

Conoscere l'anziano, l'analisi delle schede gerontologiche

Emilio M. Bove, Medico generale, SIMG Benevento

“Per diventare anziani bisogna vivere a lungo, quindi conviene saper invecchiare”, recita un noto aforisma: purtroppo però non esiste una ricetta per il buon invecchiamento.

Le “schede gerontologiche” che i medici campani consegnano il 31 gennaio di ogni anno al proprio Distretto Sanitario di appartenenza, possono rivelarsi un utile punto di partenza per capire lo stato e le problematiche della popolazione anziana ed un gruppo di medici della SIMG di Benevento ha analizzato quelle dei loro assistiti.¹

L'analisi dei dati, concepita inizialmente come una sorta di self-audit e senza voler interpretare in maniera totalizzante le problematiche della geriatria, introduce interessanti elementi di riflessione ed offre notizie preziose ai medici, agli operatori sanitari ed a coloro che hanno il compito di individuare opportune strategie di politica sanitaria, per programmare gli interventi idonei e definire le priorità.

Scopi della ricerca. Valutare l'utilità e la fruibilità dei dati ricavabili dalle schede gerontologiche compilate dai MG, considerando che per sperimentare nuovi modelli assistenziali è necessaria la valutazione dello stato di benessere dell'anziano attraverso la determinazione della sua efficienza psico-fisica e quindi: evidenziare le principali disabilità dell'età evolutiva nella loro popolazione assistita; conoscere il grado e la percentuale dei non autosufficienti; individuare i bisogni di assistenza; sviluppare procedure standardizzate per la gestione dell'anziano; definire nuove forme di assistenza sul territorio privilegiando il ruolo positivo della famiglia ogni qual volta sia possibile abbreviare o evitare un ricovero ospedaliero.

Materiali e metodi

Analisi delle schede di valutazione multidimensionale dell'anziano, introdotta con l'ultimo Accordo Collettivo Regionale della Campania per la Medicina Generale, come fonte di importanti dati sullo stato di salute della popolazione anziana in quattro ambiti: salute fisica e autonomia, salute mentale e umore, isolamento e risorse, contesto abitativo.

L'analisi del deficit visivo è stata condotta mediante la lettura del giornale, tenuto alla distanza preferita dal paziente e adottando l'eventuale correzione diottrica abituale.

La verifica del deficit uditivo è stata condotta dopo aver posto al paziente una semplice domanda con voce bisbigliata vicino a entrambe le orecchie e al di fuori della sua visione.

Analisi dei dati. Il campione analizzato è riferito a una popolazione assistita di 8.800 cittadini in carico ai MG partecipanti all'indagine; le schede analizzate sono state 1.862: 802 maschi (43%) e 1.060 femmine (57%) (in totale, il 21,2% dell'intera popolazione assistita).

Deficit visivo ed uditivo

Il 20,8% dei pazienti ha deficit visivo.

Il 10,6% ha problemi di udito.

Mobilità. Il 66% della popolazione anziana ha sufficiente mobilità; il 21% fa uso costantemente del bastone; il 5% utilizza il girello mentre il restante 0,6% ha necessità di un accompagnatore. Il 4% circa è incapace di muoversi (2% in poltrona, 1,7% a letto).

Incontinenza. Il 7% ha problemi di incontinenza più o meno gravi (grafico 2), in maggioranza urinaria (dato verosimilmente sottostimato per la difficoltà ad affrontare l'argomento da parte del paziente). Circa l'1% ha grave incontinenza urinaria e fecale con bisogno di assistenza continuativa.

Stato mentale. Alla domanda: "Si sente spesso triste e depresso?" il 32% della popolazione ha risposto affermativamente, dimostrando di avvertire con particolare sensibilità le problematiche riguardanti la solitudine e l'abbandono.

Vaccinazione anti-influenzale. Dall'indagine è emerso che oltre l'80% della popolazione ultra sessantacinquenne viene sottoposta a vaccinazione anti-influenzale dal proprio medico curante.

La valutazione multidimensionale. La scheda gerontologica della Campania ha utilizzato le scale di valutazione funzionale - A.D.L. (Activities of Daily Living) di Katz S., 1976 e I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living) di Lawton e Brody, 1969 - consentendo di indagare sull'autonomia personale della vita quotidiana (tab. 1 e 2).

Valutazione dello stato mentale. Si stima che nel nostro paese vivano 700-800 mila persone con morbo di Alzheimer e che altre 700-800 mila siano affette da demenze di vario tipo: questo significa che ogni MG con mille assistiti avrebbe circa 30 malati con decadimento cerebrale.

L'utilizzo, nell'esame dei pazienti, di uno strumento psicometrico quale il Mini Mental State, può consentire una valutazione grossolana delle funzioni cognitive dell'anziano e, di solito, viene accettato favorevolmente dal paziente.

La scheda di valutazione campana prevede l'utilizzo del test di E. Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionare, 1975) che consente di valutare il deterioramento mentale attraverso il calcolo degli errori commessi dal paziente, corretto per il suo grado di istruzione.

Lo studio in questione ha evidenziato che il 20% circa della popolazione anziana presenta disturbi cognitivi e che il 3% dei pazienti del campione ha un grave deterioramento mentale, senza differenza significativa tra i due sessi. (tab. 4).

