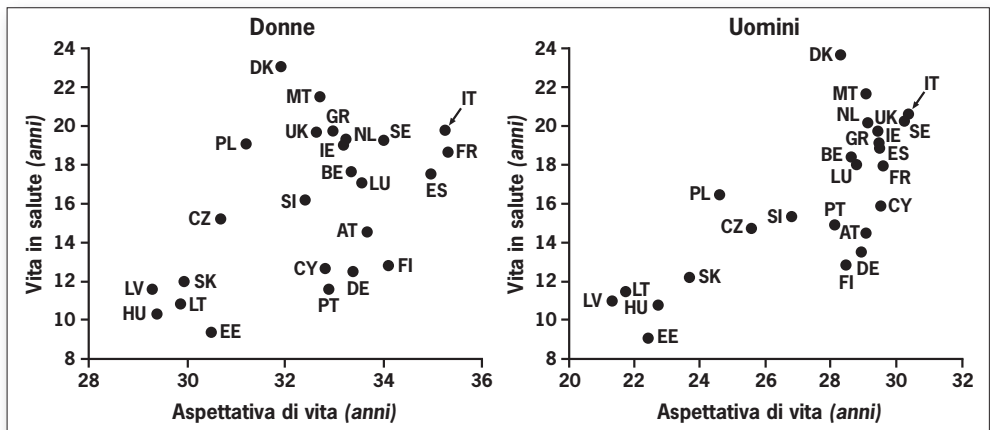
Fonte: ISTAT, 2009 - <http://demo.istat.it>

Per la forte contrazione dell'assistenza informale fornita dai familiari è da prevedere in un prossimo futuro una redistribuzione del carico per la cura all'anziano non autosufficiente.

In Lombardia l'attesa di vita alla nascita è di 78,5 anni per i maschi e 84,3 anni per le femmine. A 65 anni l'attesa di vita è ancora di 17,7 anni per i maschi e di 21,8 anni per le femmine.

Un articolo di *The Lancet* (Jagger *et al.*, 2008), che prende in considerazione 25 paesi della UE, indica che dopo i 50 anni in Italia solo il 60% dei 35,3 anni di vita residua per le donne e solo il 68% dei 30,3 anni di vita residua per gli uomini sono trascorsi in buona salute (fig. 4).

Figura 4 Vita in salute e aspettativa di vita in soggetti di 50 anni dei 25 paesi dell'ue



Fonte: Jagger *et al.*, 2008, n. 372, p. 2124-31

Comprimere la disabilità verso il termine della vita è uno degli obiettivi della medicina oggi. È un traguardo che si può raggiungere: negli USA, nel periodo 1982-1999, la prevalenza della disabilità negli anziani è diminuita del 2% all'anno (Manton, 2001) mentre in Italia, nel decennio 1994-2005, la percentuale dei disabili ultrasessantacinquenni è scesa dal 21,7% al 18,8% (ISTAT, 2007).

È da ricordare poi che il 20% degli anziani sono privi di malattie croniche e limitazioni funzionali significative e sono bisognosi di cure solo in modo episodico.

È possibile, pertanto, invecchiare in buona salute. Poiché la qualità di vita in età avanzata dipende solo per il 30% dal corredo genetico e per il 70% dalle abitudini di vita, dalla condizione sociale, dal rischio ambientale e dall'assistenza sanitaria (McGinnis *et al.*, 2002), investire nella prevenzione, che attualmente assorbe meno del 5% del costo dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), è una scelta oculata e produttiva.

Gli ottantenni di oggi hanno vissuto la seconda guerra mondiale; secondo il censimento del 2001 il 5% degli ultra 65enni è analfabeta e il 18% sa leggere e scrivere ma è privo di qualsiasi titolo di studio. Gli anziani di domani hanno vissuto la ricostruzione postbellica, il boom economico, gli anni di piombo, Internet. Si prospettano nuovi scenari.

Per questo la capacità degli operatori di interpretare la realtà e la flessibilità del sistema sono prerequisiti per una migliore risposta al fenomeno di massa dell'invecchiamento della popolazione.

Bibliografia

- Biteker M., Duran N.E., Guenduez S. (2008), «Broken heart syndrome in an 83-year-old woman», in *Journal of the American Geriatric Society*, Vol. 56, Issue 11, pp. 2142-2143
- Health I., Rubinstein A., Stange K.C. (2009), «Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity», in *BMJ Journal*, 338, p. 911-913
- Holman H. (2004), «Chronic disease. The need for a new clinical education», in *Journal of the American Medical Association*, Vol. 292, Issue 9, pp. 1057-1059
- Hutton J. (1994), «Economic evaluation of healthcare: a half way technology», in *Health Econ*, 3 (1), p. 1-4
- Institute of Medicine (2008), *Retooling for an aging America: Building the health care workforce*, Washington DC, The National Press, in <http://www.iom.edu/en/Reports/2008/Retooling-for-an-Aging-America-Building-the-Health-Care-Workforce.aspx>
- ISTAT (2007), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005*, Roma
- Jagger C., Gillies C., Moscone F. (2008), «Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross national meta-regression analysis», in *The Lancet*, 372 (9656), p. 2124-2131
- Manton K.G., Gu Y. (2001), *Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999*, Proceedings of the National Academy of Science, USA, Vol. 98, Issue 11, pp. 6354-6359
- McGinnis M., Williams-Russo P., Knickman J.R. (2002), «The case for more active policy attention to health promotion», in *Health Affairs*, 21 (2), p. 78-93
- Reuben D.B. (2007), «Better care for older people with chronic diseases. An emerging vision», in *Journal of the American Geriatric Society*, Vol. 298, Issue 22, pp. 2673-2674
- Robine J.M., Michel J.P., Herrmann F.R. (2007), «Who will care for the oldest people in our ageing society? », in *BMJ Journal*, 334 (7593), p. 570-571
- Walsh B., Roberts H.C., Nicholls P.G. (2008), «Trends in hospital inpatient episodes for signs, symptoms and ill-defined conditions: observational study of older people's hospital episodes in England, 1995-2003», in *Age Ageing*, 37 (4), p. 455-458
- Wittstein A.S. (2007), «The broken heart syndrome», in *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 74 (Suppl.1), p. 17-22
- World Health Organisation (2001), *International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF*, Geneva

Autori

Carlo Vergani, professore ordinario di Medicina interna presso la Facoltà di Medicina e chirurgia, Università degli Studi di Milano

IReR – Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia
via Copernico 38, 20125 Milano
www.irer.it

Responsabile editoriale: Sabrina Bandera

Assistente editoriale: Romina Menegazzi

© 2009 Edizioni Angelo Guerini e Associati SpA
viale Filippetti 28, 20122 Milano
www.guerini.it
e-mail: info@guerini.it

Copertina di Arti Grafiche Fiorin - Silvia Uggeri

Le fotocopie per uso del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana, 108 – 20122 Milano, e-mail segreteria@aidro.org e sito web www.aidro.org.