La depressione dell'anziano. Alla domanda: "Si sente spesso triste e depresso?" oltre un terzo della popolazione risponde affermativamente, dimostrando di avvertire con particolare sensibilità le problematiche riguardanti la solitudine e l'abbandono. La scheda gerontologica, prevedendo la valutazione della sfera affettiva e del tono dell'umore mediante l'utilizzo della Geriatric Depression Scale di Lawton & Brody (1969), può permettere di evidenziare una depressione che, oltre a mascherare una demenza, spesso la complica. Anche questo test, come gli altri, rappresenta un sussidio che da solo non è sufficiente a formulare una diagnosi. Nel campione analizzato, il 32% della popolazione risulta colpita da disturbi depressivi senza variazioni significative tra i due sessi (tab. 5).

Bibliografia

- Rubistein L.Z., Geriatric Assessment: an Overview of its Impacts, in "Clinics in Geriatric Medicine", 1987, 3.
- Bellino L. (a cura di), Argomenti di Medicina Generale, Carocci Editore, 1999.
- Crepaldi G., Trattato di gerontologia e geriatria, Ed. UTET, Torino, 1993.
- Katz S., Downs H. R., Progress in Development of the Index of A.D.L., in "Gerontologist", 1970,1.
- Lawton M.P., Brody E.M., Assessment of Older people: Self Maintaining ad Instrumental Activities of Daily Living, in "Gerontologist", 1969, 9.
- Policicchio D., Geriatria facile: guida alla pratica geriatrica e gerontologia, Tip. Grappone, Avellino, 1993
- Evans R. W., Health care technology ad the inevitability of resource allocation and rationing decisions, Jama, 249, 2047, 1983.
- Pathy M. S. T., Trattato di gerontologia e geriatria, USES, Firenze, 1988.
- Andreoli V., Il medico di medicina generale e la psichiatria, Ed. Masson, Milano, 2000.
- Atti del III Congresso Europeo "Le cure a domicilio come evoluzione dei sistemi sanitari e sociali", Milano, 1997.
- Piano Sanitario Nazionale - Triennio 2000-2002.
- Aa.V.v., Il medico di medicina generale, vademecum, Hippocrates Edizioni Medico-Scientifiche, Milano, 1999.
- DPR 229/99, Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale
- Accordo Regionale della Campania per la Medicina Generale (BURC 52/97).

Note

1. Medici SIMG partecipanti all'indagine: Emilio Bove, Antonio Coletta, Aldo Iscaro, Mario Lepore, Angelo Panà, Antonio Raviele, Ruggero Ruggieri.

Tabelle

Grafico. 2 - il 7% della popolazione anziana ha problemi di incontinenza

Tab. 2 - Valutazione secondo Scala A.D.L. (Activity of Daily Living)

Fare il bagno

Autosufficiente	1.592	85,50%	
Assistenza parziale	114	6,10%	14,50%
Assistenza totale	156	8,40%	

Vestirsi

Autosufficiente	1.663	89,30%
-----------------	-------	--------

Assistenza parziale	110	5,90%	10,70%
Assistenza totale	89	4,80%	

Uso dei servizi

Autosufficiente	1.721	92,40%	
Assistenza parziale	92	4,90%	7,50%
Assistenza totale	49	2,60%	

Spostamenti

Autosufficiente	1.645	88,30%	
Assistenza parziale	128	6,90%	11,70%
Assistenza totale	89	4,80%	

Continenza

Continente	1.692	90,90%	
Parzialm. Continente	94	5,00%	9,10%
Incontinente	76	4,10%	

Alimentazione

Autosufficiente	1.759	94,50%	
Assistenza parziale	72	3,90%	5,60%
Assistenza totale	31	1,70%	

Tab. 3 - Valutazione della I.A.D.L. (Instrumental Activity of Daily Living)

Num.Casi %

Capacità di usare il telefono

Autosufficiente	1.561	83,8	
Compone solo pochi numeri	73	3.9	
Riesce solo a rispondere	92	4.9	
Incapacità totale	136	7.3	

Capacità di provvedere agli acquisti

Autosufficiente	1.554	83.5	
Effettua solo piccoli acquisti	96	5.2	
Necessita di accompagnatore	79	4.2	
Incapacità totale	133	7.1	

Uso dei mezzi di trasporto

Autosufficiente	1.549	83.2	
-----------------	-------	------	--

Usa taxi	18	1.0		
Usa mezzi pubblici con assistenza			39	2.1
Usa taxi con assistenza	158	8.5		
Incapacità totale	98	5.3		

Responsabilità nell'uso dei farmaci

Autosufficiente	1.685	85.6		
Ha bisogno di aiuto	154	8.3		
Incapacità totale	122	6.6		

Capacità di maneggiare il denaro

Autosufficiente	1.586	85.2		
Assistenza per acquisti importanti			154	8.3
Incapacità totale	122	6.6		

Tab. 4 - Valutazione secondo Test di Pfeiffer

Pazienti con deterioramento mentale grave

Maschi	25	1,40%	56	3,00%
Femmine	31	1,60%		

Pazienti con deterioramento mentale moderato

Maschi	26	1,40%	95	5,10%
Femmine	69	3,70%		

Pazienti con deterioramento mentale lieve

Maschi	97	5,20%	236	12,70%
Femmine	139	7,50%		

Non deterioramento

Maschi	654	35,10%	1.475	79,20%
Femmine	821	44,10%		

Tab. 5 - Valutazione secondo la Scala della Depressione di Lawton & Brody (1969) modif.

Pazienti depressi

Maschi	231	40,60%	569	30,60%
Femmine	338	59,40%		

Pazienti moderatamente depressi

Maschi	5	27,80%	18	0,9%	32%
Femmine	13	72,20%			

Pazienti molto depressi

Maschi	4	40%	10	0,50%	
Femmine	6	60%			

Pazienti non depressi

Maschi	562	44,40%	1.265	68%	68%
Femmine	703	55,60%			



top